Tecnologías y Técnicas en Investigaciones Socioantropológicas de la Salud

Romina Del Monaco y María E. Epele

Compiladoras

Estudios Sociológicos Editora

TECNOLOGÍAS Y TÉCNICAS EN INVESTIGACIONES SOCIOANTROPOLÓGICAS DE LA SALUD

Romina Del Monaco y María E. Epele
Compiladoras

Monaco, Romina del
Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud / Romina del Monaco ; María E. Epele ; compilado por Romina del Monaco ; María E. Epele. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2020.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3713-43-9

1. Sociología. I. Epele, María E. II. Título.
CDD 301.072

Diseño de tapa: Romina Baldo
Diagramación y corrección: Juan Ignacio Ferreras

© 2020 Estudios Sociológicos Editora
Mail: editorial@estudiosociologicos.com.ar
Sitio Web: www.estudiosociologicos.com.ar

Primera edición: julio de 2020.
Hecho el depósito que establece la Ley 11723.
Libro de edición argentina.

El presente libro puede ser descargado desde el sitio web de nuestra editorial

TECNOLOGÍAS Y TÉCNICAS EN INVESTIGACIONES SOCIOANTROPOLÓGICAS DE LA SALUD

Romina Del Monaco y María E. Epele
Compiladoras

Aldana Boragnio
Ana Laura Candil
Romina Del Monaco
María E. Epele
Ana Leticia Fitte
Silvana Garbi
Francisco Javier Ugarte Reyes

ESE Estudios Sociológicos Editora

Estudios Sociológicos Editora

Estudios Sociológicos Editora es un emprendimiento de Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (Asociación Civil – Leg. 1842624) pensado para la edición, publicación y difusión de trabajos de Ciencias Sociales en so¬porte digital. Como una apuesta por democratizar el acceso al conocimiento a través de las nuevas tecnologías, nuestra editorial apunta a la difusión de obras por canales y soportes no convencionales. Ello con la finalidad de hacer de Internet y de la edición digital de textos, medios para acercar a lectores de todo el mundo a escritos de producción local con calidad académica.

Comité Editorial / Referato

Angélica De Sena. Es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Magister en Metodología de la Investigación Científica (UNLa), Licenciada en Sociología (UBA). Se especializó en el estudio de las Políticas Sociales y Emociones y Metodología de la Investigación Social. Actualmente es profesora en la Universidad Nacional de La Matanza y en la Universidad de Buenos Aires. Dicta cursos de grado y posgrado en distintas universidades en Argentina y el exterior. Dirige proyectos de investigación PROINCE y Vincular de la UNLaM y UBACyT (UBA). Coordina el Grupo de Estudios sobre Políticas Sociales y Emociones (GEPSE-CIES). Es directora de la Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social (ReLMIS).

Graciela Magallanes. Doctora en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Magíster en Educación Superior Universidad Nacional del Comahue. Licenciada en Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Rosario. Profesora titular por concurso en la Universidad Nacional de Villa María. Docente responsable de espacios curriculares vinculados a la Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Villa María. Directora de Publicación e Integrante del Consejo Académico de La Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social (RELMIS) Investigadora categoría II.

Silvana Bitencourt. Profesora Asociada del Departamento de Sociología y Ciencia Política de la Universidade Federal do Mato Grosso (Campus Cuiabá) y del Progarma de Pós Graduação en Sociologia de la UFMT. Doctorado en Sociologia Política (2011) por la Universidade Federal de Santa Catarina y maestrado en Sociologia Política (2006), realizó práctica de pos Doutorado en Ciências Sociais por la Universidad de Buenos Aires (2019), por la misma institución, realizó prácticas en el Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2010). Es líder del grupo de investigación (CNPq) Saúde do Corpo, Gênero e Gerações (2014) de manera conjunta con Cristiane Andrade Batista (Fiocruz - RJ).

Índice

Introducción
Romina Del Monaco y María E. Epele.....9

Rescatados, encerrados, tratados. Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas
Silvana Garbi.....23

Rebasar umbrales. La espera en los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de drogas
Ana Laura Candil.....47

Las heterogeneidades de los ensamblajes terapéuticos. Estudio de caso sobre la construcción de un programa residencial de tratamiento de consumos problemáticos de drogas
Francisco Javier Ugarte Reyes.....71

Palabras que hacen ver: (dis) funcionalidad, ciencias naturales y adaptación en las psicoterapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina
Romina Del Monaco.....107

De los "desequilibrios hormonales" a "desequilibrios emocionales": la construcción de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia
Ana Leticia Fitte.....129

Producción de subjetividades en el autocuidado alimentario cotidiano
Aldana Boragnio.....155

Sobre los autores y las autoras.....181

Introducción

Romina Del Monaco y María E. Epele

En las últimas décadas, la noción de tecnología ha cobrado relevancia en las investigaciones y argumentaciones socioantropológicas en salud. Sin embargo, hablar de saberes y prácticas sociales en términos de tecnología no es algo nuevo. La tecnología ha devenido en un tropo en el que se anudan diferentes regímenes de inteligibilidad y verdad; modelos instrumentales acerca de saberes y prácticas expertas y legas; técnicas corporales, políticas de emociones; modos de producción y de transformación de sujetos y conjuntos sociales, que asumen diversas expresiones y formulaciones en contextos histórico-políticos específicos. Por lo tanto, la noción de tecnología no es unívoca. Ha asumido diferentes sentidos de acuerdo a los contextos discursivos, las epistemologías, éticas, políticas y modos de gobierno en los que se ha incluido (Foucault, 1990; Rose, 1998 y 1999; Ong y Collier, 2005; Vessuri y Canino, 2007).

Por un lado, encontramos las perspectivas clásicas. Desde estos abordajes, la tecnología en su sentido restringido de artefacto y de la técnica necesaria para producirlo ha sido considerada como un rasgo inherente a los seres humanos: un criterio para diferenciarlos del resto de los seres vivos. Asimismo, el artefacto entendido en términos de su grado de artificio ha sido utilizado como criterio de desarrollo y evolución sociocultural: diferentes órdenes de complejidad tecnológica expresarían ya sea diferentes etapas en modelos evolutivos "de la humanidad" o indicadores de "progreso" de otros modos de vida en comparación con las sociedades occidentales (Sánchez Rose y Vesuri, 2005; Roca, 2010; Roca y Dellacasa, 2014). Desde otras orientaciones también clásicas, aunque bajo la mirada del romanticismo, la tecnología ha sido considerada como un indicador de la pérdida de las relaciones armónicas con la naturaleza y del grado de "deshumanización" de las sociedades "civilizadas" en relación con otras sociedades ágrafas y más "simples" (Hess, 2001; Roca, 2010).

Por otro lado, las nociones de técnica y de tecnología se han convertido en un recurso conceptual para visibilizar y privilegiar el carácter productivo de ciertos saberes y prácticas que no se entendían y categorizaban tradicionalmente en esos términos. Estas elaboraciones que integran la técnica y la tecnología en la problematización de ciertos órdenes de realidad han atravesado los siguientes dominios: del poder, de las prácticas corporales, de los modos de decir, de la experiencia, regulación y expresión de emociones, de los discursos, de los modos de gobierno, del cuidado de sí y de otros, entre los principales (Foucault, 1990; Ong y Collier, 2005; Rabinow y Marcus, 2008). Al traducir estas prácticas y saberes en tecnológicas, el énfasis deja de estar en los sujetos y objetos como algo dado y naturalizado, para desplazarse a las características de los contextos histórico-políticos específicos de producción y reproducción social.

Por último, la tecnología es interrogada en sus vínculos con la ciencia y la sociedad, que es la ecuación teórica que actualmente domina los abordajes en el campo de estudios sociales de la ciencia (Vessuri y Canino, 2007; Kreimer, 2017). Desde diversas orientaciones teórico-metodológicas, las tecnologías, siempre en plural, se ha convertido en un problema para investigar en diferentes dominios (salud, ecología, feminismo, etc.), ya sea desde las perspectivas posfoucaultianas, constructivistas, económico-políticas, de género y del campo de estudios sobre el cuidado.

En las investigaciones socioantropológicas del campo de la salud, en general, y del campo psi, en particular, los abordajes que modelizan los saberes y las prácticas en cuanto técnicas y tecnologías se alimentan, actualizan y ensamblan estas orientaciones (Epele, 2012 y 2016). En la actualidad, las miradas tecnológicas sobre prácticas, expresiones y saberes critican los usos y sentidos del pasado, al mismo tiempo que interrogan y anticipan sus desarrollos futuros. El objetivo de este libro consiste en examinar y analizar algunos de estos abordajes a través de ciertas investigaciones socioantropológicas que problematizan tratamientos y malestares psi, prácticas de cuidado y modos de subjetivación a través de las nociones de técnicas y tecnologías. Específicamente, los siguientes capítulos abordan las terapéuticas psi en el campo del consumo de drogas en poblaciones marginalizadas, en las denominadas *terapias cognitivos-conductuales*, en la psicologización de malestares vinculados con las llamadas *menopausias* en mujeres, y en la moralización de las prácticas de cuidado de la alimentación en las clases medias del Área Metropolitana de Buenos Aires.

En la diversidad de temáticas que se incluyen, confluyen ciertos modos de problematizar y argumentar en los que se articulan distintas dimensiones teóricas que serán sistematizadas a partir de cinco ejes principales. En primer lugar, en el campo de las investigaciones socioantropológicas sobre sufrimientos, terapéuticas y tecnologías encontramos las *perspectivas foucaultianas y posfoucaultianas* acerca de los modos de producción de subjetividad y sus relaciones con las nociones de técnica y tecnología. Desde la perspectiva de Michel Foucault (1986, 2005, 2009, 2010) —y considerando las variaciones en el tiempo de sus argumentos—, los discursos, los saberes, las categorías, las instituciones y las prácticas del campo psi son productores de sujetos, saberes, instituciones y de los objetos mismos que le dieron fundamento y origen. De acuerdo a este filósofo, existen diferentes tipos de tecnologías: las que producen y manipulan objetos, las que refieren a sistemas de signos, las de poder, y las del yo (Foucault, 1990). Estas tecnologías diversas se articulan entre sí y con los regímenes de verdad que legitiman ciertos saberes y prácticas sobre otras —y que participan en los modos de subjetivación dominante en ciertos contextos histórico-sociales—. Mientras que la noción de tecnología atraviesa en general la obra de Foucault, adquiere relevancia en el último periodo, principalmente respecto a los modos de actuar —y cuidar— de sí (Foucault, 2009 y 2010). Al examinar las prácticas de sí, se enfatiza su carácter productivo en cuanto a la subjetivación y, también, a los modos en que se corresponden con lógicas de poder y de saber que dominan ciertos ámbitos sociales. Además, la productividad del repertorio de prácticas, saberes, discursos y formas de decir del campo psi se articula asimismo con los modos del capitalismo contemporáneo y de gobierno de determinados sectores sociales específicos (Epele, 2016). Por otro lado, Nikolas Rose (1998, 1999 y 2012; Rose y Miller, 2008) actualiza y profundiza las orientaciones foucaultianas sobre las tecnologías psi, específicamente aquellos métodos, técnicas y criterios que se ponen en juego cuando los sujetos se evalúan, entienden y actúan respecto a sí mismos. A través de la exploración de las formas en que se relacionan los sistemas de producción de verdad, los regímenes de autoridad y las prácticas de subjetividad, se han investigado los cambiantes criterios, saberes y acciones que se han institucionalizado y naturalizado como propiedades inherentes a los sujetos en las sociedades occidentales. Específicamente, este autor ha explorado diferentes esferas de la vida cotidiana, de conocimientos expertos y en distintas instituciones (psicología, psiquiatría, marketing, economía y administración de empresas, etc.). Cuestionando las críticas clásicas en las ciencias sociales sobre la psicologización y

subjetivación, desde esta perspectiva se han examinado en profundidad los modos de hacer operables las normas, las formas de gobierno de las poblaciones y de sí mismo en las sociedades contemporáneas (Rose y Miller, 2008).

En segundo lugar, hallamos *aquellas perspectivas que examinan los saberes y las terapéuticas expertas y legas, psi y biomédicas, a la luz de los padeceres producidos por los procesos del capitalismo globalizado contemporáneo*, *y en contextos histórico-políticos del sur global.* En particular, a través de diferentes economías y políticas, el capitalismo produce complejos repertorios de sufrimientos y malestares en distintos sectores sociales, al mismo tiempo que se desarrollan diversas terapéuticas y abordajes para ciertas problemáticas específicas. Esta expansión de las tecnologías biomédicas dentro del capitalismo se da en un contexto de crecimiento de la medicalización que redunda en una ampliación del control y la vigilancia sobre los cuerpos, sujetos y procedimientos (Roca, 2010; Epele, 2013a, 2013b y 2016). A su vez, estos procesos de medicalización y psicologización (Rose, 1998 y 2012; Conrad, 2007) que permean distintos ámbitos de la cotidianeidad permanecen invisibles detrás de una neutralidad y objetividad científica que tiende a ocultar los contextos socioeconómicos detrás de la producción de malestares y los reduce a aspectos físicos y biológicos (Kleinman, 1988). En estos casos, lo que se pierde de vista son las dimensiones sociales, económicas, políticas, morales y de género que intervienen en los modos en que los padecimientos son corporizados, simbolizados y resistidos (Scheper-Hughes, 1992; Farmer, 2003; Epele 2018).

En Argentina, el despliegue del régimen neoliberal durante las últimas décadas ha generado un crecimiento de la desigualdad, la pobreza, el desempleo, y la marginación de grandes sectores de la población (Svampa, 2005; Epele, 2010; Gago, 2014). En el campo de la salud, estas transformaciones han tenido consecuencias en las formas de enfermar y de encontrar respuestas desde los sistemas de atención públicos, privados y de cuidado informal (Escudero, 2003; Zeballos, 2003). Por un lado, en los sectores medios incluidos en el mundo del trabajo formal, las formas de gestionar los malestares y las dolencias han experimentado una progresiva tendencia hacia la privatización e individualización, atravesadas por imperativos sobre la responsabilidad de los propios sujetos de cuidar(se) (Del Monaco, 2012 y 2019), con el fin de poder dar respuesta a las exigencias de flexibilidad y competitividad en los ámbitos laborales (Harvey, 2017). Por otro lado, en los sectores más marginalizados, la compleja combinación entre la rápida expansión de las dolencias agudas —hambre, enfermedades infecciosas, accidentes, etc.— y de las crónicas —diabetes, adicciones, obesidad, dolor

crónico, etc.— (Del Monaco, 2014) se corresponde con modos heterogéneos y frágiles de gestión del sufrimiento, entre las limitaciones de un sistema público de salud en deterioro y las exigencias del cuidado de otros y de sí bajo condiciones de extrema precariedad (Epele, 2018).

Al ritmo de estas transformaciones, aflicciones tan disímiles como el consumo problemático de sustancias, los trastornos depresivos y de ansiedad, las dietas, la menopausia comienzan a ser categorizados, diagnosticados y tratados desde los saberes biomédicos y psi de manera diferencial de acuerdo a los contextos socioeconómicos en los que se desarrollan. Por esta razón, se hace necesario interrogar los modos en que las tecnologías relativas al bienestar y la salud, en general, y psi, en particular, varían según los malestares producidos por las transformaciones del trabajo; la territorialización de la desigualdad y la marginación; las características dominantes de las dolencias, enfermedades y patrones de morir; los modos de vivir, legitimar y expresar los padecimientos. En algunos sectores sociales, ciertas prácticas de cuidado de otros y de sí emergen y se convierten en técnicas relacionadas con la salud en contextos de marginación, supliendo la precariedad y la falta de respuesta de las instituciones de salud respecto a algunas aflicciones. En otros sectores sociales, en cambio, a la par de la atención en instituciones privadas de salud, se han desplegado complejos modos de vigilancia, cuidado y control de sí, que se corresponden no solo con diferentes sistemas alternativos de atención (diferentes tipos de terapias no biomédicas ni psi), sino con modos de "comportarse" para ajustar el modo de vida con las coordenadas contemporáneas que articulan salud con moralidad e identidad de clase. Con respecto a las tecnologías terapéuticas psiquiátricas y psicológicas, se diferencian en las orientaciones teóricas, los tipos de prácticas y en cuanto a las poblaciones a las que están dirigidas de acuerdo a las instituciones en las que tienen lugar (sistema público, instituciones y prácticas privadas); a las clases sociales a las que pertenecen los pacientes; a los modos en que combinan perspectivas y prácticas de diferentes tradiciones y antigüedad.

En tercer lugar, encontramos los *estudios sociales de la ciencia*. Este campo de estudios está integrado por diversas orientaciones y abordajes metodológicos que comparten la mirada común de las ciencias y tecnologías como algo inherente a las diferentes esferas económicas, culturales, sociales, de salud y comunicacionales en las sociedades contemporáneas, y que no siempre son tenidas en cuenta por las ciencias sociales (Vessuri y Canino, 2007; Roca, 2010; Roca y Dellacasa, 2014; Kreimer, 2017; Hidalgo, 2016). Cuestionando las perspectivas que naturalizan la

ciencia como lugar excluyente de la verdad y legitimidad en nuestras sociedades, se plantea que las prácticas científicas deben ser entendidas e investigadas como cualquier otra práctica social (Kreimer, 2017). Por lo tanto, en este campo se explora cómo se producen los conocimientos y las tecnologías, los modos en que las innovaciones técnicas modifican las sociedades, interpelan y transforman las categorías clásicas de vida, seres humanos, animalidad e, incluso, la materia inerte. Con una clara dominancia del constructivismo, estos estudios diluyen una distinción objetiva entre tecnología y sociedad, y resaltan la articulación de la investigación científica y el desarrollo tecnológico con los procesos productivos, la epistemología y las políticas de vida del capitalismo (Roca, 2011). Bruno Latour (2007 y 2013) se convierte en una de las miradas más importantes dentro de este campo, innovando radicalmente desde una perspectiva constructivista en las concepciones sobre la tecnología. Este autor, que somete la actividad científica y tecnológica a la investigación etnográfica, ha estudiado las formas de producción del saber y las técnicas diluyendo y superando dicotomías clásicas como humanos/no humanos, tradicional/moderno, sujetos/objetos, etc. Más aún, a partir de la teoría del actor en red, plantea la imposibilidad de establecer una distinción entre sujetos o actores de los objetos o actantes (naturaleza, artefactos técnicos, etc.) y resalta las asociaciones entre humanos/no humanos como producto de las redes y de sus modos de funcionar. De esta forma, estos abordajes buscan resolver las encrucijadas de una antropología asimétrica y superar dualismos que, como el de tradicional/moderno, comienzan a diluirse frente a las realidades pobladas de "híbridos" (Hidalgo, 2016).

En cuarto lugar, encontramos los *estudios de género, teorías feministas y queer* que han problematizado también cierto espectro de dualismos relacionados con el sexo/género para dar cuenta de las operaciones normativas que rigen a los cuerpos, al mismo tiempo que invisibilizan las normas, los discursos y las prácticas que les dan forma. Entre las perspectivas principales, encontramos el cuestionamiento de la matriz heterosexual a través de la mirada de la performatividad (Butler, 2002 y 2006); el reconocimiento de la complejidad de experiencias, saberes y políticas a través de la mirada de clase, raza, políticas y movimientos de lucha, etc. (Davis, 2004; Federici, 2016); el privilegio de la geopolítica de las experiencias, los saberes y las luchas, a través de las miradas post o decoloniales (Spivak, 2011 y 2013; Segato, 2011 y 2016).

En este heterogéneo y cambiante campo de análisis, Donna Haraway (1991) se ha convertido en la referencia más importante sobre la problematización

que articula las tecnologías con las perspectivas de los feminismos y género, y las teorías críticas tanto sobre los conocimientos expertos y las ciencias como con el capitalismo y las sociedades actuales. Para esta autora, disciplinas como la psiquiatría, la biomedicina y las psicologías intervienen en las construcciones de lo "humano" porque son tecnologías que producen y diferencian múltiples "otros" (mujeres, diversidades sexuales, minorías étnicas, etc.). Sin embargo, el surgimiento de nuevas tecnologías vinculadas con la comunicación, imagen, biotecnología de cuerpos generizados, etc., permite discutir con la reproducción de binarismos clásicos, y ha generado subjetividades u organismos cibernéticos que se sintetizan en la imagen del cíborg. La emergencia de estos seres híbridos cuestiona los criterios normativos de las ciencias clásicas y hace posible revisar las concepciones capitalistas, patriarcales, racistas y de poder que las fundamenta. Por eso, Haraway resalta la importancia de pensar los cuerpos y los sujetos como resultados de la intersección de la biología, la escritura, la práctica médica y otras tecnologías que discuten con biologicismos que reducen la subjetividad a un plano material e impiden dar cuenta de las especificidades locales y los conocimientos situados (Haraway, 1991).

Por último, encontramos las *perspectivas sobre el cuidado en las investigaciones socioantropológicas en salud*. Esta inclusión discute con las miradas tradicionales que hacen del cuidado un conjunto de prácticas informales, emocionales, reducidas a actividades domésticas, privadas y de género (Tronto, 1994; Epele 2013a). En cambio, permite entenderlo como complejos de saberes y prácticas expertas y legas, tecnologías, cuerpos, tareas, emociones y políticas que buscan lograr el bienestar, aliviar el sufrimiento y promover la salud. De la mano de la noción de cuidado, se han conmovido los presupuestos epistemológicos, políticos y morales que atraviesan la epistemología dominante en la biomedicina y en el campo psi en las sociedades occidentales. Cuestionando el conjunto de dualismos que fundamentan la racionalidad iluminista e instrumental (autonomía/dependencia, control/atención, saber/práctica, hechos y valores, etc.), el ingreso del cuidado en los análisis en ciencias sociales y en antropología revuelve los dualismos (cuerpo/mente, experto/lego, conocimiento/saberes, técnica/práctica, etc.) de las perspectivas clásicas de la medicina y el campo psi (Mol, 2008).

Al devolverle al cuidado el estatuto de saber experto y lego, es decir, ya sea que tenga lugar en contextos de la biomedicina y psi o en contextos de la vida cotidiana, ha sido ineludible interrogar sus relaciones con los conceptos de técnicas y tecnologías. En otras palabras, la exploración en el campo del cuidado ha

exigido abandonar el uso restringido de la noción de tecnología para ser ampliado a otros dominios con anterioridad no explorados (Epele, 2012 y 2013a). De este modo, las técnicas se han convertido en uno de los modelos de inteligibilidad respecto de las prácticas de cuidado, ya que hace visible sus complejas genealogías, su sistematicidad, su elaboración y transformación en el tiempo y su dimensión productiva en relación con el bienestar y la salud. Además, en lugar de entender los complejos de cuidado de ciertas aflicciones en contextos sociales específicos en términos de oposición entre conocimientos expertos y legos, la mayoría de las técnicas de cuidado resultan de la combinación de saberes, prácticas, lógicas y acciones colectivas e individuales, orientadas hacia otros y sobre sí, de diferentes procedencia y antigüedad (Epele, 2013b). A su vez, a través del cuidado se hacen visibles los procesos de responsabilización subjetiva de los propios malestares, la privatización de los problemas públicos respecto al malestar y las lógicas de poder que regulan la salud y la supervivencia (Del Monaco, 2017; Epele, 2018).

Los textos que componen este libro se articulan entre sí a través de las nociones de técnicas y tecnologías como modelos de inteligibilidad del complejo conjunto de tratamientos, terapéuticas y prácticas de cuidado. Finalmente, la problematización de las temáticas abordadas en los diversos capítulos o bien privilegian o bien combinan las dimensiones en las que la tecnología ha adquirido relevancia en las investigaciones socioantropológicas sobre el campo de salud, y que han sido brevemente descriptas en sus diferentes orientaciones en los párrafos previos. Focalizando en diferentes temáticas, los capítulos exploran los modos en que los tratamientos y las prácticas de cuidado de otros y de sí se convierten en técnicas que intervienen y buscan dar forma a subjetividades que se corresponden con modelos normatizados de bienestar, salud y moralidad.

Silvana Garbi, en el capítulo "Rescatados, encerrados, tratados. Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas", problematiza las prácticas y los saberes que hacen del encierro y el aislamiento modos habituales de tratar a la población usuaria de drogas, focalizando el análisis en las modalidades legas llevadas a cabo en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Basada en una investigación etnográfica, la autora analiza cómo estas estrategias, en general promovidas por los saberes psi sobre las adicciones, son reapropiadas por los propios usuarios y las redes sociales próximas, particularmente familiares, con el objetivo de "rescatar" a los usuarios, es decir, para disminuir y/o interrumpir el consumo intensivo de sustancias.

En el capítulo "Rebasar umbrales. La espera en los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de drogas", Ana Laura Candil examina las tecnologías terapéuticas ambulatorias para adicciones disponibles en el sistema público de salud. A través de un abordaje etnográfico, la autora indaga sobre las características e implicancias del régimen de movilidad ambulatorio de los tratamientos orientados al consumo problemático de drogas de mala calidad en el AMBA. El análisis se focaliza en la espera como noción que antecede, sucede y excede estos tratamientos públicos, terapéuticos y ambulatorios.

A través de una investigación llevada a cabo en Chile, Francisco Javier Ugarte Reyes en el capítulo "Las heterogeneidades de los ensamblajes terapéuticos. Estudio de caso sobre la construcción de un programa residencial de tratamiento de consumos problemáticos de drogas" explora algunas de las heterogeneidades constitutivas de las tecnologías de tratamiento de consumos problemáticos de drogas, a partir de la observación de las tensiones que experimenta el equipo de un centro residencial de tratamiento. El autor problematiza cómo en dicha institución se ponen en juego racionalidades diversas y contradictoras, cuya permanencia solapada se relaciona con fenómenos de inscripción y materialización en forma de instrumentos, capacitaciones, cuerpos, diagnósticos, orientaciones técnicas, emplazamientos o disposiciones espaciales del centro, entre otras.

Continuando con las técnicas dentro del campo psi pero en otra temática, Romina Del Monaco analiza en su trabajo "Palabras que hacen ver: (dis) funcionalidad, ciencias naturales y adaptación en las psicoterapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina" el empleo de categorías, nociones y explicaciones que estas psicoterapias retoman de otras disciplinas como las ciencias naturales y la biomedicina para intervenir durante los tratamientos. Específicamente, la autora hace foco en algunos ejemplos utilizados por los terapeutas para problematizar la forma en que recurrir a disciplinas externas al campo psi se convierte en una herramienta que busca intervenir y desarmar pensamientos y/o comportamientos considerados *disfuncionales* porque dificultan la *adaptación al medio.*

En el capítulo, "De los 'desequilibrios hormonales' a 'desequilibrios emocionales': la construcción de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia", Ana Leticia Fitte examina las distintas miradas sobre las "menopausias", en particular la ligada a la creación de un dominio psi en la biomedicalización de aquella. La autora explora cómo en la consolidación de este proceso se promueve la creación de un sentido común sobre la menopausia como

un "periodo crítico" en la vida de las mujeres, marcado por "trastornos físicos y emocionales" adjudicados al descenso y la "pérdida de las hormonas femeninas". Específicamente, identifica y analiza el modo en que se producen y circulan los saberes y las prácticas en torno al cuerpo femenino, que en la biomedicalización de la menopausia modelan una dimensión psi.

Por último, Aldana Boragnio, en el capítulo "Producción de subjetividades en el autocuidado alimentario cotidiano", problematiza la alimentación como un ámbito en el que se intersectan cuestiones culturales, económicas, morales, biológicas y psi. En particular, la autora analiza cómo en los relatos de las entrevistadas —mujeres de sectores medios— la alimentación y el autocuidado respecto de sí mismas se transforma en una cuestión vinculada con la salud/alimentación/enfermedad.

Referencias bibliográficas

BUTLER, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

DAVIS, Angela (2004). *Mujeres, raza y clase.* Buenos Aires: Akal.

DEL MONACO, Romina (2012). "Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad: un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña". *Intersecciones,* nº 13, pp. 511-501.

_____ (2014). "El dolor en las relaciones laborales. Experiencias corporales y trabajo en el padecimiento crónico de la migraña". *RBSE-Revista Brasileira de Sociología da Emoção,* vol. 13, nº 38, pp. 189-203.

_____ (2017). "Corporalidad, modos de sentir y cuidado: un análisis sobre las narrativas de profesionales biomédicos y personas con dolores de cabeza crónicos sobre otras formas de tratar el malestar". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, vol. 24, nº 9, pp. 71-82.

_____ (2019). "Colorear racionalmente el mundo. Nociones de creencia implicadas en las terapias cognitivas conductuales en Buenos Aires, Argentina". *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, nº 81, pp. 137-150.

EPELE, María (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2012). "Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização". *Revista Mana*, vol. 18, nº 2, pp. 247-268.

_____ (comp.) (2013a). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre el consumo problemático de drogas.* Buenos Aires: Antropofagia.

_____ (2013b). "El tratamiento como palimpsesto". *Cuadernos de Antropología Social*, pp. 7-31.

_____ (2016). "Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina". *Anthropology & Medicine,* vol. 23, nº 3, pp. 244-258.

_____ (2018). "Neoliberal Care. Intimacy, Romance and Drug Use in Argentine Dispossessed Populations". *Journal of Latin American & Caribbean Anthropology*, vol. 23, nº 1, pp. 152-168.

ESCUDERO, José (2003). "The Health Crisis in Argentina". *International Journal of Health Services,* vol. 33, nº 1, pp. 129-136.

FARMER, Paul (2003). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New Poor*. Berkeley: University of California Press.

FEDERICI, Silvia (2016). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* Buenos Aires: Tinta Limón.

FOUCAULT, Michel (1986). *Historia de la locura en la época clásica.* México DF: Fondo de Cultura Económica.

_____ (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines.* Barcelona: Paidós.

_____ (2005). *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974).* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

_____ (2009). *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el College de France (1982-1983).* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

_____ (2010). *El coraje de la verdad. El gobierno de sí y de los otros II. Curso en el College de France (1983-1984).* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

GAGO, Verónica (2014). *La razón neoliberal.* Buenos Aires: Tinta Limón.

HARAWAY, Donna (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Madrid: Cátedra, Universitat de València e Instituto de la Mujer.

HARVEY, David (2017). *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural.* Buenos Aires: Amorrortu.

HESS, David (2001). "Ethnography and the Development of Science and Technology Studies", en: Atkinson, Paul, Coffey, Amanda, Delamont, Sara, Lofland, John y Lofland, Lyn (eds.), *Sage Handbook of Ethnography.* Thousand Oaks: SAGE, pp. 234-245.

HIDALGO, Cecilia (2016). "La 'latourización' de la antropología de la ciencia en Argentina. Presentando a Bruno Latour". *Cuadernos de Antropología Social,* nº 43, pp. 13-15.

KLEINMAN, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition.* Londres: Harper Collins.

KREIMER, Pablo (2017). "Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología: ¿son parte de las ciencias sociales?". *Revista Teknokultura*, vol. 14, nº 1, pp. 143-162.

LATOUR, Bruno (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de una antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

— (2013). *Investigación sobre los modos de existencia. Una antropología de los modernos*. Buenos Aires: Paidós.

MOL, Annemarie (2008) *The logic of Care. Health and problem of patient choice*. Oxon: Routledge.

ONG, Aihwa y COLLIER, Stephen (eds.) (2005). *Global Assemblages. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell.

RABINOW, Paul y MARCUS, Georges (2008). *Designs for an Anthropology of the Contemporary*. Durham: Duke University Press.

ROCA, Alejandra (2010). "La tecnología y los modos de conocer: cuando la antropología interroga". *Encrucijadas "homotecnologicus", Revista de la Universidad de Buenos Aires*, nº 49.

_____ (2011). "La superstición moderna: ciencia y tecnología en la mirada antropológica". *Voces en el fénix-Revista de Plan Fenix*, año 2, nº 8.

ROCA, Alejandra y DELLACASA, María Alejandra (2014). "Antropología, tecnología y biociencias: un campo en expansión". *Ankulegi*, nº 18, pp. 159-167.

ROSE, Nikolas (1998). *Inventing our Selves*. Cambridge: Cambridge University Press.

_____ (1999). *Governing the Soul. Shaping the Private Self.* Londres: Free Association Books.

_____ (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.* La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.

ROSE, Nikolas y MILLER, Peter (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life.* Cambridge: Polity Press.

SÁNCHEZ ROSE, Isabelle y VESURI, Hebe (2005). Usando ciencia, tecnología e innovación para el desarrollo sustentable. *Polis. Revista Latinoamericana*, disponible en: http://journals.openedition.org/polis/5704. Fecha de consulta, 22/06/2020.

SCHEPER-HUGHES, Nancy (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

SEGATO, Rita (2011). "Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial", en: Bidaseca, K. y Vazquez Laba, V. (comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina.* Buenos Aires: Godot.

_____ (2016). *La guerra contra las mujeres.* Buenos Aires: Traficante de Sueños.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty (2011). ¿Puede hablar el subalterno? Buenos Aires: El Cuenco de Plata.

_____ (2013). *En otras palabras, en otros mundos. Ensayos sobre política cultural*. Buenos Aires: Paidós.

SVAMPA, Maristella (2005). *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo.* Buenos Aires: Taurus.

TRONTO, Joan (1994). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Nueva York: Routledge.

VESSURI, Hebe y CANINO, María Victoria (2007). "Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Algunos aportes recientes de la sociología en Venezuela". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 13, nº 1, pp. 87-90.

ZEBALLOS, José (2003). *Efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003.* Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Rescatados, encerrados, tratados.
Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas

Silvana Garbi

Después de un tiempo de escuchar su nombre en historias y anécdotas, finalmente conocí a Gastón. Había hablado en reiteradas oportunidades con su mamá y una de sus hermanas. Pero su nombre cada tanto aparecía también en los relatos de otros jóvenes del barrio con los que me cruzaba. "*Ves, ¡acá está! Este es Gastón*", me lo presentó Gladys, su mamá. De unos 23 años, Gastón era como me lo imaginaba, o como me lo habían descripto, un pibe "pintón". "*Ahora está más lindo porque está más gordito*", me decía Gladys. Claro, Gastón acababa de obtener el alta de una comunidad terapéutica después de un año y ocho meses de internación. "*Ahí los engordan, ¡salen lindos!*"

Me presenté, y en seguida me dijo: "*Uy, ¡si habré dado entrevistas!, hace casi cinco años que vengo de instituto en instituto, lo máximo que estuve afuera fueron cinco meses… y cortados*". Y sin programarlo, mientras Gladys atendía en el comedor, Gastón empezó a contarme lo que había sido su vida en esos últimos años.

Gastón nació en el barrio, y hasta que "cayó" en el Instituto San Martín, vivía con Gladys, con su papá "*que tiene treinta años de sobriedad gracias a Alcohólicos Anónimos*", con sus dos hermanas, sus dos hermanos y tres hermanastros. "*Ahora en casa somos poquitos, mis hermanas se casaron, las dos están re paradas, casa, auto, hasta mascotas tienen […] mis hermanos en cambio uno está internado hace dos años en una CT [comunidades terapéuticas] y el otro en Marcos Paz, los otros ya debés saber, uno murió de VIH y el otro de cáncer, cuando yo estaba encerrado, y el otro no sé ni en qué anda*." Con una risa jocosa me dijo: "*Como los Simpson, ¿viste?, parece que está en los genes, las 'nenas' una pinturita y los 'nenes' ¡uno peor que otro!".*

En el transcurso de la charla, Gastón me contó sobre su inicio en el consumo; sobre su paso por distintas internaciones y tratamientos ambulatorios; sobre sus detenciones en "el San Martín" y, de más grande, en "Marcos Paz"; de sus intentos

por "rescatarse" y sus logros de "vivir bien"; sobre sus "recaídas" y "frustraciones", "de estar dos años internado, salir y 'al toque' volver a consumir"; de la "vuelta al choreo" y volver a "caer preso"; "de sostener", "controlar" y "de hacerlo por la vieja"; "de querer parar y no poder"… y de que "esta es la última".

"*Basta, ya no quiero saber más nada de estar encerrado, de internación en internación, de tratamientos y cárceles estoy zarpado*." Me contó de sus "proyectos" para esta "etapa": "*Me faltan unos años para terminar el secundario, cuando estuve afuera empecé en un bachillerato a la noche, pero era un cachivache, iba 're puesto'. Ahora en la internación hice un par de cursos, vamos a ver si puedo terminar la escuela o agarrar alguna changuita*". Había trabajado unos meses en un lavadero de autos entre internación e internación, "*tal vez ahí tenga una chance de que me vuelvan a tomar*". Lo que tenía claro era que quería estar "entretenido": "*Yo me conozco, en la primera de cambio me hago mierda enseguida y no quiero volver a caer ni en la droga ni en el choreo*".

El relato de Gastón refleja ciertos circuitos, trayectorias, preocupaciones que atraviesan las historias de muchos otros jóvenes usuarios de drogas del barrio. En lo que cuenta, Gastón habla de una trayectoria de consumo "intermitente", con etapas de consumo compulsivo en las que "no podía parar" y también etapas en las que se "rescataba", lograba "controlarlo", pero que "duraban poco": "*No como Lucho, ese sí que la tiene clara. No sé cómo hace, pero cuando quiere parar, se va a la casa y listo. Toda la vida fue así, eh. Pero yo no puedo*", se lamentaba. Su consumo, según él, lo hizo "pasear" por varias instituciones y así me contó de sus trayectorias institucionales que entrecruzaban la lógica punitiva y terapéutica: el paso por las instituciones de encierro, donde "*había que aprender los códigos, para que no te pasen*", "*donde había que demostrar quién era más chorro que quién*" y donde seguro "no quería volver"; el tránsito por distintos tratamientos por su consumo, donde pasó por "ambulatorio, centro de día, narcóticos anónimos y algunas internaciones en CT", "*donde aprendí cómo comportarme, lo que tengo que hacer para 'rescatarme'*"; trayectorias educativas y laborales, que no abundaban en su relato pero que formaron parte de su circuito, de manera precaria e intermitente. Trayectorias que se enmarcan en condiciones materiales de vidas también muy precarias e inciertas.

Uno de los objetivos de este artículo es poner en evidencia cómo los mecanismos y las tácticas de gobierno sobre determinadas poblaciones —las poblaciones vulneradas— deben leerse en correspondencia con un marco más general del ejercicio del poder sobre la vida (Daroqui *et al.*, 2012). Se verá que en términos

predominantemente biopolíticos (Foucault, 1996), aunque en correlación con reactivadas expresiones soberanas y disciplinarias, existe una regulación y gestión de los colectivos —en particular los juveniles excedentarios y precarizados—, entre los cuales se destinan abordajes específicos cuando estos, además, se presentan como problemáticos. Esto se evidencia, por ejemplo, en las trayectorias institucionales de los usuarios de drogas en contextos de marginación, como Gastón (entre ellas cárceles, comisarías, comunidades terapéuticas, hospitales psiquiátricos), en las que el entrecruzamiento de las lógicas punitiva y terapéutica basadas en el encierro y el aislamiento son centrales. Pero también se expresa en los tratamientos dados a esta población en sus vidas cotidianas. Así, los encierros y aislamientos como estrategias de poder no se reducen solo a las instituciones penales o terapéuticas que hacen de estos la condición de posibilidad de su tratamiento, sino que coexisten otros modos de tratar que, aun en "libertad" —en sus barrios, en sus vidas cotidianas—, producen otros encierros en estas poblaciones. Esto implica a su vez atender los *procesos de producción* de los sujetos, que, ya sea bajo fórmulas institucionales (en las CT y demás instituciones por donde transitan los usuarios), vinculares (con el trato hacia y con otros) y/o autorreferenciales (con uno mismo) producen diversos efectos y consecuencias en las subjetividades de estas poblaciones.

Así es que cuando se utiliza la noción de *tratamientos* y *modos de tratar* no se hace referencia exclusivamente a los tratamientos dados en las instituciones terapéuticas. Es decir, en general, cuando se habla de tratamientos se refiere a un saber "experto", por lo común emparentado con los discursos de la biomedicina y del dominio psi. Sin embargo, los tratamientos pueden ser pensados como "complejos de fragmentos, de modos de tratar heteróclitos, técnicas, prácticas y saberes en tensión y/o contradicción entre sí" (Epele, 2013a: 2). En este sentido, por ejemplo, en el caso de los usos de drogas, estos tratamientos y modos de tratar son "permeables" a los centros de rehabilitación en general y de las CT en particular. A su vez, incluyen no solo los tratamientos *expertos* en estos lugares, sino también otros modos de tratar en la vida cotidiana (vinculares, autorreferenciales) y en otros sistemas expertos (judiciales, institucionales, etc.). De esta manera, los saberes expertos tensionan, contradicen, expresan otros modos de tratar y ser tratado tanto en la vida cotidiana como en otras instituciones (sistema penitenciario, salud, justicia, trabajo, etc.). En este sentido, en los tratamientos coexisten formas de tratos (buenos, malos o destratos), prácticas y saberes que participan de tradiciones y perspectivas de diferentes órdenes sociales y diversas

cronologías. Así, los tratamientos al mismo tiempo que son moldeados por prácticas y saberes tradicionales y *legos* asimilan y remodelan estos otros modos de tratar. Esto posibilita articular los sistemas expertos, los contextos económicos-políticos y la vida cotidiana.

Aspectos metodológicos

Este trabajo se inscribe en una investigación más amplia que formó parte de mi tesis de doctorado en ciencias sociales y que centra su análisis en la modalidad de tratamiento de las CT. El supuesto hipotético que guió dicha investigación es que los saberes y las estrategias terapéuticas llevadas a cabo en esos dispositivos se constituyen en una *tecnología de gobierno* de determinadas poblaciones que articula, atraviesa e incluye a otras prácticas y saberes tanto de la vida cotidiana como de otros sistemas expertos (judiciales, penitenciarios, de otros organismos de salud, etc.) en los que el encierro y el aislamiento se constituyen en *modos de tratar*.

Desde una perspectiva etnográfica y en un marco general de observación participante, realicé el trabajo de campo en un barrio marginalizado y en tres comunidades terapéuticas del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante los años 2009 y 2010. Entrevisté en profundidad a usuarios[1] de drogas, a las redes vinculares de no consumo (referentes comunitarios, vecinos/as y parientes), a usuarios en tratamiento y a profesionales y/o referentes de diversas instituciones nacionales, municipales y asociaciones civiles relacionadas directa o indirectamente al área de "adicciones".

Las redes vinculares y los recursos del aislamiento y el encierro como estrategias de "rescate"

> *Porque viste que matan muchos pibes, les pegan, vienen golpeados y eso es lo que me da miedo. A la noche escucho los tiros y eso, y ya no puedo dormir. Así que yo duermo tranquila los días que están los dos acá adentro. Pero si no no puedo dormir. ¿Viste?, a veces estoy con unas ojeras que me dicen todos: "Ya está, ellos tienen que decidir". Pero no, yo pienso que cuando tenés hijos por más que te digan lo que te digan hay que luchar hasta lo último, qué vas a hacer*. [Gladys, madre de dos hijos usuarios de pasta base]

1 La referencia al masculino responde a que sólo entrevisté a usuarios varones.

En general, la función de las redes vinculares y más en particular de las "madres"[2] está asociada, durante el periodo en que los jóvenes tienen consumos problemáticos, con el intento de lograr que dejen de consumir. Se reiteran las crónicas que relatan las distintas prácticas que se llevan a cabo para "rescatarlos"[3] durante el consumo. "Luchar hasta lo último", como me decía Gladys en la entrevista, implicaba el despliegue de diversas prácticas que, en el marco de estas transformaciones en los modelos familiares y en contextos de marginación, insumen un plus de energía, tiempo, dinero, pero a la vez angustia, conflictos, incertidumbre, desazón, peligros, etc.

Las estrategias de "rescate" llevadas a cabo por un tercero implican un desafío particular, en tanto y en cuanto están destinadas, en la mayoría de los casos, a hacer que un otro haga o deje de hacer algo que involucra al propio cuerpo y que le genera, además de un deterioro, placer. Así como decía Gladys como portavoz de otros tantos relatos de madres que he escuchado durante mi investigación, estas estrategias se ponían habitualmente en tensión con las de los propios jóvenes: "ellos tienen que decidir" entraba en conflicto con "hay que luchar hasta lo último".

Las crónicas de quienes suelen estar a cargo del cuidado de los jóvenes —que en general son las madres— dan cuenta de un proceso marcado por la angustia, la fragilidad, el desconcierto y la desesperación que les genera los modos en que se expone a los usuarios de drogas a determinados circuitos locales de violencia y a múltiples riesgos tanto de salud como de sobrevivencia. Estos procesos, como se ha señalado, no solo obstaculizan el acceso a derechos, sino que promueven la delegación de actividades y prácticas de cuidado que deberían ser llevadas a cabo por otras instituciones (trabajo, seguridad, educación) al dominio de la intimidad y de los vínculos próximos (Epele, 2008).

Paradójicamente, estos desplazamientos se dan en los mismos sectores populares en los que la pobreza, la desigualdad social y en salud hacen necesarias la participación y asistencia estatales.

En los relatos de los familiares y de los propios usuarios se advierte cómo estos procesos no solo exponen a los usuarios a padecimientos de salud y

2 Hago referencia a las "madres", porque habitualmente son quienes cumplen esta función con sus hijos, pero también se han advertido situaciones análogas respecto a sus parejas, hermanos.

3 En términos locales, el "rescate" refiere a las prácticas informales llevadas a cabo por las redes vinculares y por los propios usuarios para regular y/o frenar el consumo intensivo de drogas cuando este se vuelve un componente básico de la vida cotidiana.

sobrevivencia, sino que también a quienes más habitualmente están al frente de su "cuidado" a múltiples situaciones de riesgo, impotencia, de conflictos entre vecinos, de peligros, etc. Junto con las prácticas habituales de cuidado en la vida cotidiana, como llevarlos a la guardia, —cuando "se dejan llevar"—, alimentarlos, nutrirlos cuando notan un progresivo deterioro en su aspecto físico, hablarles, interrogarlos, revisarlos, surgieron otras prácticas como ir a buscarlos a las "ranchadas"[4] y/o enfrentarse con los "transas", con el peligro y la exposición que esto supone. En este sentido, los relatos dan cuenta de la inclusión de una multiplicidad y heterogeneidad de prácticas y saberes desarrollados por las redes vinculares destinadas no solo a resguardar a los usuarios, sino también a sí mismas.

En estos contextos, las prácticas que hacen del aislamiento y/o del encierro las estrategias de "rescate" —que habían sido desde antaño algunos de los recursos utilizado por las redes vinculares, como por ejemplo "retenerlos en sus casas", "prohibirles salir con ciertas *juntas*", etc.— comenzaron a intensificarse.

Aislar a esta población de todo aquello que expusiera a los jóvenes no solo al consumo, sino también a los riesgos asociados al uso intensivo de drogas —aislarlos de las "malas juntas", aislarlos de los "transas", de las "sustancias", que en estos contextos se había vuelto sinónimo de "aislarlos del barrio"— tenía como objetivo, al mismo tiempo, "descomprimir situaciones conflictivas" que pudieran haberse ocasionado dentro del barrio o en la propia familia, evitar la sustracción de pertenencias tanto de la familia como de los vecinos del barrio, etc.

El aislamiento y el encierro —como expresión extrema, a través de la internación o en las propias casas— se constituyen así en los relatos como una especie de respiro para la propia familia, un *impasse* que pretende poner un paño frío sobre una situación de tensión. Estas estrategias atraviesan a esta población de diversos modos, generándoles también distintos efectos.

A través de las crónicas locales y de las historias y trayectorias de los jóvenes usuarios que habitan en contextos de marginación, se ha observado la exposición a ciertos procesos que operan transversalmente en la vida de estas poblaciones generando encierros y aislamientos muy diversos (subjetivos, territoriales, vinculares, estructurales, simbólicos, etc.). Algunos de estos procesos están signados por la fragmentación social y espacial, los procesos de criminalización y estigmatización, la represión policial, las condiciones de profunda vulnerabilidad

4 Las "ranchadas" son los lugares en donde se juntan los usuarios a consumir. Suelen estar días y hasta semanas reunidos en una casa abandonada, una esquina, un pasillo, consumiendo.

y violación de los derechos básicos, las violencias, la debilidad, la enfermedad y el deterioro de la salud, la compulsividad al consumo de ciertas sustancias, la calidad y efectos de las drogas accesibles "para pobres", las tensiones entre el consumo como modo de "sentirse atrapado" o de "liberarse", los padecimientos asociados a los consumos de sustancias y sus modos de regulación y/o asistencia, las afectaciones vinculares a partir del consumo —con familiares, vecinos, parejas, etc.—; como así también por las políticas y respuestas sociosanitarias y legales relacionadas con las prácticas de consumo que hacen de la intervención judicial, el encierro, la internación y la abstinencia los pilares centrales para abordar esta problemática.

Se advierte así, una vez más, los modos en que estar expuestos a estos procesos macroestructurales y a condiciones de vida precarias se constituyen en modos de tratar que generan entre otras cosas encierros y aislamientos muy diversos y que habitualmente se gestionan a través de otros encierros y aislamientos, ya sea desde los saberes expertos como desde los saberes legos.

Estas estrategias, han sido empleadas desde hace muchos años para diversas situaciones y con finalidades disímiles. En estos casos, paradójicamente, estas prácticas habitualmente son reutilizadas para "encauzar" otras encerronas. Si bien estas prácticas pueden ser orientadas a la promoción del bienestar y la salud (reducir los daños, descomprimir situaciones conflictivas, proteger frente a los peligros de la supervivencia, cuidar, acompañar, etc.) también pueden —y suelen— producir otros malestares (culpabilizar, encerrar, responsabilizar, engañar, acusar, reprochar, castigar, etc.).

En este sentido, estas prácticas son analizadas a través de la noción de *trato*, pues, en contraste con la noción de *cuidado* —como práctica que promueve el bienestar y la salud—, pensarlas como modos de tratar nos permite visibilizarlas tanto como prácticas que pueden promover el alivio y el bienestar como producir otros malestares (Epele, 2013a). Al mismo tiempo, estas se dirigen hacia un otro, que además consume drogas: una práctica sancionada socialmente y criminalizada. En este sentido, no se las puede dejar de analizar sin dar cuenta también del proceso vincular —al caracterizar, calificar e intervenir sobre las acciones de otros— y de la orientación moral que lo atraviesa.

Cuantos más lejos, mejor. "Sacarlos del barrio"

Tanto ante la sospecha de inicio de consumo como, sobre todo, cuando el consumo ya en desarrollo está acompañado por situaciones conflictivas dentro

del propio barrio, una de las estrategias a la que recurren quienes están al cuidado de los usuarios de drogas es aislarlos de su lugar de residencia. Esta práctica que, en términos locales, está caracterizada como "sacarlos del barrio" se compone de distintas modalidades: mudarse, enviarlos a vivir a la casa de algún familiar que resida lejos del barrio, o internarse en otra provincia, entre otras. En este último caso, la distancia opera como estrategia de rescate:

> *Y yo qué te puedo decir, anoche fue una cosa que yo casi me quebré el brazo, porque caí contra la pared, caí en el piso para poder socorrerlo a mi esposo que había preparado ya para ahorcarse. Estaba continuamente fumando paco, en una piecita fumando paco, paco, paco y terminó dado vuelta. Yo lo veía de una hendija a él y yo estaba esperando que él actúe. Él preparó las cosas para ahorcarse, ¿no?, y yo estaba esperando que él actúe para yo poder tirar esa puerta y socorrerlo. Y en esos momentos me encontré sola. En esos momentos pasa el padre Sergio y le pego el grito y le dije vení, padre, ayudame, yo estoy sola en esto, tengo este problema, mi esposo se quiere suicidar, ¿me podés ayudar?, ¿qué hago?, ¿llamo a la policía?, ¿llamo a la ambulancia? Me dijo no, entró él y habló, empujó la puerta y lo habló, lo habló, lo habló, y mi esposo le dijo al padre yo me mato, yo me quiero matar, que me ayuden que yo me vaya de este mundo lejos, que me vaya, que me olvide de todo, internarme lejos, que no quiera recordar nada. No quiere saber nada del paco, se siente, digamos, muy deprimido [...] Yo estuve hasta las 2 de la mañana despierta, y volvió, me pidió un cigarrillo y le dije, ¿estás dispuesto a seguir adelante? Sí, como no, me dijo, ayudame negra, me dijo, ayudame, pero cuanto más lejos me puedan mandar mejor. Él ahora está dispuesto a internarse pero no quiere estar cerca, quiere estar lejos. En Córdoba, Entre Ríos, Neuquén, qué sé yo, en cualquier lugar que no sea acá. Porque él mismo se conoce, se puede escapar, puede hacer mil cosas, pero en cambio si va lejos le va a costar más, le va a costar más.* [Marta, esposa de usuario de pasta base/paco.]

El relato de Marta expresa la escasez de recursos de las condiciones de vida y situaciones de angustia e impotencia que algunas escenas vinculadas a los usos intensivos de drogas generan tanto en los jóvenes como en las personas que participan de sus círculos cercanos. También da cuenta de que, en ocasiones, quienes se constituyen en las redes de sostén en estos momentos críticos son figuras extrafamiliares. Así como con en el caso del marido de Marta esta función

fue desempeñada, en un primer momento, por el cura del barrio,[5] otras veces puede ser algún/a referente comunitario/a o un vecino/a con quienes los usuarios sienten cierta empatía, o porque simplemente se encuentran en el momento preciso.

"Cuanto más lejos, mejor" es una frase muy recurrente tanto en los relatos de los familiares como en los usuarios mismos. El "estar lejos" refiere no solo a intensificar las barreras que posibiliten la vuelta al barrio, sino sobre todo a un cambio de ámbito, que conlleve la posibilidad de un cambio de *hábito*. A pesar de que "sacarlos del barrio" es considerado por las redes vinculares como un recurso estratégico, en contextos de marginación, y más aún tras las transformaciones en la movilidad social y territorial que trajeron aparejadas las reformas neoliberales en Argentina, cada vez se hizo más difícil irse del barrio, de mudar a toda la familia. No obstante —y debido al hecho de que la mayoría de los residentes de estos barrios provienen del interior del país o de países vecinos—, "enviar" a los usuarios de drogas a la casa de familiares o conocidos que quedaron en sus lugares de origen se estableció como un recurso más "a mano", por lo que se convirtió en una práctica habitual en esos contextos.

> *A los 16 años lo mandé a Tucumán para sacarlo de acá, porque me parecía que las influencias del barrio le estaban haciendo daño: había un cambio de conducta en él, no estaba en la casa, en los momentos claves de la familia que nos reunimos para comer y eso, no estaba. Cuando estaba, estaba impaciente, se comportaba mal, dejó de ir al colegio, entonces lo saqué y lo llevé a Tucumán, con mi familia allá. En ese momento, sospecho que él consumía… no consumía paco, sino marihuana y que por ahí alguna pastilla, alcohol, cigarrillos. Lo llevé a Tucumán y lo tuve un año y pico ahí y se vino haciéndome el verso que se iba a portar bien, qué sé yo… y yo como madre blanda le dije que bueno, que está bien, que vuelva. Acá el primer problema mayor que tuvo fue que lo amenazaron de muerte. Él ya estaba drogándose de vuelta y se metió en medio de una pelea de un vecino de acá muy conflictivo y me dijo que lo saque de ahí porque lo iba a encontrar en un*

5 La figura de los curas en los barrios suele ser clave. Además de su función ligada estrictamente a lo religioso (dar la misa, atender la capilla, etc.), en general ofician de muchas otras cuestiones ligadas a las problemáticas sociales de cada barrio. A partir del aumento de la venta y el consumo de drogas en los barrios, y de su posterior construcción como una de las problemáticas más acuciantes y urgentes de encauzar, la figura de los curas en los barrios más marginalizados (sobre todo de los llamados *curas villeros*) tomó relevancia.

> *zanjón, me lo iba a matar, porque él era un ex policía y lo iba a matar. Ahí lo mandé de vuelta a Tucumán, en Tucumán se portaba bien pero no lo pude retener, estuvo solo siete meses y se vino […], y después que vino lo perseguían los mismos de la otra vez, le tiraron tiros, tiene una marca de un tiro que lo rozó, le pegaron un culetazo y él se les enfrentaba… después tenía muchos conflictos en la calle.* [Marisa, madre de usuario.]

"Salir del barrio", en los relatos, es sinónimo de esquivar las malas influencias, descomprimir situaciones de violencia o conflicto con los vecinos, evitar el contacto directo con las drogas y los riesgos asociados a su consumo, entre otras cuestiones. Sin embargo, con la llegada de la pasta base y la crisis económica que atravesó el país durante los años 2001-2002, esta estrategia se vio restringida: si hasta entonces había sido descripta como una práctica habitual o al menos "disponible" para quienes contaban con redes familiares o conocidos en lugares alejados a su barrio de residencia, las características propias de la pasta base y los riesgos, los padecimientos y las situaciones vinculadas a su consumo modificaron el escenario. Además de la falta de recursos económicos para "deslocalizarlos", el acelerado daño corporal, la mayor frecuencia de las agresiones en el ámbito doméstico, la costumbre de los jóvenes de extraer cosas de sus casas para cambiarlos por pasta base y la urgencia impuesta por diversos peligros en las economías locales tornaron más complicado el "mandarlos a otro lugar". Esta situación generó que se recurriera a otras estrategias de rescate para esta población. Dentro de las prácticas de aislamiento, el encierro *puertas adentro* y la internación fueron las más practicadas por las redes vinculares.

"Meterlos adentro". El encierro en las casas

Encerrar a los jóvenes dentro de las casas es otra de las estrategias a la que recurren con cierta frecuencia quienes están al cuidado de los usuarios de drogas.

Durante el periodo de consumo intensivo, son reiterados los registros que describen el paso de los usuarios por sus casas como ocasional: "entran y salen todo el tiempo", "vienen a cualquier hora, de repente comen algo y se van, o se bañan", "y pasan días y días y ves que no vienen", "entran a la casa y vos los ves sucios y golpeados y ni siquiera saben qué les pasó". Es así que, en general, el retenerlos dentro de las propias viviendas tiene como objetivo inmediato poder ejercer un control sobre esta población.

Si bien en las crónicas el aislamiento puertas adentro es descripto como una estrategia utilizada en múltiples ocasiones y que responde a diferentes finalidades,

pueden advertirse ciertas situaciones particulares en las trayectorias de consumo en las que esta estrategia es empleada con mayor frecuencia. Una de ellas es cuando las redes vinculares o los propios jóvenes advierten que la situación se tornó problemática o, en términos locales, cuando "se fue de las manos", es decir, cuando se pierde el control de sí mismo o cuando se incurre en prácticas de riesgo para sí mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia.

En los usuarios que consumen pasta base el deterioro físico se evidencia en un lapso muy corto. La delgadez extrema, los labios y dedos quemados, los pies ampollados son algunas de las señales que advierten sobre un estado de emergencia entre los jóvenes consumidores. Ante estas situaciones de alarma, retenerlos en las casas se torna la estrategia más a mano con la que cuentan las redes vinculares para poder al menos detener tal deterioro. En estos casos, el objetivo inmediato es no solo frenar, o al menos disminuir la frecuencia e intensidad del consumo, sino también alimentarlos, hacer que descansen, que duerman, que se bañen, controlar sus heridas.

Al mismo tiempo, este recurso es utilizado para poder poner un paño frío sobre las situaciones y los padecimientos asociados al consumo, que implican tanto a los usuarios como a los familiares.

En este sentido, retenerlos en las casas responde no sólo a salvaguardar la salud y sobrevivencia de esta población, sino también la de las propias redes vinculares: poder saber dónde y cómo están ya es para las madres un fin en sí mismo. Salir a buscar a sus hijos cuando estos están de gira, es decir, cuando se quedan días y hasta semanas consumiendo en los pasillos del barrio, o en las "ranchadas"; perder las pocas pertenencias que tienen por los hurtos a los que son sometidas las familias (que los usuarios intercambian por drogas), verse inmersos en situaciones conflictivas con otros vecinos del barrio son algunas de las situaciones que hacen que "encerrarlos puertas adentro" se convierta en una alternativa provisoria para descomprimir tensiones, o en términos locales, para darse un respiro mientras se busca otro recurso que pueda ser considerado más efectivo. En este sentido, esta estrategia se constituye en una práctica informal y provisoria, y comúnmente es utilizada en paralelo con la búsqueda de algún otro recurso, en general un saber experto que pueda intervenir de una forma más integral en dicha problemática.

Otra de las situaciones en las que esta estrategia es empleada con frecuencia es cuando es necesario retener a los usuarios para que sean evaluados por un profesional, para trasladarlos al juzgado, para internarlos, etc. Es muy habitual

que, en algún momento durante sus trayectorias de consumo, se requiera contar con la presencia física de los usuarios para poder llevarlos a un turno médico, para cumplimentar con alguna instancia requerida para internarlos o para proseguir con algún trámite iniciado. En estas circunstancias, recurrir a la estadía temporal de los jóvenes en las viviendas unos pocos días o incluso unas horas es un recurso utilizado para asegurarse de su disposición.

> *Dos días antes de que venga el psiquiatra yo lo empecé a perseguir a mi hijo para que no se vaya de gira mucho tiempo y que lo pudiera ver el psiquiatra para que no esté tan drogado. Cuando llegaba a la mañana, después de trabajar toda la noche salía con un palo, con un perro con lo que fuera, y lo iba a buscar. Entonces empecé a ponerme en campaña, a perseguirlo, seguirlo a todos lados, a ir a buscarlo, siempre alguien me decía dónde estaban porque ellos andan de gira, ellos lo llaman de gira cuando andan por todos lados, […] le preguntaba al vecino "che, ¿vos sabés donde está Marianito?, ¿lo viste a Marianito que hace tres días que no viene a casa mi hijo?" "No, señora no lo vi, o lo vi allá en el fondo en el Cementerio, que se juntan unas 60 o 70 personas todos tirados por ahí"… y así lo fui sacando y le dije "mirá que va a venir el psiquiatra, a verte acá en la casa, ¡no te vas a mover de acá, eh!" "¡Mirá que te voy a buscar por cielo y tierra, eh! Y te voy a traer", y el psiquiatra tardó un montón, llegó como a las 10 u 11 de la noche y yo estaba que no daba más, pero logré retenerlo en casa… llegó al extremo, fijate cómo estaba que me dijo "mamá yo necesito fumarme un porro para quedarme tranquilo, vos no te preocupes que voy a fumarme un porro", no me quedaba otra que dejarlo, mi hija me retó "¡pero cómo lo vas a dejar…!", y yo le dije "mirá si es para que se deje internar y se deje ver con el psiquiatra todo vale, lamentablemente.* [Mónica, madre de usuario.]

Retenerlos en periodo de consumo intensivo no es una tarea fácil. Desde la perspectiva de los actores, la abstinencia del consumo, sobre todo de la pasta base, muchas veces se vuelve incontrolable: los inquieta, les agarra ansiedad, los martiriza. Una de las frases más frecuentes para describir el periodo de abstinencia es que "el cuerpo te pide consumir más y más y a costa de cualquier cosa". Ante estas circunstancias, en ocasiones, los propios usuarios son los que, como estrategia extrema, piden que los "aten a las camas" para evitar escaparse a consumir, o como lo relataba Mónica, consumir otra sustancia para tranquilizarse y calmar la ansiedad.

Pero en la mayoría de los casos, las personas de las redes más próximas de los jóvenes recurren al aislamiento puertas adentro. Por lo tanto, es muy habitual también que se quieran escapar para seguir consumiendo.

> *Una vez no, millones de veces, lo encerré. Le pongo la reja y lo encierro. Pero están todo el día, toda la noche queriéndose escapar, saltan y se van, se quieren escapar por cualquier rinconcito. Muchas veces se me escaparon por arriba del techo*
> *(…)*
> *Yo llegué… a encerrarlo tres y cuatro días… Yo me iba a trabajar y él se quedaba sin llaves. Pero mirá la puerta y te vas a dar cuenta… Le pegaba a los vidrios, rompía los vidrios… La puerta la rompió él… Las cerraduras… porque quiere salir, quiere salir, se quiere ir…* [Clara, madre de usuarios de pasta base/paco.]

Si bien el uso de estas estrategias de encierro es categorizado como modos de cuidar a los usuarios, como decía Clara, no puede dejar de generarles nuevos problemas, más conflictos y escaladas familiares de violencias. Sumado a esto, este tipo de estrategias también requiere de tiempo y disponibilidad. En poblaciones marginalizadas que, de acuerdo a las perspectivas locales, están compuestas en general por familias monoparentales —donde la madre es la única proveedora del hogar—, encerrarlos puertas adentro muchas veces implica tener que dejar de trabajar, dejar de generar recursos para vivir. Asimismo esta complejidad se advierte cuando en ocasiones los propios familiares refieren "no saber cómo manejarse". Así como se recurre al encierro puertas adentro, el destierro —cerrar las puertas de la casa y dejarlos afuera— también se constituye en otra de las prácticas a la que refieren los familiares. "Soltarles la mano", como suelen nominarlo, es uno de los recursos provenientes del saber experto que es reapropiado por los familiares y destinado a movilizar a los usuarios. Así lo relataba la madre de un usuario:

> *Yo considero que desterrándolo de la casa no era la solución, el padre decía que había que desterrarlo de la casa, no dejar que entre más pero yo decía que había que ayudarlo pero… ¿cómo ayudarlo? Porque no sabíamos cómo ayudarlo* [Madre de un usuario]

Este *no saber cómo ayudarlo* da cuenta de la complejidad que implica tratar e intervenir en los casos de uso intensivo de drogas, más aún cuando involucra a

los propios familiares. Sin embargo, e incluso afirmando desconocer la forma de ayudar, quienes se constituyen en las redes de sostén emplean, como hemos visto, una multiplicidad de estrategias, de saberes y experiencias propias y de otros (de familiares y vecinos, como así también de profesionales, referentes y legos), orientados tanto a promover la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento como a generar angustias, culpabilización, responsabilización u otro tipo de malestares, e incluso malos tratos.

Salvo algunas excepciones, ninguna de estas prácticas tiene una relación "natural" con el problema que aparentemente procura abordar, sino que muchas de ellas ya pertenecían al conjunto de prácticas utilizadas hace algunos años para resolver problemas con los jóvenes de estos barrios y han sido adaptadas, redefinidas.

La internación —otra de las prácticas que, a través del encierro y el aislamiento, buscan intervenir en esta problemática— se ha ido construyendo a través de distintos discursos —tanto legos como expertos— y normativas como uno de los modos dominantes de tratar los usos intensivos de drogas.

"Internarlos". El aislamiento terapéutico-institucional

Decenas de relatos, experiencias e historias que fui conociendo durante mi investigación evidenciaban los encierros y aislamientos que operan transversalmente en la vida de estas poblaciones y otros encierros que vienen a suplir o a dar respuesta a aquellos. A través de los relatos sobre diversas situaciones en la vida de los jóvenes usuarios, acontecían una multiplicidad de factores —estructurales, vinculares, subjetivos, de salud, entre otros— que les indicaban que su situación era "de riesgo" y que exigía "hacer algo ya".

Las condiciones materiales de vida, sumadas a los problemas de salud asociados o no a su situación de consumo, delineaban un escenario signado por la fragilidad, la vulnerabilidad y la restricción de los derechos más básicos —vivienda, salud, alimentación—, que de acuerdo a quienes lo relataban podían resolverse, al menos temporariamente, por medio de una internación. Así, la internación de alguna manera daba respuesta a otros encierros generados no solo por el uso de drogas, sino también por las condiciones de vida que estos jóvenes tenían producto de los procesos macrosociales, que afectan particularmente a poblaciones en contexto de marginalidad.

En el devenir de mi investigación, cuyo trabajo de campo realicé en los años 2009 y 2010, es decir, antes de que se reglamentase la ley de Salud Mental, estos

relatos que hacían de la internación casi la única estrategia posible en determinadas condiciones se fueron haciendo cada vez más frecuentes.

La internación de un usuario de drogas se lleva a cabo por medio de diferentes vías. Además de tramitarla a través de la obra social —quienes tienen— o en forma particular —quienes pueden—, era muy habitual —hasta que se sancionó la ley de Salud Mental— que se recurriera al Juzgado Civil para que, mediante una denuncia civil por "protección de persona",[6] un tercero pudiese solicitar la internación de una persona usuaria de drogas. Si bien en teoría la "judicialización" —es decir, el uso de la herramienta judicial para acceder a la internación— se debía aplicar en los casos de "riesgo cierto" o "inminente", en la práctica, hasta entonces, se había utilizado como "la" herramienta para intervenir (aun en los casos en que ya se encontraban internados y el riesgo estaba controlado).[7] De acuerdo a las perspectivas de los referentes barriales y los familiares de los usuarios que han recurrido a esta estrategia, al ser poco probable que fueran los propios usuarios quienes pidieran o presentasen su consentimiento para hacer un tratamiento, y a falta de una política territorial más "amigable" con esta población, recurrir a la denuncia por protección de persona solía ser la vía más práctica con que contaban para exigirle al Estado su intervención en esta problemática. Además era la más práctica para vehiculizar las internaciones cuando los usuarios se resistían a internarse. De ahí que se la utilizara para "acelerar la internación", para que la "fuerza pública se encargue de ir a buscarlos" para internarlos, y para que "la presencia de un juez otorgue legitimidad a sus demandas y opere como límite externo". No obstante, a través de la judicialización *solo* se vehiculizaba la internación de las personas con consumo problemático de drogas. Es decir, se la utilizaba como una herramienta para que el Estado opere como garante de la internación. Sin embargo, los tratamientos quedaban, en general, en manos de instituciones que tenían convenios con el Estado, pero con un muy escaso y deficiente control y seguimiento por parte de este último.

A partir de la ley de Salud Mental (ley 26657) esta estrategia se vio modificada. Si bien es innegable que dicha ley fue un avance clave para el reconocimiento

6 Por entonces, el artículo 482 del Código Civil. A partir de la ley de Salud Mental, este artículo fue modificado y se limitó la posibilidad de "judicializar" las internaciones, como desarrollaremos a continuación.

7 En estos casos, desde algunos centros de tratamiento se sugería a los familiares hacer la denuncia a posteriori, es decir, una vez internados, para contar con un antecedente legal y enmarcar los tratamientos en esos términos.

de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, entre otras cuestiones, determinadas exigencias establecidas en la ley (que otorgan un marco de legitimidad a la internación) en términos locales han dificultado o establecido barreras para tramitar la rápida internación.

De acuerdo a las perspectivas de los propios actores sociales, esta modificación, por un lado, si bien pudo haber limitado la posibilidad de tramitar internaciones injustificadas, al mismo tiempo ha obstaculizado el acceso a internaciones que sí se manifestaban como necesarias. Una de las razones de ello es el hecho de que, según la legislación actual, para poder internar a una persona, esta tuvo que haber sido atendida por diversos profesionales. Esta condición, conforme a los relatos de quienes habitualmente gestionaban las internaciones, era percibida como una condición imposible de cumplir en los casos de uso intensivo de drogas. Así lo advertía Rosa:

> *¿cómo hacés para que una persona que consume drogas y se niega a hacer tratamiento —ni decirte a internarse— acceda a no uno, sino varios turnos programados con distintos profesionales? Imposible.*

De acuerdo a la perspectiva de los propios actores sociales la condición de certificar la internación por medio de diferentes profesionales se contradecía con las posibilidades reales que ellos veían de acceder a dicha certificación. Es decir, los modos de cumplir esa condición, por ejemplo accediendo a estos profesionales (y a los certificados exigidos para la internación), se había constituido, según los diferentes relatos, en un obstáculo, una barrera, que terminaba dificultando el acceso al sistema de salud de la población más afectada.

A pesar de las dificultades vinculadas al proceso de internar a los jóvenes, la internación se había vuelto uno de los modos hegemónicos de tratar los usos intensivos de drogas en estos y otros contextos. Y había algunas razones para ello.

Por un lado, desde hace décadas y de la mano de las consecuentes legislaciones que han prohibido la tenencia de drogas para consumo personal en Argentina, se ha ido construyendo una asociación casi indisoluble entre consumo de drogas-delito-internación. A partir de entonces, el montaje del *dispositivo policial-judicial-sanitario* (Epele, 2010) que se instaló en el país y ancló en los barrios más vulnerables hizo de la abstinencia, el encierro y la internación —generalmente compulsiva y judicializada— los modos habituales de tratar el consumo de drogas. Esto se sumó a la proliferación de servicios estatales de atención terapéutica, organizaciones no

gubernamentales para el tratamiento de las "adicciones", clínicas privadas y un sistema de subvención estatal para el tratamiento. De hecho, a partir de la década de 1990 hubo un abrupto crecimiento de la cantidad de CT disponibles en el país, haciendo que la internación por consumo intensivo de drogas emergiera y se generalizara como demanda y expectativa de los familiares frente a la necesidad de que algún saber experto pudiese atender su padecimiento.

Así, en la dinámica de funcionamiento de estos dispositivos, la internación se transformó en el componente de un engranaje que producía jóvenes "pobres, adictos, institucionalizados" que excedía a la internación en sí y que se vinculaba con la extensión rápida del consumo, el crecimiento de las economías ilegales de anclaje local, el encierro territorial y las diferentes estrategias que los convierten en objeto de su accionar. Sobre todo, teniendo en cuenta que las estrategias de aislamiento y encierros han sido utilizadas por años como las herramientas de resolución de situaciones de conflictos y padecimientos asociados a los sectores marginales, habituando a estas poblaciones a considerar estas estrategias como modos de tratar esperables para determinadas situaciones.

Esta demanda se da aun cuando las estrategias de institucionalización —es decir, de internación prolongada— suelen ser cuestionadas por los familiares y usuarios con vastas experiencias de consumo e internación. Estos cuestionamientos responden en general a las barreras de acceso a los centros de tratamiento, al tipo de reglas y malos tratos a los que son sometidas las personas con consumos problemáticos en algunos de ellos, pero, por sobre todo, a su efectividad respecto de la resolución de los problemas asociados al uso de drogas, debido a la frecuencia de las "recaídas" postratamiento. Aun conociendo los bajos niveles de eficacia y de la difusión e instalación de programas de asistencia alternativos en los barrios (como los programas de reducción de daños, los tratamientos ambulatorios, los abordajes comunitarios, entre otros), recurrir a la internación sigue siendo uno de los recursos más habituales.

El aislamiento terapéutico institucional como "límite"

A la hora de indagar acerca de los motivos que llevaron a la decisión de pedir ser internado en el caso de los propios usuarios, o de tramitar la internación para un familiar o conocido, unilateralmente —es decir, sin contar con la voluntad del usuario—, las respuestas, en general, describen una "situación límite".

Las situaciones límites son consideradas por los propios actores como aquellos momentos dentro de las trayectorias de consumo que dan la pauta que se "ha

perdido el control", que de no "hacer algo" la situación actual en el mejor de los casos seguirá igual, o empeorará. Si bien la percepción de una situación límite es subjetiva, es decir, puede o no ser efectivamente límite, a la hora de recurrir a la internación los propios actores perciben dicha situación como tal. Por el mismo hecho de ser subjetivas, son descriptas dentro de esta categoría distintas situaciones que dan cuenta no solo de episodios de mayor o menor gravedad, sino también de desconcierto, angustia, fragilidad, desesperanza.

En general, el recurso a la internación procede a una serie de estrategias previas tanto en el ámbito doméstico —algunas de las cuales ya se han descripto— como en el ámbito público, a través del paso por diversos centros de salud —realizando tratamientos ambulatorios, participando de grupos, etc.— destinadas a regular y/o detener el consumo de drogas y los padecimientos asociados a este.

Como se viene sosteniendo, el recurso al aislamiento terapéutico-institucional ha sido instalado hace décadas como la modalidad más estratégica para resolver estas situaciones, más allá de que, para ciertos patrones de consumo, otra modalidad que no requiera el encierro también pudiera ser contemplada. De acuerdo a las perspectivas locales, percibir una situación como límite hace suponer que una modalidad de tratamiento ambulatorio no podrá tener el mismo impacto: "no lo pueden sostener", "no tienen voluntad". La particularidad de los dispositivos de internación, en cambio, reside precisamente en que permite conjugar en un mismo dispositivo dos cuestiones que son consideradas fundamentales por los propios actores a la hora de tratar determinados padecimientos y tipos de consumo: una de ellas es el "aislamiento" y la otra es la "terapéutica". Mientras que a través del *aislamiento* —es decir, estar aislado del barrio, de las "juntas", "de las sustancias" y en algunos casos bajo condiciones de encierro prolongado— se busca poner un paño frío sobre las situaciones y los padecimientos generados directa o indirectamente por el consumo, al mismo tiempo que retener a los usuarios y aislarlos de su contexto; a través de la *terapéutica* se busca tratar, contener y, en términos locales y de ciertos saberes expertos, "curar" la "enfermedad" de base.

En los relatos, lo que en primera instancia se espera de los tratamientos con modalidad residencial es la capacidad de retener, contener y facilitar la continuidad de un tratamiento. De ahí que, en general y sobre todo en los casos en los que se interna sin consentimiento del usuario, se recurra a una institución a "puertas cerradas".

A través de la internación se busca aislar a los jóvenes usuarios de su contexto de consumo y "reubicarlos de nuevo" en un contexto en el que se aprendan nuevos

patrones de vida. Como examiné en otros trabajos (Garbi, 2013), el control, la disciplina y la normalización en términos foucaultianos se constituyen en los ejes de abordaje de la mayoría de los centros de rehabilitación, en especial de las CT.

No obstante, si bien en principio el aislamiento terapéutico institucional se constituye en una estrategia para tratar los padecimientos del propio usuario de drogas, en los relatos surge con frecuencia la sensación de "alivio" y "esperanza" que este recurso genera en las redes vinculares, a pesar del cuestionamiento de su efectividad respecto a la resolución de los problemas asociados al uso de drogas debido a la frecuencia de las "recaídas" postratamiento. Esta sensación de alivio y esperanza está asociada sobre todo con la necesidad de poder delegar, transferir o, mejor, compartir el cuidado con un tercero que "sabe". También el alivio se relaciona con la prolongación de la vida de los jóvenes al postergar o disminuir las amenazas que los afectan en los contextos locales. De esta manera, liberar tensiones y aliviar los padecimientos de las redes vinculares también motivan indirectamente el recurso a las internaciones.

> *No hay una receta única… no es lo único que se puede hacer… pero, digamos que es una de las mejores cosas que se puede hacer porque sabés que ahí adentro está contenido, están los terapeutas, las psicólogas, psiquiatras.* [Madre de un usuario]

> *No sé si sirven las internaciones, eso también depende de ellos mismos. Pero eso sí, te ayuda un poco más a uno mismo en la familia, quedás un poco más tranquilo, también le sirve a uno como familiar.* [Madre de un usuario]

En el caso de los usuarios, como decíamos, el "pedido de ayuda" también está asociado a la percepción de haber llegado a una "situación límite", de "haber tocado fondo". En el relato de los usuarios se deja entrever cómo este pedido de ayuda se desencadena a partir de la articulación de ciertas condiciones subjetivas que le dan la pauta de que "así no puedo seguir":

> *Cuando sentía que había perdido todo de vuelta, cuando sentía que había perdido la confianza de mis viejos, cuando vendía las cosas de vuelta… y me sacaba las zapatillas y las vendía y me quedaba en ojotas. ¿Entendés? Que me quedaba solo… que eran las diez de la mañana y yo estaba solo en la plaza. Eso era lo que a mí me hacía sentir… que tenía que pedir ayuda.* [Gastón, usuario de drogas]

> *Había meses que yo no vivía en mi casa, vivía en la calle, vivía en cualquier lado… Y llegó un día que llegué tan hecho mierda a mi casa, todo roto… No tenía ropa o tenía ropa, pero toda sucia… y… de repente, nada, llegué a mi casa, me bañé, todo… y hablé con mi mamá, y le pedí ayuda… llegó un momento que le pedí ayuda. Esa fue la primera vez que me interné.* [Mariano, usuario de drogas]

Junto con esa sensación de desasosiego que describen Mariano y Gastón, se destacan otras situaciones, que también surgen en los relatos de usuarios, que desencadenan el pedido de ayuda con mayor frecuencia.[8] Entre ellas, podemos resaltar las siguientes: el desencadenamiento de algún problema de salud asociado al consumo de sustancias (tuberculosis, hepatitis, neumonía, etc.); el notorio deterioro físico (verse muy flaco; ampollados; con quemaduras en los labios; encorvados); la nostalgia por recuperar vínculos (con hijos, parejas, padres, hermanos, etc.), hábitos y formas de vida que tenían cuando no consumían; la creciente persecución policial y/o los problemas con la ley, etc. Como decíamos, estos "pedidos de ayuda" mayormente se traducen en la búsqueda de un tratamiento que contemple la internación. Cuando son los propios usuarios los que demandan el tratamiento, en general ellos mismos piden que sea residencial, para poder "sostenerlo". A pesar de que la extensa mayoría de los jóvenes entrevistados tenían largas trayectorias institucionales, que se traducen en años de institucionalización, la demanda de internación en situaciones límites sigue predominando. Esto evidencia cómo la falta de otros recursos, sumada a la fragilidad y hasta carencia de capital social, cultural y económico, la precariedad de perspectivas a futuro y la dinámica propia de las políticas y su apropiación en estos contextos, entre otros tantos factores, somete a determinada población a ciertos circuitos institucionales cuasi ineludibles.

A modo de cierre

El encierro de los jóvenes en sus casas o "sacarlos del barrio" son estrategias que, si bien en este contexto son utilizadas por las redes vinculares para intervenir, frenando y/o regulando el consumo intensivo de droga de los usuarios, también

8 Sin embargo, así como en algunos usuarios estas situaciones desencadenan el pedido de ayuda, o en términos locales, el "rescate", en otros usuarios —o en los mismos usuarios, en otros momentos— estas situaciones pueden desencadenar el efecto contrario: incrementar el ritmo de consumo.

forman parte del conjunto de prácticas empleadas localmente para resolver problemáticas de otros órdenes sociales (vinculadas a estos jóvenes en estos barrios), entre ellas se cuentan problemas con la policía, conflictos interpersonales, problemas vinculados con delitos intrabarriales, etc. Estas estrategias fueron reutilizadas, modificadas, adaptadas a este tipo de problemáticas. La internación, en cambio, es una estrategia vinculada históricamente a resolver problemas de salud.

Sin embargo, en estos contextos, como las crónicas locales lo han demostrado, a través de la internación se busca no solo tratar terapéuticamente el problema del consumo a través de tratamientos expertos, sino que también a través del encierro (no poder salir del establecimiento) y del aislamiento —que mantiene alejados a los jóvenes del "contexto de consumo" (sustancias, "juntas", vínculos conflictivos, etc.)— se resuelven otros problemas asociados (o no) al consumo (resguardarse de situaciones conflictivas con vecinos o compañeros de consumo, de la policía, poner un paño frío a las situaciones familiares, etc.). Esto, sumado a ciertas normativas y discursos expertos, ha instalado a esta estrategia como uno de los modos predominantes de tratar los usos intensivos de drogas.

La heterogeneidad de estas prácticas da cuenta de los distintos saberes que intervienen en su formación. Como afirmamos, mientras algunas provienen de los saberes tradicionales de cuidado de estas poblaciones y son adaptadas a estos "nuevos" problemas, otras, en cambio, prestan similitudes con prácticas, saberes y modos de tratar adoptados por diversos organismos de los que han sido (y son) objeto estas poblaciones —institutos de menores, comisarías, organismos judiciales y terapéuticos, entre otros—. La normalización y reapropiación de algunas de estas prácticas y técnicas de encierro y aislamiento por parte de las redes vinculares evidencia la manera en que los macroprocesos políticos, económicos e institucionales —como la criminalización, marginalización, institucionalización y puniciones sociales y terapéuticas— se traducen en microdinámicas sociales y locales; al mismo tiempo que, sin minimizar la complejidad que el cuidado de otros asume en una práctica como el uso intensivo de drogas, reclama el cuestionamiento de los modos de tratar a esta población en estos contextos —en ciertos casos, con diversas formas de malos tratos como la culpabilización, responsabilización, encierros y castigos punitivos, etc. con sus correspondientes efectos e impactos en los procesos de producción de subjetividad de los usuarios—.

Referencias bibliográficas

CASTILLA, M. V., OLSEN, M. C. y EPELE, M. (2012). "Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología,* nº 14, Bogotá, enero-junio, pp. 209-229.

DAROQUI, A., LÓPEZ, A. L. y CIPRIANO, R. (coords.) (2012). *Sujeto de castigos. Hacia una sociología de la penalidad juvenil.* Rosario: Homo Sapiens.

EPELE, M. (2008). "Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina". *Antípoda,* nº 6, enero-junio, pp. 293-312.

_____ (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud.* Buenos Aires: Paidós.

_____ (2013a). "El tratamiento como palimpsesto. Cuando la Medicalización se convierte en crítica Políticamente Correcta". *Cuadernos de Antropología Social,* nº 38, pp. 31-7.

(2013b). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas.* Buenos Aires: Antropofagia.

FOUCAULT, M. (1996). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.* Madrid: Siglo XXI.

GALANTE, A., PAWLOWICZ, M. P., ROSSI, D., FARAONE, S., GOLTZMAN P., ZUNINO S, D., TOUZÉ, G., SILBERBERG, M. y CYMERMAN, P. (2006). *La cuestión de las drogas: Paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención.* CD- ROM del I Congreso Nacional y II Regional de Psicología, "Salud mental: El estado de la cuestión de una cuestión de Estado". Rosario: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario.

GARBI, S. (2013). "La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas", en: Epele, M. (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas.* Buenos Aires: Antropofagia.

MURILLO, S. (2015). "La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones". *Revista Voces en el Fenix,* nº 22.

PAWLOWICZ, M.P. (2015). "Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas". *Revista Voces en el Fénix*, nº 42.

PAWLOWICZ, M., FISCHER, J., GALANTE, A., ROSSI, D., GOLTZMAN, P. y TOUZÉ, G. (2013). "Actores sociales involucrados en los debates sobre

las políticas de drogas en Argentina: las 'Madres del paco'". En VII Jornadas de la Carrera de Trabajo Social. V Encuentro Internacional de Trabajo Social de la UBA. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

TOUZÉ, G. (org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Rebasar umbrales.
La espera en los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de drogas

Ana Laura Candil

"Tus regalos deberían de llegar
no es mucho lo que tengo para darte, mirá"
Fito Páez

Introducción

En el hermoso libro escrito por Roland Barthes titulado *Fragmentos de un discurso amoroso* (2011), hay un capítulo —una entrada— dedicado a la espera. Recuerdo que cuando lo tuve en mis manos, esas páginas fueron las primeras que leí. En ese momento, las relacioné con algo que estaba atravesándome. Años después —ya pasada esa espera amorosa que me tenía en vilo y algunas otras, varias mudanzas y finalizado el trabajo de campo que posibilitó las reflexiones que aquí desarrollaré—, la espera se impuso nuevamente como un asunto que despertó mi interés.

En la cotidianeidad de la vida, esperamos en situaciones variadas: en el supermercado, en los hospitales, en las universidades, a los colectivos, a los trenes, un empleo, un empleo mejor, un empleo en blanco, la publicación de un artículo, el llamado telefónico de personas, un mensaje, a que el agua se caliente, a que lleguen los días sábados, entre tantos otros tiempos. A pesar de la ancha multiplicidad de áreas en las que se inscribe y desarrolla, la espera y el esperar tuvieron un espacio indagatorio relativamente reciente dentro de las producciones de las ciencias sociales locales. Los trabajos de Scribano (2010), Auyero (2013) y los compilados por Pecheny y Palumbo (2017) otorgaron pistas que permitieron concebir la espesura de la espera en la vida contemporánea, en especial en lo que respecta a considerarlas como parte de los entramados de las relaciones de poder

y los modos de sujeción en el capitalismo actual. Con el envión de estos trabajos, me interesa rondar sobre los diversos pliegues, modalidades y temporalidades en los que la espera antecede y se sucede en los tratamientos ambulatorios públicos sobre los usos intensivos de drogas de mala calidad.

En los últimos tiempos, se realizaron esfuerzos por decodificar y analizar los tratamientos argentinos sobre los usos de drogas. Diversos análisis consideraron que eran insuficientes y heterogéneos (Pawlowicz *et al.,* 2011; Touzé, 2006) y que formaban parte del dispositivo policial-judicial-sanitario (Epele, 2010). También, se preocuparon por descifrar y criticar las implicancias en lo que respecta al régimen de movilidad que se sustentan en el encierro y/o aislamiento (Renoldi, 1998; Garbi, 2011 y 2013; Kornblit, 2004; Bianchi y Lorenzo, 2013). Otras producciones se enfocaron en desentramar las particularidades de las iniciativas que emergen de abordajes religiosos (Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Castilla y Lorenzo, 2013), y otras priorizaron los abordajes territoriales situados como modalidad pertinente de tratamiento (Galante *et al.*, 2009; Góngora, 2013; Goltzman y Amorín, 2013; Centro de Estudios de Drogas y Derechos, 2014; Capriati *et al.*, 2015; Camarotti *et al.*, 2015; Kornblit *et al.*, 2016).

Mi interés está centrado en la modalidad de tratamiento de salud pública llamada *ambulatoria*, es decir, en aquella que no implica residencia institucional y que se sustenta en la perdurabilidad de los vínculos que sujetan a las personas en los espacios que habitan. Estos tratamientos, como también los demás, forman parte de los modos formalizados de trato construidos históricamente (Epele, 2013), y, según las estadísticas oficiales disponibles (SEDRONAR, 2018), son los más extendidos en el país. Por eso, para poder delinear las dimensiones de las esperas en ellos, es necesario delimitarlos e intentar precisarlos en sus características específicas.

La estrategia expositiva de estas páginas será, entonces, la siguiente: en primer lugar, me detengo en la perspectiva metodológica del estudio; después, delineo y describo sucintamente los tratamientos terapéuticos ambulatorios públicos que abordan los usos intensivos de drogas; posteriormente, distingo pliegues en los que la espera opera en dichos tratamientos, pero también los excede; y, para finalizar, realizo algunas consideraciones respecto de lo que implica esperar para las poblaciones desfavorecidas urbanas contemporáneas.

Sobre la perspectiva metodológica

La investigación que origina esta reflexión buscó desentramar los tratamientos ambulatorios orientados a poblaciones desfavorecidas que usan intensivamente drogas de mala calidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), contemplando tanto la dinámica terapéutica como la cotidianeidad de la vida en la que se inscriben.[1] El estudio estuvo orientado por el enfoque etnográfico (Achilli, 2005; Guber, 2012).[2] Realicé el trabajo de campo entre los años 2012 y 2013, principalmente en una institución pública de salud, ambulatoria, profesionalizada, interdisciplinaria y especializada en consumos problemáticos de drogas de mala calidad, localizada en un barrio empobrecido y con casi dos décadas de trayectoria de intervención, a la que llamaré El Punto.[3]

Las estrategias de producción de datos fueron principalmente, como es usual, las observaciones participantes. En El Punto, observé grupos terapéuticos; grupos de familiares; sala de espera; entrevistas; vereda de la institución; reuniones de equipo; jornadas de capacitación; jornadas hospitalarias; mesas de gestión barrial. Asimismo visité tres barrios en los que habitaban parte de los/las jóvenes y adultos/as que realizaban tratamientos (y, en algunos casos, cuando fui invitada, concurrí a sus viviendas). Además, llevé a cabo casi una treintena de entrevistas semiestructuradas y/o en profundidad a sujetos mayores de 18 años: once a profesionales de la salud —psicólogos/as, trabajadoras sociales y operadores/as socioterapéuticos/as—; trece a jóvenes y adultos/as que usaban intensivamente drogas de mala calidad y que realizaban tratamientos ambulatorios (con una media de edad de 30 años); cuatro a sus redes de proximidad —madres y parejas—; y una a un referente social. Las entrevistas fueron grabadas, transcriptas

1 El estudio completo se publicó recientemente (Candil, 2019) y esta reflexión está incluida en él, en otra versión.

2 Esta investigación, asentada en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (FSOC-UBA), fue realizada en el marco del Doctorado de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y tuvo como resultado mi tesis doctoral y fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

3 La investigación fue evaluada y avalada por el Comité de Ética del Instituto Gino Germani, y se adecuó a los recaudos que regulan las investigaciones en salud, tanto en lo que respecta al acceso al trabajo de campo como en el desarrollo de las estrategias de producción de datos y a su presentación. A fin de resguardar la identidad de las personas participantes como también de las instituciones y servicios en los que realicé el trabajo de campo, obviamente, modifiqué todos los nombres.

y analizadas sin la utilización de *software*. Tanto las observaciones participantes como las entrevistas fueron registradas en notas de campo.

La mayoría de los/las jóvenes y adultos/as que usaban sustancias con quienes me vinculé en El Punto, según dijeron, consumían prioritaria e intensivamente cocaínas (fumables, inhalables y, solo uno, inyectable) de mala calidad. Casi en su totalidad habitaban en sectores empobrecidos de la ciudad (barrios precarios, villas y/o asentamientos), no habían terminado la escolaridad media, se sustentaban mediante empleos informales (que iban desde pintura y albañilería hasta limpieza de vidrios de autos y la mendicidad) y habían habitado diversos espacios de encierro (cárceles, comisarías, institutos de menores, hogares de niños, etc.). Además, la totalidad de los/las jóvenes y adultos/as contaban con prolongados itinerarios terapéuticos (Alves y Souza, 1999; Barber y Margulis, 2009): todos/as habían atravesado una multiplicidad de tratamientos (terapéuticos, asistenciales y/o punitivos) anteriores en consultorios externos, en iglesias, en centros de salud, en hospitales, en comunidades terapéuticas, en nosocomios, en espacios penitenciarios y/o en hospitales de medio día, entre otros. Es decir, habían sido sujetados/as por varios de los andamiajes de la política social local. A su vez, contaban con recursos para acceder a El Punto y otras terapéuticas: sabían que existían, que eran gratuitas, estaban situados en tiempo y espacio, recordaban que tenían que ir o tenían alguien que se los recordara, tenían dinero para trasladarse, entre otros. Las redes de proximidad que acompañaban el tratamiento ambulatorio de los/las usuarios/as, en su mayoría mujeres-madres y/o parejas heterosexuales no usuarias de drogas, compartían las mismas precarias condiciones de vida y eran, en muchas ocasiones, sus únicas redes de sostén.

Buscar nitidez en lo borroso, cercar lo *ambulatorio*

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, el adjetivo *ambulatorio* hace referencia a "una forma de enfermedad o a un tratamiento que no obligan a estar en cama", y está vinculado, en otra de sus acepciones, a "dispensario: establecimiento destinado a prestar asistencia médica y farmacéutica a enfermos que no se alojan en él". La etimología de la palabra *ambulatorio* está ligada a la del verbo *ambular* que proviene del latín *ambulare* y refiere a andar.[4] Lo *ambulatorio*, entonces, hace referencia a aquel tratamiento que se realiza sin necesidad de residir

4 Otras palabras que provienen de esta misma raíz son: *ambulancia, funámbulo, noctámbulo, preámbulo, sonámbulo, andar, andariego, ambular, deambular*.

en el lugar donde se lleva a cabo la terapéutica, pero que propone un camino hacia un lugar predefinido. Desde las versiones de quienes habitaban los tratamientos ambulatorios públicos sobre los consumos de drogas de mala calidad durante los años 2012-2013, lo *ambulatorio* tenía como punto de llegada: "estar mejor", "dejar de consumir", "ser responsable", "mejorar la calidad de vida", "bienestar", "salud", "estar limpio".

En concordancia con esta perspectiva, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina —antes llamada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)— define la modalidad ambulatoria de tratamiento como "dispositivos donde los pacientes asisten con una frecuencia estipulada a tratamiento, el tratamiento cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias individuales, familiares y grupales" (SEDRONAR, 2009: 16). Esta definición es sumamente expandida y consensuada en los diferentes servicios de salud —no solo aquellos que se especializan en los usos de sustancias—, como así también en los discursos expertos sobre abordajes a los diversos consumos de drogas.

Dentro del abanico de las heterogéneas terapéuticas específicas, aquellas que se agrupan dentro de la nominación *ambulatorios* eran y son sumamente diversas: grupos de autoayuda (prioritariamente alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos), grupos en iglesias (en especial, evangélicas), servicios profesionalizados específicos y dispositivos hospitalarios (en general en los llamados consultorios externos), centros comunitarios, entre otras. Sin embargo, desde las perspectivas locales de El Punto, "hacer ambulatorio" aludía exclusivamente a los tratamientos profesionalizados de salud específicos sobre los usos de drogas, aunque las personas hubieran transitado una multiplicidad de otras modalidades de atención que no requerían residencia permanente o transitoria en las instituciones y/o servicios.

Si bien los primeros tratamientos profesionalizados sobre los usos de drogas en Argentina fueron de carácter ambulatorio (Renoldi, 1998), en los últimos años —y a pesar de no ser la estrategia demandada por los sectores populares en los que se consume intensivamente drogas de mala calidad (Epele, 2010)—, cobraron relevancia en el marco del debate sobre la modificación jurídico-normativa reciente. A partir de las críticas iniciadas por Goffman (1970),[5]

5 Goffman (1970) considera dentro de la categorización de "institución total" a las cárceles y los manicomios, entendiendo por institución total a toda aquella en la que los habitantes se encuentren encerrados por periodos prolongados de tiempo —aislados de "la sociedad"—, habiten y trabajen en un mismo espacio y donde se lleven a cabo rutinas diarias organizadas.

Basaglia (1972),[6] Foucault (2009)[7] y Szasz (2001) hacia las instituciones totales/instituciones de encierro, se cuestionó fuertemente la modalidad de abordaje que implica el encierro —en cárceles, comisarías, hospitales generales, nosocomios, entre otras—. Específicamente, en la dimensión sanitaria de abordaje sobre los usos de drogas en Argentina, el aislamiento y/o encierro que se concretiza en la internación psiquiátrica y en las comunidades terapéuticas fue criticado desde la academia por la oposición de las comunidades terapéuticas a la organización de las sociedades urbanas actuales (Kornblit, 2004); la administración de la palabra (Garbi, 2013); las relaciones de poder de tendencia disciplinaria (Bianchi y Lorenzo, 2013), y por la técnica terapéutica del confronto (Garbi, 2011).

En línea con la perspectiva crítica académica, la ley 26657, usualmente llamada "nueva ley de Salud Mental" —sancionada en 2010, reglamentada en 2013 luego de múltiples disputas y vigente en la actualidad—, prohíbe la creación de nuevas instituciones de encierro —manicomiales y/o monovalentes—; postula que los/las usuarios/as de drogas deben ser considerados/as "pacientes" de las políticas de salud mental —las "adicciones" como parte de las problemáticas de salud mental—; que debe considerarse al aislamiento y/o encierro como último recurso terapéutico y una vez agotadas todas las intervenciones posibles en "la familia y entorno"; acota el tiempo del aislamiento y/o encierro institucional a seis meses como forma de no perdurar la institucionalización, y estipula que para que se suceda una "internación", el/la "paciente" debe ser evaluado/a por un equipo profesional interdisciplinario. Durante los años 2012-2013, en las prácticas institucionales cotidianas no podía registrarse aún con detalle la incidencia de la ley (de hecho, estaba sancionada pero no reglamentada), pero sí era posible captar que los/las usuarios/as de drogas eran crecientemente concebidos/as como "pacientes" de salud mental (Corda, Galante y Rossi, 2014).

A partir de los diversos estudios sobre centros de tratamiento realizados en la última década por la SEDRONAR (2009, 2016 y 2018), se desprende —sorpresivamente— que los *ambulatorios* fueron y son los más expandidos en el país, pese a lo usualmente sostenido en la temática que sugiere que el encierro fue

6 Tanto Szasz como Basaglia trabajan en torno de hospitales neuropsiquiátricos.

7 Siguiendo a Foucault (2009), se consideran en esta categorización los barcos, las prisiones, las *escuelas y* los *manicomios signados por una vigilancia de tipo panóptica donde se despliegan técnicas disciplinarias de poder*.

la modalidad prioritaria de abordaje. En el año 2008, la oferta de la modalidad terapéutica ambulatoria ascendía al 71,9%; en 2011, al 78,5%, y en 2018, al 81,1% del total de los centros relevados por el Observatorio Argentino de Drogas.[8] A lo largo del tiempo también puede observarse una permanencia en cuanto al tipo de financiamiento, ya que en su mayor medida son de gestión pública. A partir de estos datos, podría inferirse que la mayoría de los sujetos son tratados desde este régimen de movilidad. Sin embargo, los/las jóvenes y adultos/as de los sectores populares eran objeto de experiencias de encierro (no solo) terapéutico (sino también punitivo y asistencial), a la vez que transitaban abordajes ambulatorios alternando periodos entre ambos regímenes de movilidad.

La proliferación de espacios ambulatorios sobre los usos de drogas en los últimos años muestra no solo la coherencia entre la crítica académica hacia las instituciones de encierro y las normativas legales recientes, sino también una fuerte desinversión económica en otro tipo de terapéuticas. Desde algunas de las versiones de quienes participaban en El Punto, mantener instituciones de abordaje ambulatorio era más barato que sostener instituciones que implicaban encierro y/o aislamiento: se necesitaba menos mobiliario, menos salarios, menos infraestructura y atendían a mayor cantidad de población, lo que resultaría un cálculo económica y estadísticamente más productivo.

Desde lo que pude registrar en el trabajo de campo, "sostener un ambulatorio" refería a ir a una institución entre una y dos veces por semana por tiempo acotado, en general entre treinta minutos y una hora, a hablar con un/a profesional del campo psi, complementariamente —y en la minoría de los casos— participar de algún taller y en ocasiones hablar con una trabajadora social y/o un/una operador/a terapéutico/a. En esos espacios, el/la profesional escuchaba lo que el/la joven y/o adulto/a usuario/a de drogas —advenido/a "consultante" y posteriormente "paciente"— decía sobre la cotidianeidad de su vida, sus sentimientos, las

8 En 2008, la SEDRONAR realizó un estudio que señala que la totalidad de centros existentes en Argentina eran 592 (SEDRONAR, 2009). Para 2011, censa 418 instituciones que atienden a personas que usan intensivamente drogas (SEDRONAR, 2016) —y señala que la diferencia en la cuantía se debe a que "fue imposible contactar a los centros, no quisieron responder la encuesta por falta de confianza y falta de tiempo y, en menor medida, porque ya habían dejado de funcionar" (SEDRONAR, 2016); con lo cual, no es posible saber cuántas instituciones menos había en el país en 2011—. Y en 2018, fueron censados 1.028 centros de atención (SEDRONAR, 2018).

dificultades y los conflictos que se le presentaban; y, prioritariamente, se revisaban sus vínculos familiares como tópico central a partir del cual se leía y procuraba abordar la situación de consumo de sustancias.

El tratamiento ambulatorio, desde las versiones de los/las usuarios/as de drogas era "un paréntesis con la realidad que está afuera y es lo de todos los días". La delimitación de lo ambulatorio se realizaba por oposición al encierro/aislamiento: los sujetos no vivían, dormían, comían ni trabajaban en la institución, sino que la vida era considerada como si estuviera disociada de "la charla con la licenciada", que era acotada temporal y espacialmente. No obstante, desde las versiones de los/las usuarios/as, la frase "la realidad es la que está fuera" puede leerse como una similitud en la apreciación tanto en "la internación" como en lo ambulatorio. En este sentido, los tratamientos —en cualquiera de sus regímenes de movilidad— implicaban cierta suspensión por un lapso —breve o prolongado—, en la que abordar aquello que los/las preocupaba y ocupaba en un espacio diferente al que usualmente habitaban.

Pero antes, como también durante el tratamiento, había que esperar, ya que lo que se iba a buscar allí, no se encontraba a la brevedad.

Los pliegues de la(s) espera(s)

La espera acarreada

Estela era la madre de Jaime. Cuando conocí a Jaime, él tenía 38 años. Había comenzado a usar intensivamente cocaínas administradas a través de inyecciones durante la década de 1980. Hacia los años noventa, cuando estaba deteriorado debido al uso intensivo y a los malestares provocados por la mala calidad de las drogas, fue diagnosticado con VIH. En ese momento, comenzó un laberíntico itinerario terapéutico por "las dos cosas: el sida y las adicciones": en el momento en que conversamos hacía dieciocho años que tanto Jaime como Estela circulaban por diversos tratamientos de salud. Ambos habían aprendido, a través de los años, a manejarse en los servicios públicos según los códigos implícitos operantes en los ordenamientos espaciales y temporales para obtener aquello con lo que no contaban y que necesitaban buscar en un servicio de salud. En ese largo recorrido, eran una de las manifestaciones de lo que desde la academia se llamó proceso de expertización (Pecheny, Manzelli y Jones, 2002).

Cuando conversé con Estela acerca de los diversos tratamientos de salud en los que acompañó a Jaime, señaló —como una anécdota al paso— la manera de habitar un hospital. En sus palabras:

> *- Los meses que no hay que ir al médico, hacemos la cola para la receta y me ven y me dicen "¿qué necesitás?", yo les digo que estoy para la receta, y ellos a veces me dicen "No, vení no hagas la cola, vení". Y yo hago la cola igual, ¿viste? La vez pasada habíamos ido Jaime y yo… Habíamos ido sin turno. Jaime dice: "No, pero el doctor tiene mucha gente, pedísela a Damián* [otro médico] *la receta mejor". Le digo: "Por qué voy a molestar a Damián, si está tu médico". "Y… así no esperamos." "No, macho, acá hay que esperar…"* [Risa leve.] *"Aprendé a esperar." ¿Viste? Aprendé…* […] *Siempre hay que esperar, entonces hay que tener paciencia.* [Estela, madre de Jaime.]

La espera en las instituciones públicas y especialmente en los servicios de salud —para sacar un turno— fue caracterizada como una práctica que implica una rutina plagada de procedimientos en los que, quienes no conocen las especificaciones de esa práctica —dónde ubicarse, cómo pararse, ir con tiempo, estar dispuestos/as a ser observados/as a fin de conseguir un turno para ser atendidos/as por un/a profesional— son destinatarios/as de una "baja tolerancia" (Gradin y Pérez Schrebler, 2012: 64), que, en ocasiones, implica malos tratos y destratos (Pereyra, 2017; Ballesteros, Freidin y Wilner, 2017). Además, "la duración del tiempo es percibida sumamente variable en función de su propia biografía personal" (Torregrosa, Girbés Borrás y Calduch Broseta, 2006: 30), con lo cual no es necesariamente igual la temporalidad de los/las profesionales que la de los/las usuarios/as.[9] Y "las esperas suponen un plus de sufrimiento añadido a un amplio grupo de pacientes" (Peiró, 2000: 115).

Aprender a esperar requiere de ciertas disposiciones particulares. La constancia y la paciencia son dos de ellas y fueron caracterizadas como productoras de cierta "saturación de los cuerpos en tanto manejo heterónomo" (Scribano, 2010: 185) de los tiempos y los espacios por parte de otros/as —los/las trabajadores/as estatales—. La paciencia, además, se impone al circunscribir cierta elección entre las opciones posibles en detrimento de las imaginadas. En los casos de los tratamientos públicos de salud: los/las profesionales tratantes, los horarios de atención, las modalidades de los tratamientos, la perdurabilidad de estos, los regímenes de movilidad, entre otras dimensiones.

9 Thompson (1979), hace ya tiempo, señaló —refiriéndose a la transición de los campesinos ingleses hacia las rutinas fabriles— las diferencias, tensiones y complejidades de la regulación y percepción del tiempo.

La práctica de la espera y la paciencia que intenta prescribir, como en cualquier otro servicio público, también se presentaba en El Punto.

La espera para un tratamiento del presente

Un jueves del invierno de 2013 me encontré con Lucas. Luego de conversar largamente sobre el tratamiento, le pregunté cuál era el espacio que consideraba que caracterizaba a El Punto. Contra mi imaginación —que apuntaba al consultorio donde se desplegaba la psicoterapia— y sin dudarlo, dijo: "Y… la sala de espera… si siempre tengo que esperar a que me atiendan", y con un ademán, señaló ese pequeño espacio revestido con machimbre barnizado, con algunas sillas plásticas blancas y una mesita corroída con revistas viejas apiladas. Lucas fue el único que conocí que señaló la sala de espera como un espacio prioritario. A lo largo y a lo ancho del trabajo de campo, no escuché ni vi a nadie protestar por los tiempos de demora en la atención profesional.

La espera que se desplegaba en los tratamientos ambulatorios en el sistema público de salud sobre consumos de drogas no solo hacía referencia al tiempo que transcurría desde que se arribaba a la institución hasta que se era atendido/a en cada acto terapéutico, sino también en otros estratos y capas temporales más prolongadas. Antes de ese tiempo, estaba la temporalidad que iba desde que se comenzaba a averiguar por un tratamiento hasta que se realizaba la primera entrevista. Y, en muchos casos, transcurría una espera —para nada paciente— de días y hasta de meses. En palabras de Jerónimo:

> *-Y sí o sí necesitaba cortar, quería cortar con las drogas porque sentía que me estaba volviendo loco, que me estaba haciendo mal. Y vi como que no hubo mucha respuesta o algo así del profesional en aquel lugar, digamos. Entonces no fui más. Unos meses después, fui a otro lado también y me sentí como lo mismo, como que no… Y después vine acá. Y… había venido creo que una vez y una doctora me dijo que espere que me iban a llamar porque no sé qué…, que la psicóloga creo que tenía un problema en la cintura me parece. […] Y bueno, no me llamaron más. Y ahí tuve un par de recaídas. Y mi vieja llamó. Y me dijo que si podía hacer algo porque necesitaba atención. […] No sé si le dieron turno, o algo, no me acuerdo bien. Pero después… yo ya… […] Como que yo quería salir solo pero sentía que no podía solo… Y entonces ahí empecé tratamiento otra vez…* [Jerónimo, 29 años].

Los estudios sobre accesibilidad a servicios de salud específicos sobre drogas, en nuestro país, se enfocaron, en general, a distinguir sus diversas dimensiones (Rossi, Pawlowicz y Singh, 2007), y se abocaron a mostrar cómo las representaciones sociales que atraviesan a los/las profesionales tratantes sobre los/las usuarios/as y sus redes de proximidad inciden en los tratamientos (Pawlowicz *et al.*, 2006; Mecha, 2009; Di Marco, 2013a y 2013b). También registraron vínculos entre los padecimientos subjetivos de los/las usuarios/as, los procesos de estigmatización y la vulneración de derechos ciudadanos, específicamente del derecho a la salud (Vázquez y Stolkiner, 2009; Vázquez, 2014). Además, identificaron la llamada *lógica de la sospecha* como una barrera para el acceso al sistema de salud (Epele, 2007).

Las dificultades y los destratos sucedidos en las múltiples esperas en el proceso de atención implican otra dimensión de la accesibilidad, quizás más sutil, que no fue explorada en detalle aún local y temáticamente. La trayectoria de Jerónimo es muestra de ello. Su recorrido —que implicó haber ido a un servicio de salud y no haberse sentido bien, haber buscado otras alternativas y haber esperado para ser llamado para que le den un turno— no fue excepcional. Escuché recurrentemente relatos al respecto.

Los ritmos que imprimía la cotidianeidad regida por los consumos de drogas en las poblaciones desfavorecidas requerían —si se contaba con los recursos necesarios— "buscar ayuda" en variadas —y desesperantes— ocasiones. Ocasiones en las que la finitud en la percepción del tiempo se decodificaba en la frontera entre la vida y la muerte y no en los almanaques y relojes.[10] El desfasaje entre los tiempos institucionales y los tiempos de la cotidianeidad de los/las jóvenes y adultos/as de los barrios empobrecidos implicaba una barrera en el acceso a los tratamientos sobre usos de drogas, tal como intuyeron y señalaron diversos estudios desarrollados en Estados Unidos (Redko, Rapp y Carlson, 2006; Pascoe, Rush y Khobzi Rotondi, 2013).

10 Para un análisis detallado de las particularidades que emergen en las vidas organizadas y problematizadas en torno de las drogas de mala calidad en el AMBA, se sugiere la lectura de la etnografía *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*, de María Epele (2010) y la crónica de Cristian Alarcón *Si me querés, quereme transa*. También se recomienda la lectura de la etnografía *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem* de Philippe Bourgois (2010), desarrollada en Estados Unidos, y de *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*, de Jaime Funes Artiaga y Oriol Romaní (1985), realizada en España.

La espera durante el tratamiento del presente

Una vez iniciado el tratamiento, lo que era caracterizado como "sostener un espacio terapéutico" acarreaba múltiples complejidades a los/las usuarios/as para gestionar lo que les sucedía diariamente, que por constante no dejaba de ser difícil, a la vez que manifestaba la fragilidad de los vínculos y de la posibilidad de diálogo actuales. La espera se desplegaba también en el tiempo que se sucedía entre los encuentros con los/las profesionales para poder hablar sobre lo que les sucedía. En palabras de Agustín:

> *- Y sí, se me hace difícil porque… yo… bueno, hoy vengo y cuento esto. Yo capaz que ahora salgo… y me encuentro con una situación que mi hermano está tirado, pasado de rosca con la base y ya se me carga la cabeza. Y digo: "No… mi hermano por qué está así". ¿Entiende? Y ya… suma. Y capaz que lo veo a mi hijo lejos y de espaldas… y… "Mi hijo por qué no lo puedo ver…" Suma… Yo tengo que esperar hasta la otra semana para poder hablar con la licenciada, ¿entiende? Me peleo con mi novia…, otro problema más… "Mi novia, por qué me deja, que esto y que el otro." Y todo suma. Hasta que llega un momento que explotás… Si yo no vengo y hablo exploto. ¿Entiende? Y yo tengo que esperar una semana y esa semana hasta que yo venga… yo ya… qué sé yo… me habré tirado un tiro en la cabeza. Porque en realidad… vendría a ser… a mí me dijeron que tengo que tener otra, pero por semana. ¿Entiende? Porque de una semana a la otra es un tiempo… y pasan muchas cosas, ¿entiende? Y a veces uno por no hablar y guardar… termina explotando por otro lado, ¿no? Y son cosas que… te hace tener adicción. A mí me tiene re mal… Porque quiero cargar con todos los problemas y los quiero solucionar yo… A mi papá lo quise internar… A mi hermano lo quiero internar; a mi mamá quiero que vaya a un Punto… Lo quiero ver a mi hijo… Yo quiero estar bien, quiero ir y todo… Y ya todo es como que… ya todo se me está pesando. Y… a veces no aguanto y… me peleo con la mina esta y… ya me pongo un poco loco, nervioso y… ya veo que están tomando y… "Bueno, dame un trago y ya fue". ¿Viste? Y cuando me doy cuenta… estoy re cruzado… caminando de vereda en vereda… re dado vuelta… y al final en vez de solucionar… me estoy metiendo en más problemas, ¿entiende? Porque yo quiero salir y por ese problema… ¿entiende? Al no tener un amigo que no consuma… y que te escuche y que te preste un hombro… ¿entiende?* [Agustín, 22 años.]

Tal como señaló Agustín, las tensiones y conflictividades de la cotidianeidad de la vida no cesaban por estar realizando un tratamiento institucional. Por el contrario, a medida que transitaba el tratamiento, aumentaba el registro de las situaciones que lo envolvían y se veía "obligado a hacerme cargo de las cosas que pasan afuera", a la vez que experimentaba la imposibilidad de poder realizar tales cosas. Es que las cosas distaban de ser únicamente cuestiones vinculares —es decir, modalidades de relación con otras personas próximas, con la familia de origen principalmente—. Esas cosas referían a una multiplicidad de aristas que iban, en el relato de Agustín, desde la exposición del consumo en espacios públicos, el deterioro corporal ("estar tirado"), la regulación normativa de las relaciones familiares ("no puedo ver a mi hijo"), la escasez de "lugares donde hablar", la expansión de drogas en los barrios segregados (específicamente, el extendido consumo de cocaínas de mala calidad), la modalidad de agrupamientos entre pares, las lógicas de violencia en un contexto de tenencia de armas de fuego, la modalidad de gestión de los padecimientos propios y ajenos, entre otras dimensiones.

Agustín, además, señaló que la "suspensión de la realidad" en el espacio terapéutico sucedía solo mientras duraba la entrevista, debido a que cuando salía de la institución "te cruzás con uno y se fuma un caño… y te dan unas ganas… ni siquiera es que llegar al barrio para conseguir, conseguís lo que querés acá a la vuelta". Esta cuestión era referida constantemente por los/las usuarios/as que se encontraban en tratamiento y era caracterizada como un problema constante.

"Sostener el ambulatorio con compromiso" requería tanto el despliegue de prácticas de cuidado por parte de las redes de proximidad —en el caso de que hubiera— como de (auto)cuidado por parte de los/las usuarios/as. Tal como señaló Jaime:

> *-Yo, por ejemplo, el tratamiento ambulatorio a mí me sirvió y me sirve, porque tenía un grado de compromiso como para hacerlo y poder ir y volver a mi casa todos los días. Y…*
> *- ¿Cómo es ese grado de compromiso que hay que tener para…?*
> *-Y claro, sí, el comprometerse en venir todos los días… aunque tenga ganas de consumir, no consumir… y… digamos… ser uno su propia contención… o tener una familia que te apoye y te contenga y te acompañe o te vaya a buscar y… Después también hay que viajar solo y… bueno… Cuando iba al hospital de día había muchas actividades. Todo el día había actividades, o*

> *sea, que desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde pasaba rapidísimo… y bueno, la parte difícil era volver a casa y… eh… digamos… tratar de no consumir esas horas. Me iba derecho a mi casa y sin salir a ningún lado. Los primeros dos o tres meses fui acompañado. Dos o tres meses fui y vine en remis… Y después todo el resto del tratamiento iba y venía en colectivo. Y… en la última parte del tratamiento… eh… ya salía a trabajar, estaba saliendo con una chica y… bueno, estaba un poco ya manejando yo mi vida. Entonces lo di por terminado, y empecé a ir a una psicóloga particular… y fui un tiempo y después no fui más. Y… también a los tres, cuatro meses… empecé a drogarme otra vez y… Y bueno, otra vez empecé a pedir ayuda con el tema del tratamiento. Y otra vez volví a caer al Punto. Y… otra vez hice un pequeño ambulatorio allá en un hospital de día, y… Pero yo siempre planteé que no confiaba en mí mismo como para hacer un ambulatorio…* [Jaime, 38 años.]

La referencia constante a la gestión del traslado no era accesoria para sostener el tratamiento, sino que, desde las versiones de los/las usuarios/as, era central su planificación hacia El Punto, ya que esa previsión tenía como correlato "evitar estar en la calle mucho tiempo". Es decir, acotar los espacios asociados a "la vagancia y las juntas". Las estrategias de previsión que pude registrar en el trabajo de campo fueron llevar poco dinero (únicamente para el boleto), asistir acompañados/as, acordar con alguien llamados telefónicos constantes durante el tiempo de viaje. Cabe señalar que estas estrategias, sin embargo, fueron registradas entre quienes contaban con "una red de sostén más armada" y/o quienes no se encontraban al momento del trabajo de campo en un periodo de consumo intensivo.

La espera del futuro anhelado

Una vez iniciado el sostenimiento del tratamiento se presentaba otra temporalidad anudada a "esperar a que el tratamiento haga lo suyo". Esta espera, mucho más flexible e impredecible que las anteriores, generaba y/o aumentaba la desesperación, la ira y la angustia entre los/las usuarios/as y sus redes de proximidad. La espera que se esbozaba en una temporalidad futura —mediante la proyección de un bienestar anhelado— era la que, por un lado, se postulaba como indispensable para el tratamiento, y, por el otro, profundizaba estados anímicos muy difíciles de dirimir. En otras palabras, lo que los/las usuarios/as y sus redes de proximidad buscaban en un tratamiento era "estar mejor", y para ello, desde

las instituciones se les solicitaba que esperaran a que el tratamiento operara para alcanzar aquel resultado deseado.

El tiempo de tratamiento, para las redes de proximidad, era vivido como un tiempo de espera para que la situación cambiara. Este tiempo de espera desestabilizaba la temporalidad lineal, debido a que impugnaba y desbordaba el ideario de la pronta modificación de las prácticas de consumo de sus seres queridos y, consecuentemente, el aminoramiento de la conflictividad diaria que garantizaría, desde sus perspectivas, cierto bienestar. Además, la temporalidad del tratamiento, señalada como espera, estaba plagada de acción, de prácticas y de corporalidad (Candil, 2013 y 2016). Aunque, desde las versiones de los/las profesionales, no se trataba de una temporalidad cronológica, sino subjetiva, en la que la corporalidad y la materialidad no adquirían un lugar central debido a que la terapéutica operaba a partir de la confesión y reflexión sobre sí.

Auyero (2013), hace poco tiempo, señaló que "el principal efecto positivo [de hacer esperar a los pobres] es la creación de sujetos que saben que cuando interactúan con las burocracias estatales tienen que cumplir pacientemente con los requisitos arbitrarios, ambiguos y siempre cambiantes que impone el Estado, y que actúen en consecuencia" (24). Por lo que pude registrar en el trabajo de campo, no siempre se dio de ese modo. Al igual que lo documentado por Olejarczyk (2013) en las esperas de años que tienen lugar en las políticas habitacionales —desde que las familias son censadas e incorporadas a los listados de adjudicatarios de viviendas sociales hasta la efectiva mudanza a las casas—, y en los diversos trabajos compilados por Pecheny y Palumbo (2017) referidos a los servicios de salud, esos tiempos estaban plagados de estrategias, prácticas y tácticas para sobrellevar la vida diaria y también para disputar, en los encuentros con los/las profesionales, la revisión e intento de redefinición de esas temporalidades impuestas.

El tratamiento, en este sentido y paradójicamente, se apoyaba a la vez que se desacoplaba de la cotidianeidad de la vida. Postulaba una espera para "estar mejor" en la que los/las usuarios/as y sus redes de proximidad hacían todo —lo que podían— para estarlo. Para las redes de proximidad, esa espera estaba anudada a la esperanza de cierto sosiego. Pero, en la medida en que esperaban que el tratamiento —"que descubra algo en la sesión con la psicóloga que lo haga entrar en razón"— tuviera como correlato cierto bienestar, instalaba la pregunta ¿hasta cuándo esperar? La respuesta casi nunca era perdurable. En palabras de Mirna, pareja de Lorenzo:

> *-No estoy diciendo que ellos* [los/las profesionales de El Punto] *hacen las cosas mal. Yo sé que me está faltando algo…* (Suspira) *Y sigo viniendo… me cargué la tarjeta SUBE, iba a venir en colectivo con el bebé, arreglé con una mamá que me iba a tener la nena, toda la cuestión. Vine y voy a seguir viniendo. Porque también entiendo que vengo con una carga tal que claro, lo que ellos me trasmiten tal vez es lo correcto… pero yo soy la que quiero que mañana esté curado y por eso, tal vez me fallen las expectativas, ¿me entendés? Yo tal vez estoy queriendo un milagro… Entonces bajo esa idea, de pretender que ellas* [las profesionales] *me digan algo que me alivie y me sane, y tal vez nada me va aliviar… Entonces como que yo en la parte clara de mi cabeza, digo: "No, ellos estarán haciendo lo que corresponde. Ellos tienen experiencia, atienden a muchos… Habrán recuperado a muchos…". Eh… tal vez lo que ellos están haciendo está bien, a mí no me conforma… pero no es culpa de ellos.* [Mirna, pareja de Lorenzo.]

Una de las cuestiones que quedaba velada en el requisito de esperar a que el tratamiento operara era que no era la espera la que desesperaba —como dice el refrán popular—. La desesperación por estar mejor hacía imposible esperar más a que cambie la situación, ya que accedían a una terapéutica pública cuando ya habían agotado las posibilidades no institucionales con las que contaban. Habían ya sobrepasado el límite de tolerancia que requería el esperar —proyección futura a una consumación de bienestar— en un sentido más expansivo: esperar un trabajo mejor, esperar a que dejaran de consumir, esperar en un hospital, entre tantas otras. Es decir, la espera que se solicitaba desde los tratamientos llegaba tarde, cuando ya no quedaba energía para transitar la prescripción que imponía. Y, en varios casos, tanto los/las usuarios/as como las redes de proximidad se desesperaban, no era una espera paciente. Para los/las profesionales era sumamente complejo poder intervenir sobre esos estados, debido a que El Punto, no era "especializado en crisis, sino un centro de orientación, derivación y tratamiento" ambulatorio. Pero, estrictamente y por fuera de los formalismos institucionales, se atendía a parte de la población desfavorecida urbana que usualmente se encontraba en situaciones de crisis.

Palabras finales

A lo largo de estas páginas, se describieron brevemente los tratamientos ambulatorios públicos sobre los usos intensivos de drogas en algunas de sus aristas,

y se detallaron diferentes modalidades en las que la espera se presentaba en ellos.

La diferenciación e ilación de los diversos pliegues de la espera que atravesaba la vida de los/las usuarios/as y de sus redes de proximidad permite mostrar que, por un lado, se les era solicitado —no siempre implícitamente— que esperaran; y también que esa solicitud llegaba tarde: cuando el umbral de las esperas pacientes ya estaba rebasado.

La espera en los tratamientos ambulatorios se imponía cuando ya no quedaba energía para poder tramitar sus implicancias. Una cuestión que quedaba velada en la prescripción de la espera es que para algunas personas era imposible esperar más a que cambie la situación, porque ya no tenían la tolerancia que requería esperar en un sentido extenso. Esperar a que las personas queridas dejaran de consumir (y hacer todo lo posible para que eso suceda). Esperar en un hospital (y hacer todo lo posible para que eso suceda rápido). Esperar un tratamiento específico (y hacer todo lo que estaba al alcance para que ello sucediera lo más rápido posible). Esperar a que el tratamiento conllevara una mejoría (y hacer todo lo posible durante los días y las noches para que eso sucediera mientras se estaba yendo una vez por semana a una institución). Esperar a que no suban más los precios (y hacer todo lo posible con lo que se contaba). Esperar a que las múltiples situaciones en las que se desplegaba la cotidianeidad de la vida fueran menos dolorosas y/o más placenteras (y hacer todo lo que estaba al alcance para que ello sucediera), entre tantas otras.

La prescripción y el requisito de la espera y el esperar antes y durante los tratamientos ambulatorios públicos sobre los usos de drogas dejan algunas cuestiones al descubierto. En primer lugar, que la percepción del tiempo no es homogénea. En segundo lugar, que el tiempo no siempre es cifrado en horas, días y meses, sino que, cuando de drogas de mala calidad se trata, en ocasiones, el tiempo es mesurado en la frontera entre la vida y la muerte. En tercer lugar, que prestar atención a la accesibilidad de los servicios de salud requiere de múltiples interpretaciones y abordajes, ya que pueden localizarse allí dimensiones sutiles que son esquivas a las categorías usuales. En cuarto lugar, que la espera no es siempre detención ni silencio ni suspensión, sino que está plagada de prácticas y cuerpos en movimiento. Y, en quinto lugar, que si bien todos/as esperamos en determinadas situaciones, no todos/as esperamos lo mismo ni de igual modo.

Barthes (2011) escribió con una lucidez admirable:

> La angustia de la espera no es continuamente violenta; tiene sus momentos apagados; espero y todo el entorno de mi espera está aquejado de irrealidad: en el café, miro a los demás que entran, charlan, bromean, leen tranquilamente ellos, no esperan. […] donde quiera que haya espera, hay transferencia: dependo de una presencia que se divide y pone tiempo a su darse; como si se tratase de hacer decaer mi deseo, de agotar mi necesidad. Hacer esperar: prerrogativa constante de todo poder (136-140).

Referencias bibliográficas

ACHILLI, Elena (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Buenos Aires: Laborde.

ALARCÓN, Cristian (2012). *Si me querés, quereme transa*. Buenos Aires: Aguilar.

ALVES, Paulo y RABELO, Miriam (1998). "Repensando os estudos sobre representacoes e praticas em saúde/doença", en: *Antropología da saúde. Tracando identidade e explorando fronteiras*. Río de Janeiro: Relume Dumará.

ALVES, Paulo y SOUZA, Iara (1999). "Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: consideracoes sobre o itinerario terapêutico", en: Rabelo, Míriam, Alves, Paulo y Souza, Iara (comps.). *Experiência de doença e narrativa*. Río de Janeiro: Fiocruz.

AUYERO, Javier (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.

BALLESTEROS, Matías, Freidin, Betina y Wilner, Agustín (2017). "Esperar para ser atendido", en: Pecheny, Mario y Palumbo, Mariana (comps.), *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Buenos Aires: Teseo.

BARBER, Nélida y MARGULIS, Susana (2009). "Procesos de atención en personas que viven con Vih. Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas", en: Grinberg, Mabel (ed.), *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.

BARTHES, Roland (2011). *Fragmentos de un discurso amoroso*. Buenos Aires: Siglo XXI.

BASAGLIA, Franco (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico.* Buenos Aires: Corregidor.

BIANCHI, Eugenia y LORENZO, Gimena (2013). "La recuperación es para obedientes: Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas". *RELMECS*, vol. 3, nº 1, pp. 1-35.

BOURGOIS, Philippe (2010). *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo XXI.

CAMAROTTI, Ana (2015). "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo". *Salud Colectiva,* vol. 11, nº 2, pp. 211-221.

CAMAROTTI, Ana, JONES, Daniel y DI LEO, Pablo (2017). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.

CANDIL, Ana (2013). "*¿Sabés lo difícil qué es?* Notas sobre el (auto)cuidado de usuarios de drogas", en: Adad, Ludmila y Villafañe, Alicia (coords.), *La antropología social hoy: a 10 años del nuevo siglo.* Tandil: UNICEN, pp. 511-521.

_____ (2016). "*Acompañar* a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, nº 26, pp. 179-196.

_____ (2019). *Revisar andares. Tratamientos ambulatorios sobre los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Espacio.

CAPRIATI, Alejandro *et al.* (2015). "La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar". *Revista Argentina de Salud Pública,* vol. 6, nº 22, pp. 21-28.

CASTILLA, Victoria y LORENZO, Gimena (2013). "Consumo de pasta base/paco, prácticas de rescate y religiosidad pentecostal". *Sociedad y Religión,* vol. 9, nº XXIII, pp. 54-78.

CENTRO DE ESTUDIOS DE DROGAS Y DERECHOS (2014). *En busca de derechos. Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México DF: CIDE.

CORDA, Alejandro, GALANTE, Araceli y ROSSI, Diana (2014). *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

DI MARCO, Martín (2013a). *Sexo y descontrol. Nociones de profesionales de la salud en centros de atención y tratamiento para droga.* VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: https://www.aacademica.org/000-076/193.pdf. Fecha de consulta, 3/9/2019 .

_____ (2013b). *Los buenos y los malos. Nociones sobre las redes vinculares de usuarios de PBC en profesionales de la salud.* VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: https://www.aacademica.org/000-063/194.pdf. Fecha de consulta, 3/9/2019.

EPELE, María (2007). "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud". *Cuadernos de Antropología Social*, nº 25, pp. 151-168.

_____ (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2013). "El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica 'políticamente correcta'". *Cuadernos de Antropología Social,* nº 38, pp. 7-31.

FOUCAULT, Michel (2009). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

FUNES ARTIAGA, Jaime y ROMANÍ, Oriol (1985). *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española.

GALANTE, Araceli, ROSSI, Diana, GOLTZMAN, Paula, y PAWLOWICZ, María (2009). "Programas de Reducción de Daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva". *Escenarios,* nº 14, pp. 113-121.

GARBI, Silvana (2011). *Discursos y prácticas terapéuticas. La noción de uso de droga como síntoma y enfermedad*. Ponencia presentada en IX Reuniao de Antropología do Mercosul, Curitiva, Brasil [inédito].

_____ (2013). "La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas", en: Epele, María (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

GOFFMAN, Erving (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

GOLTZMAN, Paula y AMORÍN, Eva (2013). *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión… y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

GÓNGORA, Andrés (2013). "Curar comunidades: gubernamentalidad, reducción de daño y políticas de drogas en Colombia", en: Epele, María

(comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.

GRADIN, Agustina y PÉREZ SCHREBLER, María (2012). "La odisea de sacar un turno: la condición de acceso al derecho a la salud. Una aproximación etnometodológica a las prácticas hospitalarias", en: Martínez, Alejandra y Belvedere, Carlos (dirs.), *"Para ustedes, del otro lado": La producción del orden y las marginaciones sociales en las rutinas cotidianas de "hacer la cola" para acceder a servicios públicos en la ciudad de Buenos Aires*. Documentos de Trabajo nº 63. Buenos Aires: IIGG-FSOC-UBA.

GUBER, Rosana (2012). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

KORNBLIT, Ana (comp.) (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.

KORNBLIT, Ana *et. al.* (2016). *Abordaje comunitario de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.

MECHA, Andrés (2009). *Usuarios de drogas. Representaciones sociales y abordaje terapéutico*. Ponencia presentada en I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología y XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires. Disponible en: https://www.aacademica.org/000-020/513.pdf. Fecha de consulta, 3/09/2019.

OLEJARCZYK, Romina (2013). *Tensiones en las versiones de una política pública. Los Programas Federales de Construcción de Viviendas en Avellaneda*. Tesis para optar por el título en Maestría en Diseño y Gestión de Programas Sociales. Buenos Aires: FLACSO.

PASCOE, Rachel, RUSH, Brian y KHOBZI ROTONDI, Nooshin (2013). "Wait Times for Publicly Funded Addiction and Problem Gambling Treatment Agencies in Ontario, Canada". *BMC Health Services Research*, nº 13, pp. 1-10.

PAWLOWICZ, María, GALANTE, Araceli, GOLTZMAN, Paula, ROSSI, Diana, CYMERMAN, Pablo y TOUZÉ, Graciela (2011). "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos", en: Asesoría General Tutelar, *Panorámicas de salud mental. A un año de la Ley Nacional nro. 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.

PAWLOWICZ, María, ROSSI, Diana, GALANTE, Araceli, FARAONE, Silvia, GOLTZMAN, Paula, ZUNINO, Dhan, TOUZÉ, Graciela, SIBERG, Malena y CYMERMAN, Pablo (2006). *Las representaciones sociales y los dispositivos de*

intervención en drogas en el ámbito sanitario. Ponencia presentada en las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires. Disponible en: https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/97.pdf. Fecha de consulta, 3/9/2019.

PECHENY, Mario y PALUMBO, Mariana (comps.) (2017). *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Buenos Aires: Teseo.

PECHENY, Mario, MANZELLI, Hernán y JONES, Daniel (2002). *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires: CEDES.

PEIRÓ, Salvador (2000). "Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión". *Gestión Clínica y Sanitaria,* vol. 2, nº 4, pp. 115-116.

PEREYRA, Horacio (2017). "Trayectorias en busca de una córnea. Reificación en la espera por un transplante de tejido", en: Pecheny, Mario y Palumbo, Mariana (comps.), *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Buenos Aires: Teseo.

REDKO, Cristina, RAPP, Richard y CARLSON, Robert (2006). "Waiting Time as a Barrier to Treatment Entry: Perceptions of Substance Users". *Journal of Drug Issues*, vol. 36, nº 4, pp. 831-852.

RENOLDI, Brígida (1998). *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. (Tesis para optar por el título de Licenciatura en Antropología). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

ROSSI, Diana, PAWLOWICZ, María y SINGH, Dhan (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

SCRIBANO, Adrián (2010). "Primero hay que saber sufrir…!!! Hacia una sociología de la 'espera' como mecanismo de soportabilidad social", en Linsdero, Pedro y Scribano, Adrián (comps.), *Sensibilidades en juego. Miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones.* Córdoba: Estudios Sociológicos.

SZASZ, Thomas (2001). *Ideología y enfermedad mental.* Buenos Aires: Amorrortu.

THOMPSON, Edward (1979). *Tradición, revuelta y conciencia de clase. Estudios sobre la crisis de la sociedad preindustrial*. Barcelona: Crítica.

TORREGROSA, María, GIRBÉS BORRÁS, Juan y CALDUCH BROSETA, Juan (2006). "Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario". *Emergencias*, nº 18, pp. 30-35.

TOUZÉ, Graciela (org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, Federación Internacional de Universidades Católicas.

VÁZQUEZ, Andrea (2014). "Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento". *Saúde Debate*, nº 38, pp. 830-839.

VÁZQUEZ, Andrea y STOLKINER, Alicia (2009). "Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia". *Anuario de Investigaciones,* nº 16.

Fuentes secundarias

CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (2010). *Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657.*

SEDRONAR (2009). *Censo nacional de centros de tratamientos 2008*. Buenos Aires: OAD.

SEDRONAR (2016). *Censo nacional de centros de tratamiento. Argentina. 2011.* Buenos Aires: OAD.

SEDRONAR (2018). *Censo nacional de centros de tratamiento, Argentina, 2018*. Buenos Aires: OAD.

Las heterogeneidades de los ensamblajes terapéuticos: estudio de caso sobre la construcción de un programa residencial de tratamiento de consumos problemáticos de drogas

Francisco Javier Ugarte Reyes

> En la unidad femenina sostienen la reunión clínica de la semana, pero la dedican a discutir el programa de la unidad. El psicólogo dice: "¿Quién va a armar el Frankenstein?". El equipo se ríe de la inmensa cantidad y diversidad de elementos presentes en el programa. [Cuaderno de campo, 23 de noviembre de 2017.]

Introducción

La historia del tratamiento del consumo problemático de drogas en Chile está marcada por la emergencia y el solapamiento permanente de diversas racionalidades, ensambladas en un dispositivo articulador (Castro-Gómez, 2010), que abordan este fenómeno de maneras distintas e incluso contradictorias o incompatibles. Una mirada simple y lineal de estas tecnologías nos muestra una traducción vigente (Callon, 1986), materializada en orientaciones técnicas, manuales, seminarios y discursos de política pública que proyectan una imagen unificada y estable de lo que es un tratamiento de consumos problemáticos de drogas. Sin embargo, por debajo de esta trama discursiva, articuladora de un consenso siempre momentáneo y precario (Law, 2004), nos encontramos con las multiplicidades del tratamiento, es decir, las diversas formas en las que se define el problema y se construyen abordajes técnicos.

La figura de "Frankenstein", que se repitió en múltiples espacios de observación y entrevistas realizadas al interior de un centro de tratamiento, representa la desazón de un equipo técnico frente a la imposibilidad de generar un discurso armónico y ordenador del trabajo técnico que desarrolla frente a los usuarios de drogas. Esta imposibilidad no se ubica predominantemente en las voluntades

personales o las dificultades organizacionales, sino más bien en la reedición permanente de una historia de las drogas que retrotrae las discusiones técnicas a una multiplicidad de códigos religiosos, morales, policiales, médicos, culturales, políticos, comunitarios, laborales u otros, que le han dado forma a las miradas y las acciones que se despliegan frente a los usos problemáticos de drogas en Chile.

Desde finales del siglo XIX, particularmente con la llegada del discurso temperante, la discusión sobre las drogas en Chile se ha engarzado en diversos planos de conflicto y construcción social. Se destaca, en estos campos de disputa, el ataque de la iglesia evangélica a la iglesia católica, acusando una alianza con las oligarquías vitivinícolas y una validación de la decadencia moral asociada al consumo de alcohol. En esta misma lógica, y como respuesta a las disputas con el protestantismo, emerge un discurso católico de beneficencia tradicional que reubica el problema moral en los sectores populares del país y posibilita la emergencia de las primeras tecnologías de intervención familiar (Fernández, 2008).

Estas prototecnologías de control poblacional se sostienen en ideas vinculadas a la higiene mental, la profilaxis y la eugenesia, lo que supone producir un concepto de consumo problemático marcado por dimensiones de orden biológico, moral, social y familiar que permiten vincular la práctica de consumo con fenómenos delincuenciales, violencia intrafamiliar y descuido de niños, despilfarro de salarios y ausentismo laboral (Becerra, 2013). En la misma línea poblacional eugenésica, los consumos de drogas se asocian a debilidades culturales, especialmente en torno al consumo de coca en trabajadores peruanos y bolivianos, y consumo de opio en inmigrantes chinos (Fernández, 2009). Los jóvenes también son el blanco de una construcción del consumo de drogas que los ubica como protagonistas de una decadencia cultural (Becerra, 2009).

Las luchas profesionales, sindicales y políticas marcan otro plano de heterogeneidades. Las disputas entre la farmacología y la medicina (Fernández, 2013), durante las primeras décadas del siglo XX, por el control de las definiciones e intervenciones del fenómeno de consumo (regular y educar el uso versus describir una patología de consumo) marcan divergencias que se mantienen hasta el día de hoy vigentes en los discursos y las tecnologías de tratamiento. Por otro lado, la relación entre abstinencia y construcción del ideal lúcido de sujeto obrero que lidera las luchas sindicales (Fernández, 2008) y luego la relación entre tratamiento del alcoholismo y los proyectos políticos anticapitalistas (Labarca, 2008) marcan anclajes históricos que superponen racionalidades partidistas, comunitaristas

o profesionalizantes, como es el caso de la psiquiatría comunitaria durante la década de 1960 (Mendive, 2004). A finales del siglo XX, estos anclajes giran hacia las resistencias frente a la dictadura, la generación de tejidos sociales clandestinos de ayuda comunitaria (Dreckmann, 1996; Piper, 2008), y la emergencia de las racionalidades científico-administrativas y manageriales que caracterizan la transición democrática (Ramos-Zincke, 2014).

Todos estos procesos marcan una historia densa que los programas institucionales actuales de tratamiento de consumos problemáticos buscan dejar atrás para vindicar un nuevo estadio de decisiones correctas, racionales, bien fundadas en evidencia científica, que nada tienen que ver con los vaivenes históricos del problema de las drogas en Chile. Sin embargo, la investigación muestra que la fuerza de estos procesos históricos permea las prácticas concretas del tratamiento y las retorna a la multiplicidad, la heterogeneidad y la hibridez histórica de su construcción sociotécnica.

Sociotécnica de los consumos problemáticos

Desde una perspectiva clásica de los estudios sociales de ciencia y tecnología, el problema del desarrollo histórico del tratamiento de consumos problemáticos puede ser abordado atendiendo a la clausura de una controversia científica pública (Engelhardt y Caplan, 1987; Giere, 1987), que termina con el posicionamiento dominante de la postura institucional actual de los consumos problemáticos, cuyas configuraciones tienden a la valorización del enfoque biopsicosocial, la integración de saberes provenientes de la psicología, la psiquiatría, la medicina, el trabajo social y la terapia ocupacional, y la consolidación de una categoría de enfermedad, con ribetes físicos, mentales, relacionales y socioculturales, que debe ser trabajada bajo protocolos de salud. Esta postura reclama haber dejado atrás las perspectivas morales, religiosas o comunitarias que marcan gran parte de su historia.

Desde una perspectiva diferente, a pesar de que la medicina busca permanentemente fortalecer su coherencia, los estudios constructivistas de las tecnologías muestran los trazos de aquello que se suponía superado u olvidado (Mol y Berg, 1998). Esta imbricación y solapamiento permanente de diversas formas de observar y hacer en el campo de los consumos problemáticos no es casual, sino que se relaciona con los desplazamientos que, precisamente, dan lugar a nuevos desarrollos tecnológicos, en términos de un proceso de construcción que opera mediante contraste y relegamiento de las antiguas técnicas a dimensiones

secundarias de acción. Estas relocalizaciones reformulan lo que entendemos por presente tecnológico (Mol y Berg, 1998), puesto que el pasado ya no puede ser pensado como algo trascendido, sino más como algo contenido y vigente en capas inferiores de funcionamiento. Esta idea es desarrollada por Epele (2013) a través del uso del concepto de *palimpsesto*, es decir, un ejercicio de (sobre) escritura permanente de las tecnologías terapéuticas, que no se restringe a la acción de expertos, sino que incorpora modos legos de tratar vigentes antes del desplazamiento de nuevas racionalidades técnicas.

Esta heterogeneidad remese la idea de unidad tecnológica, pero, más importante aún, desarticula la manera en que entendemos las identidades en el campo de las tecnologías, puesto que el médico, el paciente, el terapeuta, el paramédico, el familiar o el auxiliar no constituyen roles necesarios o predefinidos por un funcionamiento técnico coherente y unificado, sino que se trata más bien de identidades y roles móviles que se producen de manera contingente (Mol y Berg, 1998). Estas producciones dependen de las reconfiguraciones de fuerza y el posicionamiento estratégico de nuevos lenguajes, sentidos o significados que cambian la valoración y la agencia de determinadas entidades; nuevos nombres, mediciones, números, descripciones, etc. que operan sobre la base de un cúmulo histórico de gestiones y mutaciones de la tecnología. En el caso del tratamiento de los consumos problemáticos, el cambio permanente de la figura del "toxicómano-adicto-drogodependiente" es ilustrativa de estas traducciones (Becerra, 2009).

Si bien la unidad y coherencia tecnológica es un valor de posicionamiento público exitoso en una sociedad que se sostiene en sistemas expertos y seguridades ontológicas (Giddens, 1993), los ordenamientos técnicos uniformes y puristas son organizacionalmente impracticables (Law, 2003). Aunque las diferencias solapadas en las tecnologías suelen entrar en conflicto, estas también se coordinan y sostienen su operatoria en diversos niveles (Mol y Berg, 1998). Por ejemplo, los marcos o protocolos centrales de una tecnología pueden estar dominados por la racionalidad biomédica, sin embargo, las prácticas profesionales, los arraigos territoriales de la tecnología, las formas de tratar a los pacientes y familiares o de colaborar con redes de servicios pueden ser operadas por otros saberes o técnicas, incluso contrarias al enfoque biomédico. En este sentido, el desplazamiento, y no la erradicación, es fundamental para sostener el funcionamiento tecnológico en escenarios de complejidad.

Si las controversias técnicas no se clausuran, y por el contrario prevalecen mecanismos para mantener en convivencia los elementos divergentes que

componen una tecnología social, entonces la pregunta por la constitución de una tecnología de tratamiento se traslada al campo del conjunto de asociaciones y disociaciones (Law y Singleton, 2014) que operan en un esquema de heterogeneidad, solapamiento y tensión permanente.

Desde la teoría de actor red, el estudio sociológico del tratamiento del consumo problemático se centra en la asociación de elementos heterogéneos (materiales, culturales, políticos, económicos, comunitarios, científicos, etc.), cuyo resultado es una red sociotécnica que parece, a simple vista, una totalidad, pero se compone de múltiples eventos inconmensurables entre sí (Latour, 2008). Para lograr una mirada que trasciende esta totalidad y se aboca a la descripción específica de los elementos que constituyen una red sociotécnica, es necesario asumir una categoría de agencia que los circunscribe específicamente a la red en la que operan y adquieren su rol. Esto supone, por un lado, evitar la atribución de propiedades que superan la actividad de la red específica en la que participan, y, por otro lado, la adquisición de un principio de simetría que trata a los elementos humanos y no humanos bajo un mismo estatuto de relevancia y agencia. Para lograr esta simetría, la teoría de actor red ofrece la sustitución del concepto de actor por el de actante.

Para el análisis de los fenómenos tecnológicos, la generalización del principio de simetría, propuesto inicialmente por el programa fuerte (Bloor, 1995 [1976]), implica ir más allá de una equiparación de los términos con los que se explican los puntos de vistas confrontados en el marco de una controversia (ganadores y perdedores), y poner en el mismo nivel, también, los términos utilizados en la observación de la naturaleza y la sociedad (Callon, 1986). En este sentido, la sociología de la traducción o de las asociaciones define la sociedad como un hecho incierto, ambiguo y disputable, lo que implica asumir una actitud similar a la que adquiere la ciencia frente a la naturaleza, y evitar imponer esquemas interpretativos que explican a priori sus relaciones y dinámicas constitutivas.

A partir de la relativización de la distinción dual entre sociedad y naturaleza que rige la distinción entre sujetos y objetos, el concepto de *actantes* señala momentos previos e intermedios a la adquisición de sus identidades por medio de los procesos de traducción propios de las redes sociotécnicas. El actante es un híbrido, cuasi sujeto y cuasi objeto (Tirado y Domènech, 2005), es decir, un momento frágil y efímero entre la asignación de los roles y las posiciones dentro de una red. Este hecho permite observar los procesos de creación y administración de dichas identidades en vez de concebirlas de forma rígida, lo que significaría

perder de vista el proceso de traducción. Ahora bien, poner atención a la hibridez de los actantes y los procesos de traducción no significa eliminar la distinción entre hechos naturales y hechos sociales, sino más bien entender estas divisiones como productos o resultados del análisis, y no como puntos de partida (Callon, 1986). Como señala Callon (1986), "la traducción es el mecanismo por el cual los mundos natural y social progresivamente toman forma".

Por otro lado, la atención a las entidades, prácticas, acciones o trayectorias que operan en la construcción de una tecnología implica tomar distancia de una "sociología de lo social" que comprende o explica estas operaciones mediante el uso de conceptos construidos a priori, al margen de su heterogeneidad. En este sentido, el uso de categorías sociales, tales como "sociedad", "estructura social", "clase social" o "sistema social", imponen una explicación apresurada de los fenómenos que, por el contrario, se estudian desde la sociología de las asociaciones atendiendo a las trayectorias específicas, es decir, el rastreo de la manera en que se construye o se ensambla lo social (Tirado y Domènech, 2005).

La traducción se basa en la idea de desplazamientos físicos y simbólicos, lo que supone desanclar y volver a anclar permanentemente las entidades constitutivas de una red. Esto no se produce por una fuerza superior a las partes, sino que emerge de los distintos movimientos estratégicos que desarrollan las propias entidades de la red, desplazando la ubicación, los lazos, las significaciones o los lenguajes con los cuales las demás entidades articulan sus sentidos e intenciones de acción (Callon, 1986). Un momento clave de estos fenómenos de desplazamiento es la constitución de las vocerías, es decir, la estabilización de una red bajo una interpretación y un lenguaje hegemónico que permite a una entidad o grupo de entidades dominantes hablar por el resto y movilizar la red fuera de su campo material específico de acción.

La teoría de actor red propone el concepto de *traducción* para describir los procesos que derivan en la conformación y estabilización de la red sociotécnica. Durante el proceso de traducción, los distintos actantes de la red negocian sus identidades, sus posibilidades de interacción y sus márgenes de maniobra (Callon, 1986). Este proceso de negociación consta de cuatro momentos fundamentales que se solapan permanentemente: 1) problematización; 2) interesamiento; 3) enrolamiento, y 4) representación.

El proceso de problematización implica la definición de los actantes involucrados en un fenómeno, los objetivos que deben buscar esos actantes de manera conjunta y los medios para conseguirlos. Como señala Callon (1986),

durante la problematización los actantes definen su relevancia y su indispensabilidad en el abordaje de un problema. Además de definir y distribuir las identidades involucradas en el problema tecnológico, el proceso de problematización busca establecer los puntos de paso obligatorios, es decir, los movimientos, los desvíos y las alianzas que resultan indispensables para evadir los obstáculos que afectan a cada actante y alcanzar el estado de cosas buscadas (Callon, 1986). De este modo se configura un sistema de alianzas o asociaciones.

Por su parte, el interesamiento es el conjunto de acciones a través de las cuales uno de los actantes de la red busca imponer y estabilizar la identidad de los demás actantes enlistados durante el proceso de problematización. El interesamiento opera como un mecanismo de integración de la red, lo que supone una lectura del grado de adhesión que sostiene cada actante de la red con el plan inicial establecido en el proceso de problematización, y el despliegue de estrategias de petición, coerción, seducción, transacción o negociación hacia aquellos que definen su identidad de una forma distinta a la establecida durante el proceso de problematización. Como señala Callon (1986), interesar a otros actores es construir dispositivos materiales (espacios, cercos, instrumentos, aulas, vestimentas, comidas, etc.) o simbólicos (sentido de pertenencia, modificaciones semánticas, reconocimientos, discriminaciones, etc.) entre las entidades conformes con el proceso de problematización y las entidades que buscan definir sus identidades de una forma distinta, delineando los límites de la red sociotécnica en construcción. Este punto es fundamental, en tanto una parte importante de las materialidades de las redes sociotécnicas cumplen esta función de interesamiento, es decir, se ubican entre los actantes para hacer posibles las alianzas que sostienen la red.

El enrolamiento es la coordinación de los roles de la red sociotécnica. Aunque el interesamiento no implica necesariamente la configuración de alianzas o enrolamientos, puesto que los actores pueden estar alineados con el problema, las identidades y los puntos de paso obligatorios, pero no asumir un rol específico en la operatoria de la red, sí se trata de un proceso interconectado, en tanto el paso al enrolamiento tiene como condición un proceso previo exitoso de interesamiento (Callon, 1986). En este sentido, el enrolamiento se relaciona con la dinámica de negociaciones, ejercicio de fuerza y movimientos estratégicos que caracterizan al interesamiento. El enrolamiento no implica, como se postula en la sociología funcionalista, la repartición de roles predefinidos, sino más bien la emergencia de un dispositivo que define un conjunto de roles interrelacionados y los atribuye a los actantes que los aceptan (Callon, 1986). La estabilidad de los roles depende en

gran medida de la estabilidad del interesamiento; si los dispositivos que mantienen integrada la red, ya sea de manera física o simbólica, fracasan, entonces el esquema de roles también se desintegrará.

Finalmente, el proceso de representación opera distinguiendo a aquellos actantes que asumen la voz de la red en conjunto (voceros). La emergencia de las vocerías es posible debido a las alianzas entre representantes y representados, quienes asumen una posición silente o se agrupan en una masa anónima (Callon, 1986), lo que posibilita el desplazamiento y reensamblaje de la red en espacios y tiempos distintos al de origen. Esta capacidad de movilización se sostiene en el uso de materialidades trasportables, reproducibles y de fácil difusión, como son los números, los esquemas, las tablas, los gráficos, etc. (Latour, 1985).

Entendiendo estos cuatro procesos de traducción, la emergencia de una red sociotécnica, que define objetivos, posiciones, identidades, roles y medios, es, en gran medida, un ejercicio de domesticación (Callon, 1986). El consenso siempre es precario porque los distintos objetos y sujetos involucrados en un problema divergen permanentemente en sus actuaciones, definiciones y posicionamientos, por lo cual la capacidad de traducción constituye un ejercicio perecedero de conformación e integración. La capacidad de sostener las alianzas que se construyen durante los distintos procesos de traducción depende en gran medida de los procesos de materialización, cuyas agencias son fundamentales para sostener acuerdos, eliminar disidencias y consolidar vocerías.

Seguimiento de un ensamblaje sociotécnico

El enfoque etnometodológico permite avanzar en la comprensión de las tecnologías como prácticas que se transforman en función de la posición y el sentido que adquieren frente a otros actores, otras tecnologías, otras prácticas, otras perspectivas o comprensiones que escapan a los diseños inicialmente construidos por los expertos (Sisto y Zelaya, 2013). Estas trayectorias se denominan *ensamblajes sociotécnicos*, cuyo valor metodológico es precisamente asegurar la inclusión del principio de simetría generalizada antes señalado. En la medida en que las tecnologías son estudiadas como ensamblajes múltiples, heterogéneos e híbridos, no es posible acotar la mirada a esquemas lineales (historia secuencial), clausurados (bajo la mirada de la postura técnica dominante) o sociales (atribuyendo esquemas sociales antes que materiales o naturales a la interpretación de los fenómenos). El abordaje supone atender a discontinuidades y rupturas inherentes al desarrollo sociotécnico, y comprender el estado actual de las terapéuticas de consumos

problemáticos como un ejercicio permanente de sobreescritura que mantiene siempre vigente una multiplicidad de interpretaciones, racionalidades y modos de hacer subrepticios.

Las técnicas cualitativas de investigación, tales como la entrevista en profundidad, la observación y el registro de notas de campo, se presentan como un recurso esencial para rastrear la configuración de las redes que componen, siempre de manera frágil y momentánea, la materialidad y la discursividad de las tecnologías de tratamiento de consumos problemáticos, poniendo énfasis en la posición de los actores o actantes (humanos y no humanos), las identidades que les son asignadas y la capacidad de acción que tienen en función de dichas atribuciones. De esta forma es posible identificar distintas racionalidades operando en la cotidianidad de un centro de tratamiento, entendiendo por racionalidad el sistema de reglas que ordena un conjunto o un régimen de prácticas (Castro-Gómez, 2010) y fundamenta una operatoria tecnológica; accesos a la realidad, definición de objetivos, procedimientos de intervención y administración de sus efectos sobre el individuo y las relaciones sociales.

Siguiendo este enfoque, se realizaron diez entrevistas semiestructuradas al equipo técnico de un centro de tratamiento: un médico, un psicólogo, una psicóloga, una técnica en rehabilitación, un trabajador social, una profesora, un técnico en rehabilitación, una paramédica, un paramédico y un psicólogo director del centro. Además, se entrevistó a cuatro usuarias y cinco usuarios, y se construyó un cuaderno de campo mediante una observación participante que duró cuatro meses con visitas diarias al centro de tratamiento. Cabe destacar que estas estrategias específicas forman parte de una investigación doctoral denominada "Ensamblar un tratamiento para la adicción: Alianzas y tensiones al interior de un centro residencial público de tratamiento" (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [FLACSO] Argentina).

El armado del programa

Mi primer acercamiento al centro de tratamiento se realizó en octubre de 2017. En este periodo del año, el equipo técnico trabaja en la construcción de un programa institucional actualizado, que defina y defienda la apuesta técnica del centro frente al Estado chileno, y particularmente frente al organismo que lo financia, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Esta apuesta técnica se compone de una descripción de los procesos y recursos constitutivos del tratamiento, como es la elaboración del

Plan de Tratamiento Individual, las prestaciones asociadas al plan (terapia grupal, terapia individual, consulta de salud física y mental, consejería, farmacoterapia, intervención familiar, terapia ocupacional y terapia educacional), las etapas del tratamiento (adaptación y acogida, reestructuración cognitivo-afectiva y reinserción), los objetivos buscados en cada una de las etapas, los criterios de egreso (alta terapéutica, alta administrativa, abandono y derivación), los recursos humanos y físicos disponibles y las funciones del equipo. Además, el programa expone el marco teórico sobre el cual se montan estos procesos y recursos técnicos, lo que supone definiciones o paradigmas del fenómeno del consumo problemático de drogas, áreas afectadas, explicaciones sobre el origen del problema, criterios clínicos de diagnóstico, definiciones del "usuario drogodependiente", modelo de cambio que sostiene el dispositivo terapéutico y bibliografía utilizada.

El programa se construyó en reuniones de equipo, en sesiones de dos horas desarrolladas una vez a la semana. La primera reunión que pude observar se realizó integrando a los dos equipos del centro: el equipo de la "Unidad Masculina" y el equipo de la "Unidad Femenina". Después de esta primera reunión asistí a cuatro reuniones más, separadas en dos por cada unidad.

Los datos producidos en estas instancias de observación, y en el análisis de las entrevistas semiestructuradas, muestran un proceso complejo de interesamiento y enrolamiento de los distintos actores del equipo técnico para lograr estabilizar materialmente un programa que será entregado durante la visita de SENDA al centro de tratamiento. Este proceso de traducción tiene como punto de referencia explícito lograr un consenso acerca de las definiciones y los cursos de acción frente al fenómeno del consumo problemático, sin embargo, la forma de generar este consenso se relaciona con la negociación de las identidades y los roles que asume cada actor en el centro de tratamiento. En este sentido, la voz o capacidad de representación en estas reuniones es un resultado del éxito o fracaso de cada actor en el intento de ubicar a todos los demás actores humanos (otras personas del equipo técnico) y no humanos (datos, bibliografía, escrituras) en identidades y roles determinados que posibiliten la emergencia de una red sociotécnica medianamente estable.

Lo anterior significa que el objetivo de la política pública de tratamiento, plasmada en el programa técnico que montan los centros de tratamiento, tiene tantas lecturas posibles como movimientos y desplazamientos específicos realizan los actores que configuran estas redes sociotécnicas. Si bien todos los programas de tratamiento apuntan, en principio, a la recuperación o rehabilitación de

los usuarios, las traducciones que impulsan los actores involucrados en la construcción de dichos programas orientan los ensamblajes hacia una diversidad y multiplicidad de racionalidades, narrativas, discursos, textos y operatorias tecnológicas que tienen por finalidad el empoderamiento de algunos de ellos y el silenciamiento de otros (Shore y Wright, 2005).

La reubicación de los técnicos en rehabilitación y los paramédicos en el programa

Esta disputa por la representación de la red sociotécnica tiene un hito histórico clave como es la postergación de los técnicos en rehabilitación, quienes dominaron durante muchos años los discursos y las operatorias técnicas del tratamiento de consumos problemáticos en Chile. Durante las discusiones del programa en la unidad de mujeres puedo conversar y observar las prácticas de la única técnica en rehabilitación de todo el centro. Ella asume un rol más bien pasivo, alineada con otra técnica social en la aportación de comentarios domésticos del centro (cómo ocurren las cosas del día a día), sin entrar en las discusiones profundas acerca de qué busca y cómo se despliegan los procesos fundamentales del tratamiento. En los meses que siguieron, la relación de la última técnica en rehabilitación con el jefe del centro se va deteriorando rápidamente y termina en su despido. A través de las entrevistas, puedo comprender algunos elementos claves de esta marginación.

> *Como yo estudié en la USACH* [Universidad de Santiago de Chile]*, hay muchos rehabilitados ahí. Muchos que estudiaban eran rehabilitados. Yo todavía los veo y son compañeros que han tenido centros de tratamiento, han sido directores de centro de tratamientos.* [Entrevista a técnica en rehabilitación.]

La historia del centro de tratamiento está marcada por los mismos hitos de la historia reciente del tratamiento en Chile (mediados y finales de la década de 1990), en términos de una fuerte presencia de personas que, habiendo pasado por un proceso tratamiento, comienzan a formarse en los primeros programas académicos impulsados por la Universidad de Chile y la Fundación Credho para incorporarse en las comunidades terapéuticas como especialistas.[1] Estos procesos

1 Este origen de los primeros programas académicos es una conclusión derivada de las entrevistas

formativos consolidan una tendencia que ya se venía desarrollando en años anteriores con exusuarios de centros que se forman en el Caribe y vuelven a Chile para formar parte de las primeras comunidades terapéuticas en el país (Muñoz, 1996).

Los técnicos en rehabilitación dominaron durante varias décadas la metodología de comunidades terapéuticas, cuyas premisas de intervención se mantuvieron ajenas, e incluso reacias, al conocimiento proveniente de la psicología y la psiquiatría, privilegiando la lógica estadounidense de la autoayuda en sus vertientes antiinstitucionales y antiprofesionales (Soto, 2011). Este ejercicio de traducción se sostiene en la idea de una tecnología que se monta en las experiencias compartidas, en la empatía personalizada y en la construcción de redes o comunidades altamente clausuradas y proselitistas. Si bien estas formas de operar derivaron en escándalos internacionales relacionados con sectarismo y graves violaciones a los derechos humanos de los pacientes (por ejemplo, Synanon en Estados Unidos, o "El Patriarca" en Francia), los técnicos en rehabilitación formados bajo las lógicas tradicionales de la comunidad terapéutica (aislamiento geográfico, clausura de redes, confronto, liderazgos carismáticos, etc.) lograron sostener la representación del tratamiento hasta hace muy pocos años, y viven hoy un proceso de subordinación y cambio en sus formas de intervención, prevaleciendo las dimensiones de trabajo grupal y autoayuda bajo una racionalidad predominantemente biomédica (categoría de enfermedad, estatuto de paciente, protocolos médicos, documentación institucional médica, bioética, etc.).

El control sobre los procedimientos que regulaban el centro de tratamiento implicaba el despliegue de prácticas que hoy resultan inaceptables para la nueva configuración tecnológica. La forma de definir la identidad del terapeuta cambió desde un foco personalista, complejo y ambivalente hacia una identidad anclada en las profesiones, los roles y las reglas institucionales. Bajo una racionalidad científico-administrativa, que traslada las prácticas de tratamiento hacia la evidencia y los estándares internacionales, los técnicos en rehabilitación son recordados en el centro como actores inconsecuentes, que generaban alianzas y sobrentendidos con los usuarios y manejaban de forma caprichosa y arbitraria los objetivos del tratamiento, cuyo eje central fue y sigue siendo la consecución de la abstinencia.

semiestructuradas realizadas a dos protagonistas de la historia del tratamiento de drogas en Chile, durante 2018, y confirmada por uno de los entrevistados del centro de tratamiento (médico).

> *Las terapias principalmente las llevaban los técnicos en rehabilitación* […] *Cuando yo llegué había tres técnicos, y antes también había habido, y la verdad es que no fueron buenas las experiencias con los técnicos en rehabilitación.*
> *(¿Qué pasó?)*
> *Por ejemplo, algunos tenían problemas de consumo. Entonces habían estudiado técnico en rehabilitación porque en su momento se habían rehabilitado. Esta idea de ayudar al otro que está en las mismas condiciones. Yo alcancé a conocer a dos, uno que a veces tenía sus recaídas, se desaparecía algunos días, y otro con un consumo ocasional. Quizás no lo dificultaba tanto en su dinámica laboral, pero yo decía "bueno, desde donde te parai tú para ayudar a un otro que está en consumo dependiente".* [Entrevista a asistente social.]

Los técnicos en rehabilitación eran capaces de enrolar a otros actores, tales como los paramédicos, para mantener vigentes las técnicas, los discursos y los objetos de tratamiento que los dejaban a ellos en control del programa. Las terapias de confronto reeditan una autoridad basada en la experiencia, cuya eficiencia sociotécnica se sostiene en tener escasos objetos mediadores (libros, artículos, seminarios, cursos, manuales, etc.) y centrarse en la relación personal de cada terapeuta con los usuarios. La cualidad de ser exusuario de tratamiento, y exadicto (aunque dicho discurso se juega en ambivalencias que refuerzan la alianza personal), se convierte en un recurso central de la identidad de los técnicos en rehabilitación, que legitima su lugar en el confronto, y, a la vez, deslegitima los intentos de participación y posicionamiento de otros actores. Entre más duro es el "confronto", más legitimidad adquiere el técnico en rehabilitación como único actor con la capacidad de llevar a cabo un proceso de estas características sin ser resistido por los usuarios. Esto debido a la complicidad que significa haber pasado por el mismo proceso y el modelo de superación y reinserción laboral que supone el técnico para los usuarios.

> *(¿Y ustedes eran más duros que ahora?)*
> *Sí, al comienzo, nosotros comenzamos con una disciplina que era de confrontación. Lo que era el trato con las personas adictas era confrontacional. Tirarlo al suelo, arrastrarlo y decirle hasta pa su abuela. Porque las técnicos en rehabilitación a ellos les decían que eran una bolsa de caca, por ejemplo. Era una cosa muy confrontacional de los terapeutas al residente, y entre ellos*

> *también. Había terapias confrontacionales entre ellos, en el sentido de que ponían a una persona al medio, y cada uno de los compañeros le iba diciendo las cosas malas, no las cosas buenas.* [Entrevista a educadora.]

En el caso de los paramédicos, no existe un pasado que los legitime en una dinámica de confronto, por lo que su rol se ancla más bien en una perspectiva autoritaria tradicional en espacios de salud mental, es decir, una posición habilitada por el contexto de internación que se nutre de la autoridad médica, pero opera como un discurso moralista sin el correlato, presuntamente beneficioso, que reivindica el técnico en rehabilitación ("tocar fondo para luego recuperarse"). El equipo se refiere a esta postura de los paramédicos como un resabio generacional, asociado a una concepción moralista y castigadora de los consumos de drogas, y como una expresión de las dificultades que, en general, tienen los funcionarios de la salud para comprender los procesos de recuperación asociados al tratamiento de consumos problemáticos. En la medida en que los usuarios del centro no responden de forma positiva e inmediata a los cuidados entregados por los funcionarios, y, por el contrario, recaen, se fugan o mantienen el conjunto de conductas asociadas al fenómeno de la adicción, se generan respuestas de confusión, frustración y molestia hacia los usuarios.

> *Nos encontramos con limitancias, comentarios de un técnico paramédico, por ejemplo, "no, si estos hueones no cambian nunca, hay que tratarlos así nomás". Entonces, chuta, estamos trabajando con la persona. No entienden que, si vienen de situación de calle, o han estado uno o dos años en la calle, vienen con la calle encima. Entonces no puedes esperar que te pidan las cosas por favor a veces, o siempre de una forma adecuada porque no están acostumbrados, no tienen el hábito. La pega de nosotros es esa, volver a educar. Reeducar.* [Entrevista a asistente social.]

La desestabilización de la red sociotécnica controlada por los técnicos en rehabilitación implicó una transformación de los ejes morales del tratamiento, desde el enjuiciamiento personal e individual hacia la construcción de perfiles de desviación y reeducación que racionalizan las intervenciones de la conducta y tienden a la despersonalización de los tratos cotidianos. Este punto es fundamental, porque el ensamblaje sociotécnico que representaban los técnicos en rehabilitación se sostenía fuertemente en el enrolamiento de los usuarios como actores cercanos y

afectuosos que se relacionaban desde la empatía y la complicidad con los técnicos. Esto cambia radicalmente cuando llegan nuevos profesionales a los centros de tratamiento y comienzan progresivamente a modificar la red sociotécnica.

> *Cada terapeuta pone límites para que no se te suban por el chorro. Cuando yo llegué, yo desconocía esto, y un técnico en rehabilitación, una vez un usuario llegó, lo saludó con la mano y con un beso en la cara. Después con el TEN* [técnico en enfermería] *también, beso en la cara, y yo no sé si corresponde.* [Entrevista a asistente social.]

La traducción de los objetivos o las fronteras técnicas del tratamiento

Como señalan Apud y Romaní (2016), la psicología logra un lugar privilegiado en el campo de las adicciones ante las dificultades que tiene el modelo biomédico para sostener la idea de una dependencia física fuera del campo específico del alcoholismo. Probablemente esta complementariedad de miradas, que amplía la cantidad de categorías y sistemas de prácticas que operan en el campo de la adicción, sin afectar sustancialmente el paradigma de enfermedad y la individualidad como punto de partida de las operatorias técnicas, permite una convivencia cotidiana de psicólogos y médicos sin mayores complicaciones. No ocurre lo mismo con los profesionales que anteceden el dominio del modelo biomédico, como es el caso de los técnicos en rehabilitación, o todos aquellos actores que tensionan la mirada acerca del fenómeno de la adicción y su abordaje. La alianza entre la psicología y el modelo biomédico, cuya traducción se ubica en el modelo biopsicosocial, enrola y subordina rápidamente estas perspectivas divergentes.

> *(¿Cuándo se modifica la técnica confrontacional?)*
> *Cuando empieza a cambiar es cuando llega otro coordinador* […] *un psicólogo que ahora está en el COSAM de Puente Alto. Muy agradable. Él empieza a cambiar un poco, pero igual seguían las mismas personas, así que igual había confrontación. Estaba la técnico en rehabilitación* […] *Ella era confrontacional. Era muy afectiva, pero muy confrontacional* […] *Aparece* [actual jefe del centro], *y seguían los técnicos aquí. Estaba el técnico que funcionaba como paramédico. Pero empezamos a saber cosas de él*
> *(¿Cómo qué?)*
> *Que, como era de noche, él bajaba con los chiquitos, los llevaba al pueblo, iban a jugar tacataca. Entonces la cosa se empezó a poner complicada así que*

> *se va esa persona. Pero siguen tres personas. Siguió un tiempo esto. Él* [actual jefe de tratamiento] *estaba muy complicado con ellos, porque ellos tenían su manera de ser, tenían su alianza. Dos, sobre todo.*
> *(¿Alianza para qué?)*
> *Por ejemplo, "se va este cabro, y se va este cabro" tomaban las decisiones. Ellos tenían mucha fuerza.* [Entrevista a educadora.]

> Cuando le pregunté al médico por qué, si el centro se ubicaba en un hospital y seguía protocolos de atención propios del sistema público de salud, él no tenía un rol relevante en las discusiones, me respondió: "En general los psicólogos llevan la batuta". [Cuaderno de campo, martes 17 de octubre de 2017.]

Las tensiones que derivan de los intentos de ajustar la identidad y el rol que cada actor ocupa en el centro de tratamiento se relacionan fundamentalmente con la forma de definir a los usuarios, el objetivo de tratamiento y los procedimientos para lograrlo. La perspectiva psicológica presente en el centro estudiado se centra fundamentalmente en la idea de un "yo auxiliar" que opera como andamiaje para que el usuario pueda adquirir autonomía progresiva. Ahora bien, los procesos involucrados en dicho paradigma terapéutico suponen la posibilidad de un cambio gradual entre la dependencia al equipo terapéutico y la adquisición de independencia para buscar la reinserción social, familiar o laboral. Los terapeutas ocupacionales son los encargados de gestionar esta parte de la tecnología, sin embargo, esta frontera manifiesta múltiples disputas discursivas y prácticas.

> La psicóloga dice: "Hay que reforzar autonomía, autoimagen positiva. Importante que tenga ya una fecha de egreso para empezar a prepararse, postular al puesto de trabajo que él ya tiene identificado en el [supermercado] Santa Isabel y reforzar lo ocupacional y la higiene".
> El terapeuta ocupacional se siente interpelado y responde incomodo: "Yo no lo voy a entrenar como a un niño de 5 años. Pelo, ducha, lavado [...]. No adscribo al modelo de ocupación humana".
> La psicóloga insiste: "Hay que trabajar higiene y conducta de Carlos en el centro y en el plan de salida. El otro día me dijo 'traje esto papito', ¿cómo está?" [risas de equipo].
> El terapeuta ocupacional responde: "Va a salir trabajando objetivos, eso

> ya está claro, pero él quiere descansar, aliviarse del sistema, descansar de este sistema".
> La psicóloga refuta: "Si quiere descansar es porque no tiene consciencia de su enfermedad y su trabajo".
> El terapeuta ocupacional respira hondo y responde: "Bueno, pero no va a seguir el objetivo".
> En tono de molestia la psicóloga responde: "Pero es nuestra pega intensionarlo".
> El terapeuta ocupacional dice: "Sí, pero lamentablemente no tenemos tiempo para hacer un trabajo de integración de objetivos"
> La psicóloga abre los ojos con indignación: "Todos tenemos la misma carga. Juan tiene 22 horas y lo hace, María 22 horas y lo hace ¿cuál es la diferencia contigo?".
> El trabajador social busca disminuir la tensión y dice: "Es importante que esta estructura él se la lleve y eso le permita mantener abstinencia".
> El terapeuta ocupacional cierra la discusión en un tono reflexivo: "Carlos se acostumbró a lo vicarial, no a lo reflexivo", dejando entrever que el fracaso en torno a la abstinencia no tiene que ver con la falta de planes u objetivos, sino, todo lo contrario, con la falta de autonomía y pensamiento propio. [Cuaderno de campo, 24 de octubre de 2017.]

Esta tensión se ubica en la construcción permanente de una frontera tecnológica en el campo del tratamiento de adicciones. El grupo de psicólogos del centro de tratamiento busca permanentemente anclar nuevos procesos técnicos en las salidas de fines de semana, las reuniones que desarrollan los usuarios entre ellos y las propias subjetividades de los usuarios. La idea de que los usuarios se encuentran "rumiando" permite al equipo terapéutico comenzar a indagar en los distintos planos de sus vidas para encontrar en cuál de ellos se ubica algún interés, práctica o perspectiva contraria al tratamiento.[2] Bajo la perspectiva dominante del equipo técnico, los usuarios rumean cuando expresan malestar, disminuyen su motivación, discuten los objetivos o muestran desinterés, todo lo cual activa

2 El *Diccionario de la Real Academia Española* define el verbo "rumiar" de la siguiente forma: 1. Masticar por segunda vez, volviéndolo a la boca, el alimento que ya estuvo en el depósito que a este efecto tienen algunos animales, 2. Considerar despacio y pensar con reflexión y madurez algo, y 3. Rezongar, refunfuñar.

intentos de llevar el tratamiento a nuevos campos relacionales, valorativos, motivacionales o prácticos de los usuarios.

> *Rumiar es como decir que yo me estoy mentalizando en lo que los demás quieren que yo haga, y en decir lo que los demás quieren escuchar, pero no lo que a mí me convence.*
> *(¿Es como manipular?)*
> *Claro, es la manipulación. Piensan cosas y nos dicen a nosotros lo que nosotros queremos escuchar…*
> *(Ah, perfecto)*
> […] *pero la intención de ellos es simplemente hacer tiempo acá.* [Entrevista a paramédico.]

Por otro lado, el concepto de *contrato oculto* también construye una frontera técnica, esta vez ubicada en las interacciones que sostiene el usuario con su entorno social. Bajo la perspectiva sociotécnica, el contrato oculto busca anular alianzas entre usuarios o incluso con actores del equipo técnico, que tengan por efecto la relativización o el debilitamiento de alguna instrucción, objetivo o énfasis propuesto por el centro de tratamiento. En este sentido, el contrato oculto opera como discurso de interesamiento, en el sentido de ubicarse precisamente en las grietas de la red sociotécnica, evitando que las conversaciones o interacciones entre los distintos actores del centro comprometan la estabilidad de la tecnología.

> El encargado de la unidad femenina retoma la palabra y le explica a Karina el funcionamiento del centro: "Aquí hay, ahora, nueve internas. Hay un grupo grande de profesionales y terapias todos los días. Se hace cargo de un oficio. Esto no es hotel. Tienes comida, agua caliente y se levantan a las 7. Es un grupo estable, pero no exento de problemas. Aquí siempre hay contratos ocultos". Karina entiende el tono del encargado y responde: "yo vengo a mejorarme, no a hacer amigas". [Cuaderno de campo, 12 de diciembre de 2017.]

Estas fronteras son especialmente relevantes para observar la reedición de racionalidades pasadas o desplazadas por la red sociotécnica vigente. En el caso de los contratos ocultos, la manera en que el equipo logra extender la frontera tecnológica declarada en su programa técnico es devolverle a la comunidad de

usuarios la capacidad de entrometerse, denunciar y confrontar a sus compañeros. La comunidad ocupa el concepto de *amor responsable* para desarrollar estas acciones que reeditan la lógica confrontacional de las comunidades terapéuticas clásicas.

> *Así se ejerce el amor responsable. Diciéndole las cosas como son. No podemos nosotros, si un compañero nos dice: "Sabes que tengo ganas de irme, me siento preparado, me siento listo, siento que ya soy capaz", nosotros tenemos el deber de decirle al compañero: "¿Sabes qué? Estás mal, estás mal, porque el proceso no se ha terminado, te estás engañando, tal vez viene un consumo, hay personas que se han ido en la misma etapa que estás tú, y en este momento están recaídos, están mal, están mal afuera"* […]
> *(¿Siempre el amor responsable coincide con lo que el equipo terapéutico le propone al usuario?)*
> *Sí, coincide, porque ese objetivo lo pone primeramente el terapeuta, ellos lo imponieron acá. Se relaciona bastante con eso. La diferencia, yo creo que puede haber, es que nosotros, los usuarios, tenemos la vivencia, nosotros somos hermanos del dolor, somos como hermanos del dolor, porque todos hemos sufrido, todos hemos pasado cosas. Acá situaciones de hambre, de necesidad, de calle, delincuencia, violencia en las casas, de parte de los papás, papás presos, papás traficantes, entonces nosotros tenemos la vivencia, la experiencia como para decirle a un compañero: "¿Sabes qué? Nosotros vivimos esto, nosotros pasamos esto, esto es real, esto pasa y esto no pasa".* [Entrevista a usuario].

Por otro lado, la idea de control y producción de incomodidades para evitar que los usuarios rumeen reedita una lógica carcelaria y punitiva. De hecho, es usual que el equipo use el concepto de interno cuando expone las reglas del centro a las personas que ingresan, y desarrolle acciones de reubicación e inspección sorpresa del centro. Esto último se desarrolla bajo el concepto de *terremoto*, cuya consecuencia en algunos usuarios es la remembranza angustiosa de experiencias carcelarias. El control sobre las llamadas o visitas de familiares o amigos que distraen a los usuarios (aislamiento) opera bajo la misma racionalidad carcelaria posibilitada o reeditada en estas fronteras tecnológicas, es decir, en estos espacios de interés que, si bien no se declaran espacios físicos o simbólicos de incumbencia de la tecnología, se mantienen vigentes en su operatoria cotidiana.

> […] *"Es que me falta esto, es que me gustaría que estuvieras acá trabajando, que estés conmigo, que te echo de menos", puuu, y una tracalá de cuestiones. Entonces [las familias] le trabajan la mente al muchacho, y ahí empieza el paciente a rumiar.* [Entrevista a paramédico.]

> […] *Cuando se hizo un terremoto, el cambio de pieza, revisión de casillero, para ver el orden.*
> *(¿Cada cuanto se hace eso?)*
> *Es relativo. No se sabe cuándo.*
> *(¿Un par de veces al año?)*
> *Podría ser un par de veces al año, dependiendo de cómo está el ambiente en la comunidad. Si la comunidad está con mucho conflicto, mucha disyuntiva entre los usuarios, mucha complicación entre ellos mismos, se hace cambio de pieza, cosa de ordenar quien puede estar con quien en la pieza. Separar a los que tienen conflictos.* [Entrevista a paramédico.]

> *Todos tienen cigarros escondidos.*
> *(¿Por eso se hacen terremotos?)*
> *Sipo, pa que aparezcan. Yo también tengo escondidos, pero no me los encuentran* [risas]. *Ellos saben que fumamos más de ocho cigarros diarios, entonces entre que nos promuevan esto de seguir haciendo las cosas a escondidas, mejor que muestren sus cigarros para no andar haciendo cosas escondidos como si anduviéramos haciendo algo malo, porque al final vai a sentir que estai haciendo algo negativo. Fúmate tus cigarros tranquilo y no andis como delincuente.* [Entrevista a usuario.]

La idea de no normar las salidas de fines de semana constituyó una de las luchas que se desarrollaron en las reuniones del equipo entre la psicóloga y el terapeuta ocupacional del equipo, cuyos impactos se relacionan directamente con el programa y el campo de objetos del centro. El "Plan de salida" constituye uno de los instrumentos que busca enrolar e inscribir en la red sociotécnica del centro todo el campo discursivo, relacional y objetual en el que se desarrolla el usuario durante sus salidas de fin de semana.

Desde la perspectiva del terapeuta ocupacional, estas inscripciones constituyen ejercicios de sujeción que imposibilitan un cambio efectivo hacia la adquisición de libertades y autonomías. La emergencia de estos mecanismos modulares, blandos

y personalizados de control (Deleuze, 1990), tales como aquellos que se relacionan con estrategias terapéuticas de autocuidado o autocontrol monitoreado, tensiona fuertemente la red sociotécnica hacia una racionalidad policial que tiende a quebrar las dimensiones sociales y habilitantes de la tecnología que sostienen otros actores del centro.

La forma de usar el deporte como recurso terapéutico también disputa entre el bienestar subjetivo y la necesidad de gestionar las convivencias de los modelos tradicionales de comunidad terapéutica. En el caso de los medicamentos, nos encontramos con solapamientos entre una racionalidad biomédica centrada en la enfermedad y una racionalidad de control comunitario que salvaguarda los imperativos de convivencia de las comunidades terapéuticas clásicas.

> [...] *Hacemos una extra deportiva. Cosa de mantenerlos ocupados y cansados, cosa que llega la hora del medicamento, se toman el medicamento más el cansancio y ¡puf! y se van a acostar solitos.* [Entrevista a paramédico.]

> *Si una persona hace un ejercicio pensando "Voy a fatigar a esta persona. Al extremo de la fatiga. Hágame veinte lagartijas, veinte abdominales, después me sube y me baja el cerro, sin tomar agua". Es probable que algunos de estos centros que están bloqueados se bloqueen más.* [Entrevista a terapeuta ocupacional.]

> *A veces ¿qué es lo que uno tiende a hacer?, es usar el medicamento como una camisa de fuerza química, podríamos ponerlo, como para tenerlos tranquilos, muy contenidos.*
> *(¿Se usa así?)*
> *Un poco sipo, porque uno le da mucho ácido valproico para bajar los niveles de agresividad.* [...] *Entonces uno da los medicamentos en función de si tiene depresión, o si tiene un trastorno de personalidad límite o una personalidad difícil de manejar uno le da antipsicóticos de segunda generación, o estabilizadores del ánimo porque los contienen más, para evitar las disrupciones, los conflictos, que son otra fuente de altas. Un conflicto, una pelea, ahí puede surgir un alta. Si una persona está dando jugo permanentemente, ahí viene un alta. Entonces uno lo orienta así ¿cómo lo hago para que esta esté más tranquila? Desde lo médico.* [Entrevista a médico.]

Las tensiones entre la moral y la gestión

Otra hibridez fundamental del tratamiento se relaciona con los factores religiosos. Philippe Bourgois y Laurie Hart (2010) señalan que la racionalidad biomédica desplaza a un conjunto de saberes y técnicas muy arraigas en el campo del tratamiento de consumos problemáticos de drogas, vinculados a creencias morales y religiosas que definían las adicciones como pecados o signos de debilidad moral. Esta traducción, cuya premisa central es la supuesta eliminación de los estigmas morales que sufren los usuarios de drogas, estabiliza las creencias y técnicas propias de la medicina en el campo de las adicciones, configura nuevas modalidades técnicas en el campo farmacéutico, como son las clínicas de metadona o el posicionamiento regular de los psiquiatras en los equipos técnicos, y posiciona de manera dominante a estos actores en la investigación, formación y administración de los centros de tratamiento (Bourgois y Hart, 2010).

Tanto en la cotidianidad del centro como en las sesiones de discusión técnica, la religión es un tema de discusión recurrente. En ocasiones, el equipo se muestra completamente contrario al uso de argumentos religiosos, sin embargo, en la medida en que se abren espacios de profundización en torno al programa, los actores se muestran más abiertos al uso de algunos recursos de este tipo. Ahora bien, esta apertura suele operar bajo un marco de traducción que redefine los contenidos religiosos utilizando conceptos y técnicas propias de la psicología.

> Al terminar la entrevista con Matías le pido ocupar el PC de la oficina. Al ocuparlo, cierro por error el reproductor de música. Le pido disculpas y me dice: "No, tranquilo, si pongo música cristiana porque me tranquiliza". Le pregunto si es cristiano. "Sí, pero yo no hablo de eso con los internos, a menos que ellos me pregunten. Si no después pueden andar diciéndole a Israel [jefe del centro]. 'Nahh, si el Matías anda puro hablando de Cristo y de Dios' y eso no estaría bien". [Cuaderno de campo, 28 de octubre de 2017.]
>
> Psicólogo dice: "Los psicólogos tienen que saber hacer su pega, basarse en conocimiento científico, sino el trabajo aquí se llena de otras cuestiones religiosas, qué sé yo". [Cuaderno de campo, 13 de octubre de 2017.]
>
> *Creer que todo esto que estás viviendo se va a compensar en otro lugar. Se genera una suerte de aceptación que te permite avanzar. No es aceptar desde*

la resignación, eso es más vacío. La aceptación es hacer algo.
(¿Funciona más como un colchón entonces?)
Claro, como un colchón. Desde ese punto de vista la espiritualidad es un soporte importante. [Entrevista a psicóloga.]

Un punto interesante de estas traducciones religiosas que se incorporan al programa bajo la idea de espiritualidad o soporte se relaciona con la incorporación progresiva del budismo en la perspectiva psicoterapéutica. Si bien las técnicas corporales siempre han tenido un lugar relevante en el tratamiento de consumos problemáticos —de hecho una de las primeras comunidades terapéuticas en Chile (CT Colina) utilizaba el yoga cuando dicha práctica era completamente desconocida para el resto de la población—, las traducciones que es posible observar en la discusión específica que desarrolla este equipo técnico ubican los contenidos religiosos en espacios más amplios y controvertidos, que incluso entran en conflicto con los mecanismos de monitoreo institucional de las políticas públicas.

Psicólogo: "Salió un nuevo modelo de prevención de recaídas con énfasis en el *mindfullness*, que toma lo de Marlat pero lo mezcla con meditación. El *mindfullness* toma el budismo, pero lo sistematiza a la gringa, ocho sesiones". [Cuaderno de campo, 8 de enero de 2018.]

Lo más contemporáneo con limítrofes, que es la mayoría acá, que es lo de la Marsha Linehan, una psicóloga estadounidense, cognitivo conductual. Estructuró un modelo para limítrofes y es el que tiene más evidencia, así que se está ocupando en todas las clínicas privadas, se llama DBT, en inglés es Dialectic Behavioral Therapy, terapia conductual dialéctica. Es un modelo cognitivo conductual, vale decir, bien esquematizado, didáctico, que los pensamientos, tipo de creencia, eso que te lleva a cierta emoción, a cierta conducta, con experimentos conductuales, etc. Pero con una mezcla con budismo zen, que tiene que ver con la aceptación de sí mismo. [Entrevista a psicólogo.]

El gestor de calidad sigue leyendo y se encuentra con un párrafo del programa que la psicóloga estaba construyendo en la última sesión. "¿Quién es Linehan?", pregunta el gestor. La psicóloga responde:

> "Es una entre varios autores del marco intersubjetivo relacional. Ella, específicamente, es DBT". Yo no comprendo a qué se refiere, y los demás participantes de la reunión tampoco parecen estar familiarizados con estos conceptos. El gestor de calidad responde: "Tiene que observar también nuestras definiciones institucionales. Quizás no ahora, pero es necesario integrar enfoques. Desarrollando una mirada propia. Tomar los distintos autores y tener algo propio". Psicóloga responde desafiante: "Lo hacemos al revés, ¿qué hacemos acá?, y luego vamos tomando autores". [Cuaderno de campo, 31 de octubre de 2017.]

Aunque el enfoque biomédico traduce exitosamente los malestares, padecimientos y abordajes de las adicciones, opacando el peso de las comprensiones y las intervenciones cercanas a las comunidades religiosas que lideraron en gran medida las primeras experiencias de comunidad terapéutica en Chile, la lógica del tratamiento basado en religión cuenta con una serie de características que pueden dialogar, o bien dialogan subterráneamente, con el tratamiento de las adicciones. Una de estas características se relaciona con los objetivos del tratamiento. A diferencia de los dispositivos religiosos de tratamiento, que ofrecían una cura completa e instantánea al problema de las adicciones, el modelo biomédico instala la idea de cronicidad, incluso para aquellos usuarios que logran sostener los resultados de abstinencia propuestos por el tratamiento. La idea de cronicidad se asocia con una redefinición de la recaída como un fenómeno esperable, y no como una constatación del fracaso del modelo de tratamiento, lo que permite recuantificar los logros en un escenario que muestra escasos resultados de abstinencia (Bourgois y Hart, 2010). En ocasiones, la intención de liberarse de este diagnóstico crónico motiva acercamientos al tratamiento basado en religión.

> Durante la dinámica organizada en el taller familiar, el usuario dice: "Yo dibujé un demonio. Este demonio se fue". Luego arruga el papel, lo rompe y lo bota en el basurero. Se nota en su rostro la persistencia de una sensación de incomodidad. Mete su pie al basurero y continúa pisando el dibujo. [Cuaderno de campo, 30 de noviembre de 2017.]

Por otro lado, los tratamientos religiosos ofrecen al usuario una pertenencia comunitaria que permite reconstruir el sentido de la vida y el valor propio sobre la base de una colectividad concreta y fuerte. Si bien el modelo biopsicosocial,

en su dimensión psicosocial, busca permanentemente elaborar nuevos valores, sentidos y competencias de vida, las técnicas y los saberes del diario vivir que se articulan en torno a una comunidad religiosa muestran ser mucho más fuertes que los valores de autoayuda y responsabilidades personales que se privilegian en el campo biomédico (Bourgois y Hart, 2010), o incluso de los valores comunitarios que remiten a colectividades inespecíficas. En este sentido, las comunidades religiosas tradicionales de tratamiento no se uniforman en torno a una solución espiritual o doctrinaria, sino que se anclan en racionalidades que las anteceden y que conectan a los usuarios con necesidades de pertenencia comunitaria.

> *(¿Volviste a la iglesia?)*
> *Sí, a la mormona ahora [risas].*
> *(¿Cómo llegaste a los mormones?)*
> *Mi suegra es mormona. Silvana es mormona. [...] Ahora que tomé el rol de padre, de cambio que estoy teniendo, el apoyar a mis hijos que no conozcan el mundo que conocí yo, la mejor opción es la iglesia*. [Entrevista a usuario.]

Por lo anterior, no es extraño constatar en los centros de tratamiento, y especialmente en las comunidades terapéuticas, cuyo origen se relaciona precisamente con este tipo de tecnología, la mantención de estas racionalidades religiosas, aunque hayan sido desplazadas a canales de comunicación y prácticas subterráneas. Como señalan Bourgois y Hart (2010), los consumos problemáticos se relacionan en gran medida con la búsqueda de un orden y dirección cotidiana, cuya expresión es el aislamiento y la fijación de necesidades y búsquedas específicas que no se dejan permear por otro tipo de intereses ambientales, culturales, relacionales o incluso fisiológicos. En este sentido, la racionalidad religiosa orienta al sujeto en sus quehaceres cotidianos y lo ancla a una red de sentido comunitario, generando capacidades de recuperación desde la reterritorialización (Protevi, 2009), traducida en sentido de pertenencia, participación e inclusión social (Duff, 2014).

> *(¿Tiene alguna cabida lo religioso?)*
> *Acá no se impone una religión. En la ficha de ingreso se pregunta si practica alguna religión.*
> *(¿Qué relevancia tiene?)*
> *Saber desde qué marco espiritual o religioso se para el usuario. Por ejemplo,*

> *saber cómo esa religión la podemos tomar para que se convierta en un factor protector. Si practica una religión quizás podemos tomar eso para lo ayude el día de mañana. Leer la biblia, rezar en la noche.*
> *(¿No se generan grupos?)*
> *Pocas veces, usuarios evangélicos, cuatro o cinco y ahí puede que se junten un poco más. Una vez también vino un pastor los días sábados y todos los que querían participar iban.* [Entrevista a asistente social.]

Como señala Cameron Duff (2014), la relación entre recuperación e inclusión social tiene que ver con la apertura de los ensamblajes de salud mental a una mayor diversidad de afectos, relaciones y eventos. Esta idea dialoga con la perspectiva sociológica de Simmel (2002), y en general con la sociología de redes, que entiende la extensión y el solapamiento de redes sociales como fenómenos que complejizan y enriquecen las experiencias sociales y las condiciones de bienestar (Granovetter, 1983). Las limitaciones a esta interpretación compleja de la inclusión social se expresan en la mantención de esta dimensión en un nivel ajeno e inconexo junto con las prácticas propiamente médicas (Mol y Berg, 1998), desatendiendo la manera en que dichas prácticas se transforman cuando se modifican las características de los ambientes y las formas de inclusión social. En este plano, la inclusión social constituye un cambio en los territorios de ensamblaje, en los contextos donde se trazan las características específicas de la recuperación, que permiten o restringen la emergencia de diversas formas o racionalidades del tratamiento, lo que supone la incorporación o exclusión de distintas entidades humanas y no humanas.

> *Siento que lo espiritual va a incidir a favor, o constructivamente en el proceso de rehabilitación.*
> *(¿En qué sentido?)*
> *Te da esperanza. Hay algunas terapias que trabajan con eso, como alcohólicos anónimos.*
> *(Se hacen en la iglesia a veces)*
> *Se hacen en la iglesia, aunque no sé si alcohólicos anónimos tenga que ver netamente con el tema de la iglesia, porque se presta para eso.*
> *(Por su rol comunitario)*
> *Claro. Yo lo digo porque todo lo que yo he aprendido en la formación me dice eso. No tanto porque yo tenga una visión espiritual, porque claro, yo como*

> *sujeto soy creyente, pero yo no lo veo desde ahí. Lo veo desde lo que yo aprendí, en las partes de formación en las que yo estuve, siempre me lo plantearon así, que es importante, y es tan importante que las aseguradoras norteamericanas, durante un tiempo, indicaron que, si el plan de tratamiento no incluía lo espiritual en el tema de drogas, ellos rechazaban.* [Entrevista a médico.]

Ahora bien, Bourgois y Hart (2010) problematizan el lugar de la racionalidad religiosa en el tratamiento como una exclusión, y no como un problema de heterogeneidad. La conjetura del presente capítulo es que si bien los procesos de traducción y desplazamiento operan sobre la lógica de una hegemonización —es decir, el posicionamiento dominante en una red de entidades mediante una redefinición de los intereses y cursos de acción de cada una de ellas—, dicho posicionamiento depende de un ejercicio de contrastación permanente y la mantención de una heterogeneidad interna que ancla la tecnología en diversas prácticas y sentidos. En esta línea, la traducción siempre sería un ejercicio de transformación parcial, en el sentido de que incorpora permanentemente los referentes simbólicos y materiales que antagoniza y utiliza para construir los nuevos conceptos y cursos de acción.

Managerialismo y construcción unívoca de la experiencia de tratamiento

El antagonismo que se produce entre las lógicas biomédicas del tratamiento y las racionalidades colectivistas que operan de manera cada vez más solapada en las comunidades terapéuticas, con fuertes anclajes religiosos, laborales o comunitarios, se relaciona con la fuerza que adquieren los códigos y las técnicas de la gestión empresarial en el campo social y sanitario. En la medida en que las terapias se orientan a la gestión de relaciones, gestión familiar, gestión de emociones, gestión de la cotidianidad, gestión de uno mismo, etc., se instala la necesidad de conducir el proceso de recuperación bajo una mirada cuantificadora que demanda resultados estadísticos y comparables del proceso técnico. Esto supone la configuración progresiva de normas y parámetros de eficacia (Castro, 2013) que subordinan los sentidos subjetivos y culturales divergentes que se encuentran en los espacios de salud, y más aún en entorno a un fenómeno histórico y complejo como son los consumos problemáticos de drogas (Bourgois y Hart, 2010).

La producción de estos parámetros sostiene la vigencia de la racionalidad managerial, para lo cual es fundamental la producción permanente de instrumentos

estandarizados de medición en el nivel de diagnóstico (fundamentalmente la cuantificación del compromiso biopsicosocial), procesos (etapas, duraciones, prestaciones, etc.), evaluación de resultados o logros terapéuticos, sistemas de información centralizada (SISTRAT),[3] producción de orientaciones técnicas que refuerzan la estandarización del fenómeno (*CIE-10* y *DSM-V*), y la incorporación de nuevas entidades fiscalizadoras y asesoras que refuerzan un tránsito hacia esta racionalidad de gestión. En el caso de SENDA, esta figura se denomina *gestor de calidad*.

Estas definiciones y materialidades, provenientes de la administración empresarial, uniforman las trayectorias de malestar, padecimiento y recuperación, y ofrecen formas de identificación altamente obturadas que presentan escasas posibilidades de posicionamiento y apropiación de una trayectoria de cambios individualizados (Castro, 2013). La racionalidad managerial emerge fundamentalmente en los procesos de estandarización o protocolización que responden a intereses administrativos y burocráticos, sin embargo, tienen un fuerte impacto en la manera en que los propios usuarios se relacionan con su cuerpo, su mente, sus emociones y relaciones.

En la medida en que se homogeneiza y estandariza un esquema de enfermedad y padecimiento, los usuarios toman estas definiciones y técnicas para relacionarse consigo mismos, generando lo que Ian Hacking (2005) denomina *looping effect*, es decir, cambios subjetivos en función de la relación que se establece con los procesos de diagnóstico y etiquetamiento. Así como la descripción institucionalizada del sujeto toxicómano a principios del siglo XX retroalimenta una definición del consumo problemático marcada por la soledad, la pasividad, la pérdida de dignidad, las ideas persecutorias o la dependencia en distintos niveles de funcionamiento, los estándares manageriales ofrecen nuevas definiciones que orientan al usuario en la asunción de una enfermedad bien definida que puede ser tratada mediante una serie de gestiones personales, relacionales, laborales y familiares.

La idea de gestión de los recursos disponibles en un proceso de recuperación (familiares, terapéuticos, farmacológicos, relacionales, emocionales, etc.) se refuerza con la incorporación progresiva del lenguaje de capitales. El capital

3 SISTRAT es la sigla del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento, desarrollado por SENDA. Es un sistema de monitoreo en línea que los centros de tratamiento utilizan para registrar información sobre los procesos y resultados de tratamiento de las personas atendidas.

de recuperación *(recovery capital*) intenta delinear el proceso de recuperación como el uso estratégico de recursos disponibles. Por otro lado, la instalación de nuevas concepciones de la recuperación orientadas hacia la integración social, la valorización comunitaria y la intervención en contextos naturales es redefinida desde el managerialismo como la creación y movilización de capital social, lo que fortalece las operatorias técnicas que buscan cuantificar y uniformar las trayectorias de recuperación (Castro, 2013).

Armar el Frankenstein

> *Del programa del 2007 hasta ahora algo ha mejorado, pero yo lo leí en extenso cuando llegué. Me costó mucho leerlo. Ahí es cuando mi amigo usa el término Frankenstein.*
> *(¿El de acá del femenino?)*
> *Y el otro igual. Aquí hay una supremacía de algo conductual y también lo que postula mi amigo en la línea más integrativa, humanista, con algunos condimentos. Pero lo modular es conductismo, duro. Al verlo escrito te das cuenta de que fueron ensambles, que no necesariamente había una comunión en eso, en el sentido de integrar lo que trae cada terapeuta. Entonces cuesta mucho hacer algo en la práctica si no está ahí descrito, como algo que sea nuestra línea, nuestra biblia, nuestro Corán.* [Entrevista a terapeuta ocupacional.]

El programa tiene un estatus fundamental en el desarrollo del tratamiento, puesto que materializa enfoques, decisiones, gestiones y, fundamentalmente, relaciones de poder. El programa deja estático durante un periodo de tiempo el resultado de una disputa y, como tal, deja ver en su cuerpo trazos discontinuos, intentos de traducción, interrupciones en la reflexión, y éticas o marcos teóricos incompletos que no logran tocar sus premisas fundamentales. El programa enuncia perspectivas que no logran tomar consistencia y operan más bien como gestos desprovistos de un arraigo real en el sentido que buscan originalmente los actantes que los impulsan. De esto se deriva una falta de identidad u orfandad característica de la figura literaria de Frankenstein. El programa entendido como Frankenstein no rechaza los discursos que propone la red sociotécnica, sino que los integra de forma tal que puedan ser traducidos bajo un paradigma sociotécnico específico y dominante de la red, lo que supone acotar sus agencias específicas a

un plano marginal. Esta marginalidad, si bien mantiene en vigilia la estabilidad de la tecnología, en la medida en que se trata de un acuerdo frágil entre perspectivas permanentemente disconformes, permite durante un periodo acotado de tiempo su representación y desplazamiento legítimo.

> *Hay un modelo* [familiar] *que está chapoteando en el agua. No sé cómo llamarlo, no se le ha dado un nombre. Consiste en que tomamos el Frankenstein, distintas formas de pensar, cosas que resultaron antes, alguna universidad que investigó. Un pegote po.* [...] *Nosotros decimos que la familia es super importante, está escrito en el programa, todos hablan hasta por los codos de eso, como si tuvieran una enorme fuente de recursos en la familia, y resulta que poco trabajamos con la familia. Una actividad.* [Entrevista a terapeuta ocupacional.]

La disconformidad emerge en la constatación de que aquello enunciado en el programa no tiene consistencia real, y opera como una integración fallida, un "pegote", es decir, algo que se trató de incorporar al cuerpo del programa, pero que amenaza con caerse en cualquier minuto. La traducción seduce, en algunos casos, y obliga, en otros, a los actantes a alinearse detrás de este ejercicio heterogéneo e híbrido, sin embargo, los representantes de cada parte presente en el cuerpo del programa denuncian prontamente una traición.

El problema es que el ensamblaje sociotécnico no se somete definitivamente a los actantes que dominan la red y prontamente esta materialidad adquiere agencia propia. El programa comienza a demandar de la red de actantes una serie de gestiones burocráticas asociadas a aquellos elementos integrados de forma desorganizada e incoherente, lo que supone una alta carga de trabajo para el equipo técnico, una desazón ritualista en el trabajo cotidiano y la imposición de una serie de dificultades prácticas en la gestión del centro de tratamiento. En este sentido, la figura de Frankenstein denuncia la pérdida de control sobre una tecnología que adquiere valores propios y amenaza con controlar espacios relevantes para el equipo técnico, debido a una presunta premura o falta de prolijidad en el ejercicio de ensamblaje.

> *Si el equipo no tiene estructura cómo le vas a dar estructura a ellas* [se refiere a una situación ocurrida en el taller familiar, días antes de navidad, en la cual el equipo entregó instrucciones contradictorias sobre la posibilidad de

> salir del centro para estar con sus familias. En un principio, defendiendo el programa, dijeron que nadie podía salir, pero ante el llanto de algunas usuarias, el equipo comenzó, sobre la marcha, a proponer criterios para decidir quién salía, lo cual fue fuertemente rechazado por las usuarias]. *Es que no hay coherencia en cómo se toman las decisiones. No vas a entender cómo se toman las decisiones. Por eso se arman problemas, porque obviamente las chiquillas se van a defender "¿por qué a ella sí y a mí no?". De hecho, el programa no tenía ni visión ni misión. Es un copy paste de otras cosas, pero mal copiados, ni siquiera citado, copiado. Entonces el final es un Frankenstein.* [Entrevista a técnico en rehabilitación.]

Ante la desazón del equipo frente al programa y su agencia en la cotidianidad del centro, cabe preguntarnos si es posible ensamblar de buena manera un instrumento de estas características. Las situaciones y los diálogos observados dan cuenta de un ejercicio de traducción que asocia múltiples racionalidades históricas vinculadas al mundo de las drogas (religión, comunidad, psicología, medicina, confronto, deporte, trabajo, etc.) en un mismo nivel de materialidades manageriales, que imponen textos y esquemas discursivos rígidos asociados a un imperativo cuantificador y evaluador. En este sentido, el encuentro de estas racionalidades históricas en un mismo y único cuerpo de inscripciones deriva en exclusiones obligadas y acoplamientos fallidos.

Ahora bien, esto no significa que las racionalidades históricas del tratamiento dejen de operar por su exclusión o integración precaria en el programa, sino que se mantienen permanentemente marcando microlibertades o microrresistencias (De Certeau, 1999 [1979]) y habilitando el cambio tecnológico en función de las correlaciones de fuerza que se generan entre los actores que se encuentran en el ejercicio de traducción y representación. Tal como señala John Law (2003), las tecnologías no operan "a pesar" de la convivencia entre distintas formas de orden o racionalidades técnicas, sino, por el contrario, gracias a dichas forma de multiplicidad, en tanto las formas de organización unívocas o puras resultan impracticables debido a su incapacidad de gestionar diferencias radicales.

Esto es fácilmente rastreable en los centros de tratamiento, en cuyas formas de organización conviven lógicas médicas, psicoterapéuticas, ocupacionales, religiosas, deportivas, comunitarias, educacionales, penitenciarias, entre otras, todas las cuales se alinean con objetivos contingentes que varían entre la abstinencia, la calidad de vida, la integración, el bienestar familiar, la reeducación,

la seguridad pública o la sostenibilidad autorreferente del modelo comunitarista. En este sentido, el programa, denostado como un Frankenstein, constituye un ejercicio de unificación necesariamente fracasado para brindar viabilidad a la tecnología de tratamiento, a pesar de la frustración que supone para los distintos miembros del equipo observar fenómenos de traducción, apropiación y desplazamiento de las definiciones y metodologías que cada uno de ellos busca posicionar favorablemente en las materialidades que conducen el centro de tratamiento.

La obturación y opacidad de las tecnologías (Ugarte, 2018), cuyas premisas esenciales son precisamente el ocultamiento de esta construcción histórica de sus componentes, mantienen vigente una idea de linealidad, homogeneidad, integración y estabilidad de las tecnologías que frustra a los equipos técnicos. Frente al equipo técnico, este ideal de homogeneidad contenido en un programa se presenta de manera deforme, alienada y amenazante. En este sentido, la pretensión de naturalizar las relaciones de poder contenidas en los objetos del tratamiento de consumos problemáticos (espacios físicos, manuales, programas, estadísticas, seminarios, etc.) imposibilita una comprensión profunda acerca de los procesos de traducción que derivan en ensamblajes siempre contingentes y frágiles. La posibilidad de contactar la multiplicidad y heterogeneidad de las tecnologías de tratamiento, mediante un diálogo híbrido (Callon *et al.,* 2009) entre los equipos técnicos y la ciudadanía en general, constituye un ideal humanizador y democratizante de las tecnologías que evita todas las abominaciones proyectadas en la figura de Frankenstein.

Referencias bibliográficas

APUD, Ismael y ROMANÍ, Oriol (2016). "La encrucijada de la adicción: Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia". *Health and Addictions,* vol. 16, nº 2, pp. 115-125.

BECERRA, Mauricio (2009). *De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872-1954.* (Tesis de grado inédita). Valparaíso: PUCV.

_____ (2013). "Ruina, degeneración y contagio: Toxicomanía y peligrosidad social en Chile". *Sociedad hoy,* nº 25, pp. 162-145.

BLOOR, David (1995 [1976]). *Conocimiento e imaginario social.* Barcelona: Gedisa.

BOURGOIS, Philippe y HART, Laurie (2010). "Science, Religion and the Challenges of Substance Abuse Treatment". *Substance Use & Misuse,* n° 45, pp. 2400-2395.

CALLON, Michel (1986). "Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay", en: Law, John (ed.). *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* Londres: Routledge, pp. 196-223.

CALLON, Michel, LASCOUMES, Pierre, BARTHE, Yannick (2009). *Acting in an Uncertain World: An Essay on Technical Democracy*. Cambridge: The MIT Press..

CASTRO, Ximena (2013). "Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental". *Revista CS,* n° 11, pp. 114-73.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago (2010). *Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre.

DE CERTEAU, Michel (1999 [1979]). *La invención de lo cotidiano*. México, DF: Universidad Iberoamericana.

DELEUZE, Gilles (1990). "Post-scriptum sobre las sociedades del control", en: *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos.

DRECKMANN, Adriana (1996). "La respuesta del sistema de salud público a la problemática de la droga". *Cuadernos Médico Sociales,* vol. 37, n° 3, pp. 37-43.

DUFF, Cameron (2014). *Assemblages of Health: Deleuze's Empiricism and the Ethology of Life*. Australia: Springer.

ENGELHARDT, H. Tristram y CAPLAN, Arthur (1987). *Scientific Controversies: Case Studies in the Resolution and Closure of Disputes in Science and Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.

EPELE, María (2013). "El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica 'políticamente correcta'". *Cuadernos de Antropología Social,* n° 38, pp. 31-7.

FERNÁNDEZ, Marcos (2008). "Las puntas de un mismo lazo: Discursos y representación social del bebedor inmoderado en Chile, 1870-1930", en: AAVV, *Alcohol y trabajo: El alcohol y la formación de las identidades laborales, Chile Siglo XIX y XX*. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos, pp. 91-120.

_____ (2009). "Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito a la prohibición en Chile. 1920-1960". *Historia Crítica,* n° 39, pp. 83-62.

_____ (2013). "Boticas y toxicómanos: Origen y reglamentación del control de drogas en Chile (1900-1940)". *Revista Atenea,* n° 508, pp. 89-73.

GIDDENS, Anthony (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.

GIERE, Ronald (1987). "Controversies Involving Science and Technology: A Theoretical Perspective", en: Engelhardt, H. Tristram y Caplan, Arthur (eds.), *Scientific Controversies: Case Studies in the Resolution and Closure of Disputes in Science and Technology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 125-150.

GRANOVETTER, Mark (1983). "The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited". *Sociological Theory,* n° 1, pp. 233-201.

HACKING, Ian (2005). "The looping effect of human kinds", en: Sperber, Dan y Premack, David (eds.), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*. Oxford: Oxford University Press, pp. 351-383.

LABARCA, Mariana (2008). "Alcoholismo y cambio social: un programa de Salud Mental Comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973)", en: Zarate, María Soledad (comp.), *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, pp. 229-284.

LATOUR, Bruno (1985). "Visualisation and Cognition: Drawing Things Together". *Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture and Present,* n° 6, pp. 40-1.

_____ (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

LAW, John (2003). *Ordering and Obduracy*. Lancaster: Centre for Science Studies, Lancaster University. Disponible en: http://www.lancaster.ac.uk/fass/resources/sociology-online-papers/papers/law-ordering-and-obduracy.pdf. Fecha de consulta, 8/10/2019.

_____ (2004). *Matter-ing: Or How Might STS Contribute?* Lancaster: Centre for Science Studies, Lancaster University.

LAW, John y SILVERTON, Vicky (2014). "ANT, multiplicity and policy". *Critical Policy Studies,* vol. 4, n° 8, pp. 379-396.

MENDIVE, Susana (2004). "Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena". *Psykhe,* vol. 13, n° 2, pp. 187-199.

MOL, Annemarie y BERG, Marc (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Carolina del Norte: Duke University Press.

MUÑOZ, Remigio (1996). "Comunidades terapéuticas (C.T.)". *Cuadernos Médicos Sociales,* vol. 37, n° 3, pp. 24-36.

PIPER, Isabel (2008). "La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos". *Revista de Psicología,* vol. 17, n° 2, pp. 39-58.

PROTEVI, John (2009). *Political Affect: Connecting the Social and the Somatic*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

RAMOS-ZINCKE, Claudio (2014). "Datos y relatos de la ciencia social como componentes de la producción de realidad social". *Convergencia Revista de Ciencias Sociales,* vol. 21, n° 66, pp. 151-177.

SIMMEL, Georg (2002). *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

SISTO, Vicente y Zelaya, Víctor (2013). "La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local". *Universitas Psychologica,* vol. 12, n° 4, pp. 1345-1354.

SHORE, Cris y WRIGHT, Susan (2005). *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. Londres: Taylor & Francis e-Library.

SOTO, Carmen (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas*. Tesis de magíster. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

TIRADO, Francisco Javier y DOMÈNECH, Miquel (2005). "Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red". *Revista de Antropología Iberoamericana*. Electrónica, número especial.

UGARTE, Francisco Javier (2018). "Opacidad e hibridación de las tecnologías de tratamiento de drogodependencias en chile". *Revista do Departamento de Ciências Sociais – PUC Minas,* n° 1, pp. 61-44.

Palabras que hacen ver: (dis) funcionalidad, ciencias naturales y adaptación en las psicoterapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina

Romina Del Monaco

Introducción

El desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales en Argentina es relativamente reciente. A diferencia de otros países de América Latina en los cuales estas psicoterapias han tenido mayor presencia en las últimas décadas, en nuestro país su inserción ha sido progresiva y más lenta. El enfoque cognitivo-conductual comenzó a desarrollarse a principios de los años ochenta (Korman, 2011), sin embargo, en los últimos años adquirió mayor protagonismo, especialmente en Buenos Aires. Dicha expansión no se puede escindir de transformaciones sociales y económicas que acontecen y modifican no solo los ritmos para desarrollar actividades (laborales, vinculares, educativas, etc.), sino también las formas de abordar y actuar ante la aparición de malestares que interrumpen y alteran los modos de vida actuales. A pesar de que en nuestro país los inicios de las psicoterapias cognitivo-conductuales se remontan a la década de 1980, durante varios años este abordaje ocupó un lugar marginal tanto en lo que refiere a la educación y formación universitaria como en clínicas y hospitales públicos. Se trata de terapéuticas que buscan diferenciarse sustancialmente de otros abordajes con fuerte tradición y dominancia en nuestro país como el psicoanálisis.

En el campo psi argentino, hay estudios sobre estas terapias que historizan su desarrollo en este país y describen las características de sus modos de diagnosticar y tratar (Keegan, 2007 y 2012; Korman, Viotti y Garay, 2010 y 2011; Fernández Álvarez, 2008). En cambio, desde las ciencias sociales, existen investigaciones que exploran otras tecnologías terapéuticas. A modo de ejemplo, se han encontrado investigaciones de relevancia que historizan y problematizan el lugar de la psicología y el psicoanálisis (Vezzetti, 1996, Galende, 1997; Visacovsky, 2002 y 2008;

Dagfal, 2009; Plotkin, 2003 y 2013) y el estudio y la relación entre psicoanálisis y pobreza (Epele, 2016 y 2017). Estas investigaciones permiten generar un marco conceptual de las tradiciones psi en nuestro país para problematizar el contexto en el que se inserta el abordaje cognitivo-conductual y sus interlocutores dentro de este campo.

Incluidas dentro de la categoría de terapias breves, este abordaje destaca que se trata de una perspectiva que resuelve problemas en periodos acotados de tiempo a partir de plantear objetivos concretos que intervienen y dificultan desarrollar distintas tareas en la cotidianeidad. Desde sus inicios, son terapias que buscan seguir los criterios de investigación y producción de conocimiento científico teniendo como modelo, específicamente, a la biomedicina. De hecho, incluidas en el dominio de las "psicologías basadas en la evidencia", estas terapias desarrollan conocimientos siguiendo los protocolos que proponen las comunidades científicas adaptados para la intervención.

En este sentido, el objetivo de este capítulo es analizar las categorías, teorías y explicaciones de genealogía provenientes de las ciencias naturales como una de las técnicas propias de estas psicoterapias para intervenir en los procesos terapéuticos y explicar experiencias de la vida cotidiana. Estas intervenciones tienen como fin evaluar y orientar los comportamientos de los/as pacientes desde una óptica basada en el conocimiento científico que tiende a naturalizar y objetivar sus experiencias obturando los espacios de producción de esos malestares.

El protagonismo de esta herramienta se enmarca en un contexto en el cual determinados lenguajes y saberes, como el conocimiento científico, gozan de una relevancia y hegemonía por sobre otros modos de saber, conocer y actuar. Desde la perspectiva de los/as profesionales cognitivo-conductuales, hay nociones como *adaptación, especie, extinción, biología,* entre otras, que forman parte de las explicaciones y los modos de evaluar comportamientos. Más aún, indagar sobre estas herramientas terapéuticas de intervención permite explorar las dinámicas de saber/poder que intervienen y definen a algunos saberes como científicos, racionales y objetivos. Es decir, posibilita problematizar cuáles son las consecuencias de apelar a un lenguaje, supuestamente neutral, que aísla las experiencias de sus contextos, ya que pasan a ser estudiadas como objetos ahistóricos, dejando de lado las múltiples variables asociadas con clases, géneros, geografías que intervienen en los modos de vida.

Partiendo de los objetivos planteados, en el primer apartado se desarrolla una breve historización del surgimiento de estas psicoterapias, que se centra en

cómo, desde sus inicios, sus presupuestos epistemológicos están vinculados con la búsqueda de imitar modelos biomédicos y de realizar investigación científica. La relevancia de este conocimiento se traslada a los modos de tratar y, en este sentido, en el segundo apartado se analizan las analogías que los/as profesionales realizan entre nociones que provienen del campo de las ciencias naturales con experiencias de la vida cotidiana. Focalizando en el caso del "atracón", se describen y analizan cómo se dan esas triangulaciones con otros saberes expertos basados en explicaciones racionales durante los tratamientos. Este ejemplo visualiza y permite examinar dos cuestiones. En primer lugar, qué sucede con las experiencias de los sujetos al categorizar determinados procesos como "disfuncionales", apelando a nociones biológicas, y, en segundo lugar, explorar los supuestos de los que se parte para pensar al sujeto como individuo racional que "falla" porque desconoce cierta información. Dicho análisis permite indagar y estudiar desde un abordaje social las implicancias de ciertos mecanismos que apelan a saberes expertos para intervenir terapéuticamente.

Metodología

La perspectiva teórico-metodológica del estudio se inscribe en el dominio de las ciencias sociales y la antropología de la salud, siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. Este abordaje se articula con trabajos provenientes de los estudios sociales de las ciencias. Se realizaron entrevistas a profesionales —psicólogos/as— que trabajan desde la perspectiva cognitivo-conductual con el fin de explorar e indagar sobre algunas nociones centrales de esta disciplina. En el trabajo de campo, se tuvieron en cuenta algunos de los siguientes aspectos para el posterior análisis: genealogías, fundamentos teóricos, epistemológicos y modos de producción de diagnósticos, particularidades de los tratamientos (temporalidad y duración), relación entre profesionales/pacientes, modelos de eficacia, concepción de sujeto que padece de acuerdo a los profesionales psi, entre otras cosas. En particular para la elaboración de este artículo, se analizó, en las narrativas de los/as entrevistados/as, el lugar dado a las categorías biológicas como herramientas para intervenir terapéuticamente y su relación con lógicas de poder y saber implícitas en los campos de intervención en procesos de salud y atención.

Se realizaron veinte entrevistas a través de la técnica de bola de nieve a profesionales (mujeres y varones, en el rango etario de 33 a 75 años) con diferentes trayectorias, experiencias y antigüedad en el campo cognitivo-conductual que estuvieran ejerciendo desde este abordaje en el Área Metropolitana de Buenos

Aires (AMBA) durante el periodo octubre de 2016-abril de 2018. La decisión de acotar la población de estudio al AMBA se debe a que en dicha área geográfica se encuentra la mayor cantidad de instituciones sobre terapias cognitivo-conductuales. Las entrevistas se realizaron en consultorios e instituciones privadas (salvo en un caso que se entrevistó a una residente de psicología en un hospital público).

Resguardos éticos: esta investigación se adecúa a los criterios de confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de los/as participantes, así como también de resguardar su identidad. Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética de una institución.

Buscar la objetividad: inicios y desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales

En el nivel mundial, el abordaje cognitivo-conductual surge y se desarrolla en un contexto de transformaciones económicas, políticas, sociales y tecnológicas promediando el siglo XX. En nuestro país, sus inicios se remontan a la década de 1980 a partir de la creación de institutos privados, grupos de discusión, congresos y jornadas. Sin embargo, recién en los años noventa y principios de los años 2000 se observa una mayor presencia, institucionalización y difusión de estas terapéuticas (Korman, Viotti y Garay, 2010). De acuerdo a la perspectiva de los/as profesionales, las nuevas condiciones de vida asociadas a cambios en los ritmos y a las mayores exigencias para realizar distintas tareas en la cotidianeidad hacen que los/as pacientes recurran a terapias que destacan, como parte de sus presupuestos, la posibilidad de encontrar respuestas rápidas y eficaces ante estos nuevos modos de vida. De hecho, a partir de las entrevistas realizadas e investigaciones desde el campo psi que describen el surgimiento de estas psicoterapias, es posible visualizar una articulación entre el auge de estas y las características del contexto histórico-político de la década de 1990.

Distintos estudios señalan esta década como un momento de profundos cambios sociales y económicos que derivaron en una fuerte crisis a comienzos del año 2001. Esta situación se vio acompañada de, entre otras cosas, altos niveles de desempleo y pobreza, protestas sociales seguidas de represión estatal y descrédito de los representantes políticos (Visacovsky, 2012). Estas transformaciones repercuten en los distintos sectores sociales de manera específica modificando los

modos de vida. En algunos casos, intervienen en el (no) acceso a determinados bienes y consumos mientras que, en otros, a esa situación se le suman empleos temporales o, directamente, desocupación.

Esta profundización de procesos neoliberales genera incertidumbre en distintos sectores de la población y visibiliza la aparición (o mayor presencia) de una serie de malestares que se asocian con la necesidad de cumplir con distintas demandas en situaciones de alta competencia, inestabilidad/precariedad laboral. Estas circunstancias crean las condiciones para que adquieran mayor visibilidad distintas psicoterapias que ponen el acento en resolver problemas "concretos" en periodos breves de tiempo. Hablar de objetivos o problemas concretos implica, desde esta perspectiva, apelar a cuestiones más ancladas en la experiencia cotidiana. En algunos casos, se habla de experiencias que se asocian a estados emocionales y dificultades para conseguir determinados objetivos laborales o personales que, en general, pasan a ser diagnosticadas desde el campo cognitivo-conductual de diferentes formas (trastornos de ansiedad, depresivos, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, etc.), que se encuentran categorizadas en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV)*. De todas formas, interesa resaltar que la expansión de estas terapéuticas se orienta, en su mayoría, a sectores socioeconómicos medios y medios altos ya que, en general, son psicoterapias que se encuentran en instituciones/consultorios dentro del ámbito privado de salud.

En el norte global, los inicios de estas terapias se remontan a la década de 1960 en Estados Unidos y se relacionan con la búsqueda de abordajes alternativos al psicoanálisis y a las terapias comportamentales (predominantes en ese momento) para abordar malestares que estaban en aumento —y continúan hasta hoy— como la depresión y ansiedad. A su vez, su surgimiento no se puede escindir de transformaciones en distintas áreas de conocimiento que acontecían a mitad del siglo XX.

El desarrollo de estas psicoterapias en Estados Unidos se da en paralelo a los estudios de la cognición, de las primeras computadoras y las analogías de estas con la mente (Keegan, 2007; Korman, 2011) que intervinieron en el despegue y la conformación de este abordaje psi. Los desarrollos de estas disciplinas planteaban un tipo de sujeto universal y tenían como objetivo decodificar las características de sus conductas a partir de conocer los esquemas de pensamiento que intervenían en ellas (restando importancia a ciertos hechos como la influencia de distintos contextos socioeconómicos) (Gardner, 2011). Inevitablemente, estos abordajes influyen en los inicios de estas psicoterapias, siendo uno de los elementos más

destacables el protagonismo de la investigación que sigue el método científico y realiza proyectos en laboratorios que investiguen y que, en palabras de uno de los entrevistados, "tengan un comienzo y un final para obtener resultados".

De a poco, estas psicoterapias se constituyen en un campo autónomo denominándose una *psicología basada en la evidencia*, donde las intervenciones clínicas se producen en paralelo con el desarrollo de investigaciones en laboratorios que tienen por objetivo sustentar esta práctica terapéutica en estudios científicos. Es decir, apelar a lo empírico refiere al sentido de generar conocimiento de intervención bajo los protocolos que proponen las comunidades científicas, esto es, fundamentalmente, con marco teórico, hipótesis, metodología y capacidad de replicación-validación entre pares.

La hegemonía del conocimiento científico va a permear el desarrollo de estas psicoterapias tanto en sus presupuestos epistemológicos como luego, durante los procesos terapéuticos. En este trabajo interesa, específicamente, analizar cuáles son las implicancias y qué lugar ocupan estos saberes expertos externos al campo psi como técnicas de intervención que evalúan experiencias de la vida cotidiana que son categorizadas como "problemas".

Modos bio/psi de ver el mundo

Dentro del campo psi hay diversas corrientes y modos de abordar malestares y sufrimientos. Los distintos marcos de inteligibilidad están atravesados por lenguajes, nociones y teorías que le dan forma y particularidad a cada perspectiva. Hablar de marcos de inteligibilidad a partir de los cuales se piensan procesos de padecimientos incluye, también, los modos que estas perspectivas tienen de nombrar y dar forma a sus presupuestos teóricos. Es decir, el empleo de determinadas categorías no es azaroso y desde los distintos abordajes terapéuticos se apela al tratamiento de experiencias categorizadas como malestares de distintas maneras.

La hegemonía de algunas corrientes psi hacen, incluso, que cierta terminología "experta" se traduzca a distintos ámbitos de la vida cotidiana y del sentido común. Las terapias cognitivo-conductuales tienen una serie de especificidades que las convierten en un abordaje particular y novedoso que busca diferenciarse sustancialmente de otras perspectivas con tradición y dominancia en nuestro país como el psicoanálisis.

Distintos estudios desde las ciencias sociales analizan la hegemonía psicoanalítica en Argentina a lo largo del siglo XX documentando la flexibilidad

que estas psicoterapias han demostrado en modelar —y ser modeladas— por diversos modos de sentir y dar sentido a experiencias subjetivas y sociales en las clases y élites medias y urbanas (Epele, 2016). Más aún, tanto desde lo académico como desde la clínica, el psicoanálisis ocupa un lugar protagónico y se enseña como la perspectiva predominante en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas de salud (Plotkin y Visacovsky, 2007). Nociones como *deseo, fallido, síntoma* son recurrentes en el campo psicoanalítico y logran permear distintos espacios de la vida cotidiana. Pero si bien el psicoanálisis continúa conservando su preeminencia dentro del campo psi argentino, como se mencionó en el apartado anterior, durante la década de 1990 se registra un avance de otras terapias breves como la cognitivo-conductual (Plotkin, 2003; Visacosvky, 2002). De a poco, este otro abordaje psi cuestiona saberes y perspectivas con fuerte tradición, y funda instituciones y jornadas de discusión en centros urbanos como Buenos Aires con la visita de referentes cognitivo-conductuales provenientes de otros países, especialmente Estados Unidos e Inglaterra.

El lugar que, en estas psicoterapias, ocupan disciplinas como la biomedicina y las ciencias naturales se traduce, también, en los modos de nombrar y de intervenir terapéuticamente. En estos casos, la búsqueda de imitar y seguir los presupuestos del modelo biomédico se asocia con entender la biomedicina como sinónimo de objetividad, donde los conocimientos producidos acerca del cuerpo y sus formas de manejarlo en procesos de salud y enfermedad están situados en el dominio de la naturaleza "objetiva" (Lock y Nguye, 2010: 34). En las narrativas, se señala de manera recurrente que "acá se realiza investigación", "nos basamos en los datos", entre otras cosas. De acuerdo con Foucault, los conocimientos no son una facultad permanente, sino que se trata de acontecimientos que incluyen una definición de los objetos de estudio, elaboración de conceptos, criterios de legitimidad y diferenciación con otras disciplinas. Lo mismo sucede con la verdad como categoría histórica que permite regir el mundo a partir de leyes que aparecen como visibles, mensurables y constatables (Foucault, 2014).

En este sentido, los modelos de saber y verdad hegemónicos en las sociedades occidentales contemporáneas están mediados por un tipo de conocimiento científico que busca universalizar y generalizar resultados, y este esquema es el que retoman las psicoterapias cognitivo-conductuales. Siguiendo a Rose, estos "regímenes de verdad" que se esconden detrás de estos lenguajes garantizan determinadas prácticas, procedimientos y modos de intervención (Rose, 2012). De esta forma, por momentos esta perspectiva deja de lado que estas producciones

teóricas y científicas están situadas espacial y temporalmente y, en consecuencia, que los sujetos tampoco pueden ser entendidos como entidades objetivas y universales.

> *Una de las cosas que diferencia a las TCC… de otros movimientos es que busca siempre apoyo empírico tanto de la eficacia de los tratamientos como… busca apoyo empírico de las teorías de base… o si querés de la ciencia básica que… de alguna manera sustenta el tratamiento. En el primer momento la eficacia se evaluaba tomando el modelo de la medicina. Bueno…, la verdad que se ha publicado una cantidad estratosférica de estudios sobre distintos tipos de tratamientos para TCC, para distintas cogniciones.* [Psicólogo cognitivo conductual]

> *Vos tenés que publicarlo entonces tienen que tener el formato… de… una publicación médica científica normal… hacer investigación. Tenés que tener así como el concepto… de que tenés conducta normal… Cuando yo digo que esta persona tiene ansiedad…, es porque tiene qué cosa distinta a lo que tendría que tener. Y ahí sí… te vas basando en lo científico, pero desde donde siempre te basás en lo científico, es decir, en un parámetro normal. Hay una norma.* [Psicóloga cognitiva-conductual]

Las referencias a una idea de *naturaleza objetiva*, de *mandato biológico*, de *adaptación al medio natural* aparecen como elementos recurrentes en los/as terapeutas entrevistados/as. Entonces, frente a otros lenguajes predominantes en el campo psi argentino (como el psicoanálisis), se suman otros modos de nombrar, de hacer referencia y de pensar procesos de malestares y sufrimientos. Apelar a la evidencia y a teorías comprobadas empíricamente como herramientas para intervenir durante los tratamientos hace que estos lenguajes comiencen a permear, también, distintos ámbitos del sentido común de capas de racionalidad y objetividad, edificando un tipo de saber que goza de una serie de privilegios asociados con la objetividad y neutralidad científica.

Siguiendo a Haraway, el debate científico es una lucha por el lenguaje para anunciar lo que adquirirá valor de conocimiento público y, entonces, los conocimientos basados en la ciencia acerca de las distintas especies son también parte de procesos históricos determinados (Haraway, 1991). Sin embargo, este lugar dado a la ciencia aparece, en muchos casos, como un lugar que preexiste a los

conocimientos producidos por otras disciplinas, un lugar anterior asociado con un tipo de saber racional que permite pensar procesos más allá de determinados condicionamientos culturales, sociales, económicos. En este sentido, y justamente a partir de los ejemplos dados por los/as terapeutas, se explora cómo el empleo de ciertas categorías para explicar experiencias cotidianas tiende a descontextualizar dichos comportamientos y a dejar de lado los contextos de producción de esos conocimientos. Entender las corporalidades situadas contextualmente implica tener en cuenta que la biología es un tipo de saber experto al que estas psicoterapias recurren como técnica para explicar corporalidades y que dichas explicaciones producen un tipo de validez centrada en la cientificidad de esos discursos. De algún modo, se parte del supuesto del sujeto de racionalidad económica (Good, 1994) que piensa y actúa racionalmente y que, en caso de no actuar de ese modo, es porque hay información que desconoce o le falta. Esta premisa que surge de recopilar y analizar las entrevistas de varios/as profesionales entrevistados/as muestra un tipo de sujeto en estas terapias pensado como individuo autónomo y racional que actúa en función de la *información correcta* basada en la ciencia empírica.

El estudio de estas psicoterapias desde un abordaje que se encuadra en los estudios sociales del campo psi muestra, entonces, que los modos de nombrar y las teorías que intervienen al momento de realizar tratamientos constituyen técnicas que invisibilizan otros procesos que intervienen en los malestares ubicando las explicaciones en un campo externo que se supone objetivo. De esta forma, las experiencias calificadas de *funcionales, disfuncionales, adaptativas* o no están atravesadas por diferentes cuestiones que adquieren un sentido a partir del lenguaje y de la puesta en palabras de dichas experiencias. Más aún, hay normas sociales de producción corporal que se encuentran geolocalizadas y que incluyen violencias que atraviesan y que intervienen en los modos de sentir pensar/actuar (Contrera y Cuello, 2016). Ante este escenario donde un tipo de conocimiento basado en el método científico se extiende y busca explicar cada vez más esferas de la vida cotidiana, surgen preguntas como: ¿nos vinculamos racionalmente con otros? ¿Actuamos como individuos que eligen las mejores opciones a partir de contar con información validada empíricamente? ¿Qué lugar ocupan las exigencias en las sociedades neoliberales actuales en torno a, por ejemplo, los esquemas hegemónicos de belleza al momento de comportarnos funcionalmente? Teniendo en cuenta lo analizado hasta el momento, en el próximo apartado interesa pensar este tipo de tecnología de intervención a partir de un ejemplo que dan algunos/as profesionales para explicar el empleo de estas categorías científicas: el atracón.

Atracones disfuncionales: conocer, funcionar y adaptarse

> *Entonces los pacientes hay cosas que no saben, por ejemplo… una chica que tiene bulimia no sabe normalmente que los mamíferos están diseñados para morfar todo lo que encuentran en su camino cuando tenés mucho hambre… porque parten del principio que no hay supermercado, sino que la comida es escasa. Entonces que si vos te matás de hambre… tu cuerpo no piensa que es porque estás haciendo dieta porque querés ponerte un traje de baño exótico, sino piensa que no hay comida. Contra eso no podés… porque ese es el repertorio de los mamíferos, los perros… a todo el mundo le pasa el mismo… Entonces la chica cree que fracasa por fuerza de voluntad y fracasan porque no están diseñadas para hacer eso, el cuerpo está diseñado para… Digamos, si vos hacés una dieta híper estricta… atracarse… que se da en el 90% y pico de la gente… y hay más o menos un 0,4 que logra evitar los atracones…, pero son una rareza. Entonces vos le explicás eso al paciente, le explicás que está yendo contra el diseño… digamos, de la especie… entonces no tiene muchas chances de ganar. Entonces vos lo que le modificás es la atribución acerca de por qué fracasa.* [Psicólogo cognitivo-conductual]

"Darse un atracón" o la imposibilidad de cumplir con dietas estrictas aparecen como casos empleados por algunos/as de los/as entrevistados/as para explicar comportamientos disfuncionales de los/as pacientes en la vida cotidiana. El análisis de este relato visibiliza que, por un lado, se parte del atracón como una práctica que solo se realiza ante dietas estrictas o por pasar periodos prolongados sin comer. En segundo lugar, que "hay un diseño" que excede las experiencias particulares de los sujetos con la alimentación (atravesadas por clases, géneros, etc.). Es decir, comer se vuelve un acto meramente biológico del cuerpo para "adaptarse y mantenerse con vida" propio de las distintas especies. Consecuentemente, se pueden realizar analogías entre ellas dejando de lado no solo entre qué especies se está comparando, sino también los contextos en los que se enmarcan las experiencias alimenticias, la producción de alimentos y de esquemas de belleza hegemónicos, entre otras cosas. Antes de continuar, interesa resaltar que no es objetivo de este trabajo analizar los motivos por los que se producen los atracones, sino explorar y analizar qué sucede y cuáles son las implicancias de emplear un lenguaje que proviene de las ciencias naturales para explicar las experiencias que los/as pacientes tienen con la alimentación.

Siguiendo este ejemplo, la relación de las especies con la comida se retrotrae a miles de años y tiene que ver con una cuestión de diseño. Entonces, hacer dietas estrictas tiene como consecuencia comportamientos disfuncionales como los atracones porque, por más que las condiciones se hayan modificado, ante la falta de alimentación hay algo que va más allá del sujeto y que tiene que ver con considerar a su cuerpo como una entidad biológica universal que responde a un diseño predeterminado. Entonces, siguiendo con el caso presentado por el profesional, "los mamíferos están diseñados para morfar todo lo que encuentran en su camino cuando tenés mucho hambre… porque parten del principio que no hay supermercado, sino que la comida es escasa […] entonces vos le explicas que está yendo contra el diseño de la especie… no tiene muchas chances de ganar". Esta comparación deja poco lugar para otras opciones ya que existiría un diseño corporal que preexiste no solo a los sujetos sino que incorpora a otras especies que se comparan con los seres humanos.

> *Funcionales o disfuncionales. Mirá… funcional en general tiene que ver… en general es más o menos lo mismo de adaptativo y funcional. Lo que pasa que en tu campo adaptativo suena mal. Pero… tienen que pensarlos en términos biológicos eso. Funcional quiere decir… o adaptativo quiere decir… que vos podés ejecutar libremente una función para la cual estás preparado. Entonces, por ejemplo, si yo puedo caminar, entonces… y digamos, yo puedo caminar y tengo agorafobia, entonces ya no me animo a caminar hasta ciertos lugares o en ciertos lugares. Entonces yo estoy inhibiendo una función para la que estoy preparado. En ese sentido… no con que es deseable que la persona vaya al shopping o la sociedad de consumo lo convierta en un consumidor en ese sentido… Es… que compre lo que quiera y si no quiere comprar nada, que no compre, ¿entendés?, pero es adaptativo caminar por donde uno quiere.* [Psicólogo cognitivo-conductual]

En palabras de un entrevistado: "Se trata de trabajar en términos de funcional, disfuncional… adaptativo, desadaptativo… que es algo que ha entrado un poco en desuso pero está piola tenerlo en cuenta cuando las creencias atentan contra funciones biológicas". Esta noción de "funcionalidad" refiere, desde este abordaje psi, a "la posibilidad de ejecutar una acción para la que se está preparado". Por ejemplo, "si alguien puede caminar pero no lo hace porque tiene agorafobia y no se anima a caminar hasta ciertos lugares está inhibiendo una función para la que está

preparado y no es funcional". Más aún, otra entrevistada agrega que "trastorno es cuando empezás a perder funcionalidad, o sea, si a vos te gusta peinarte ocho veces a la mañana siempre del mismo modo pero no tenés problema en el trabajo, tenés una vida afectiva normal, etc… yo no te puedo decir que dejes de peinarte de esa manera". La funcionalidad aparece, entonces, como un eje central que guía el abordaje cognitivo-conductual, ya que los comportamientos se dividen entre aquellos cuya funcionalidad permite adaptarse al medio de otros que no lo son, traban conductas y generan malestar.

> *Mirá, los modelos incluyen… suponete, esto que yo te digo de los mamíferos y el hambrearse… eso no tienen nada que ver con la psicología, eso es un problema de diseño. Entonces una de las ideas básica es que nosotros somos seres… digamos, como todas las especies, entran en la evolución y hay un montón de las cosas que hacemos y que nos pasan y todo eso, tienen lógica dentro de la evolución, no es porque sí.* [Psicólogo cognitivo conductual]

La búsqueda de objetividad y de proximidad de estas psicoterapias con las ciencias naturales, en especial con la biomedicina, tiene que ver con que desde estos saberes expertos se insiste en que los cuerpos pueden ser medidos como entidades estandarizadas a lo largo del mundo. Es decir, las leyes de la biología no necesitan buscar particularidades locales (Lock y Nguye, 2010: 56) y, consecuentemente, se pueden volver un parámetro o estándar para pensar distintos malestares y sufrimientos. Focalizando en el ejemplo concreto de los atracones, contextualizar los cuerpos dentro de biologías locales implica tener en cuenta la imposibilidad no solo de pensar las corporalidades como un universal más allá de los espacios geográficos contemporáneos (Lock, 2010), sino también, y sobre todo, la imposibilidad de comparar o realizar analogías entre especies. Al comparar a los seres humanos con los mamíferos se objetiva, individualiza y biologiza la experiencia buscando adaptar determinados comportamientos al medio como si este medio fuera algo externo e inmutable, así como también se deja de lado que los conocimientos están situados en contextos históricos, políticos, económicos, de género que intervienen en la realización de determinados comportamientos que son simbolizados y transmitidos a través del lenguaje. De hecho, hay una relación dialéctica entre experiencia y lenguaje dado que hay experiencias que llevan al lenguaje, pero también el lenguaje es el que les da forma a esas experiencias (Turner y Bruner, 1986). Siguiendo a Haraway, el lenguaje es

la herramienta de la autoconstrucción humana que nos distingue de los animales y nos conduce a nombrar cosas, forzar significados, crear oposiciones y a dar forma así a la cultura humana. Es decir, el lenguaje no es inocente (Haraway, 1991: 133). Entonces, reducir el cuerpo al ámbito de lo biológico que puede ser comparado con otras especies, de algún modo, reduce al sujeto a la categoría de objeto que puede ser evaluado a partir de esquemas y teorías aplicables a otras especies en otros momentos históricos.

> *Hubo muchas veces que se hablaba de creencias adaptativas, desadaptativas… Adaptativo, desadaptativo tiene como una raigambre biológica, ¿viste? En la terminología… Porque es… bueno, te permite que… adaptarte al medio o no. Bueno… se utiliza a veces para un… o creo que tiene más sentido en el campo de algunas circunstancias. Porque no hay que entenderlo como adaptativo al medio en sentido de… bueno, hay que adaptarse sí o sí a… las normativas sociales vigentes. Sino que a veces… hace referencia… a la adaptación o no a determinados mandatos biológicos. ¿Qué se entiende? Me toca explicar más. Por ejemplo, en algunos trastornos alimentarios… la creencia: "Estoy gorda". Una chica con anorexia que mide 1,70 y pesa… 30 kilos. Uno puede decir: ¿es disfuncional? Bueno, dentro de sus objetivos vitales está el ser más delgada. Entonces si uno siguiera ese valor, bueno… vamos a ver cómo hacemos para que adelgace más. Pero uno ahí entra en juego lo adaptativo. ¿Lo adaptativo en qué? Una de las… determinantes biológicas de cualquier ser vivo es mantener la vida.* [Psicólogo cognitivo-conductual]

Asociar los atracones con prácticas que se realizan por desconocer el "funcionamiento de la especie" ignora que los comportamientos en torno a las dietas estrictas y a pasar periodos prolongados sin comer no se pueden escindir de contextos determinados centrados en la obsesión por la delgadez, patrones hegemónicos de belleza, corporalidades más o menos aceptadas y el rechazo a la gordura como cuestiones diarias en los medios de comunicación y en distintos espacios de la cotidianeidad. Siguiendo a Contrera, en los discursos dominantes, la gordura aparece como una tara del cuerpo y una falta de autocontrol asociada con cierto fracaso social. Por eso, comer es tanto un hecho social como político donde la industria de la alimentación es, también, la industria de la dieta (Contrera, 2016: 28).

Estos procesos están enmarcados en sociedades neoliberales que producen, controlan y regulan subjetividades interviniendo y disciplinando determinados cuerpos y resaltando otros. Entonces, la búsqueda de adaptación y funcionalidad a dichas exigencias va más allá de los presupuestos biológicos de la especie. El carácter relacional e intersubjetivo se plantea como necesario de tener en cuenta y es aparentemente dejado de lado en este tipo de intervenciones psicoterapéuticas.

La percepción social de la gordura y su calificación negativa no pueden quedar reducidas a un problema personal e íntimo. Las policías de los cuerpos y las tecnologías eugenésicas de normativización de estos están atravesadas por saberes científicos dominantes y, por eso, lo gordo existe en un contexto y experiencia que requiere pensar el carácter relacional y complejo de estos procesos (Contrera, 2016: 32). De esta forma, apelar a categorías científicas omite múltiples procesos que intervienen en las experiencias personales en relación con otros y en las búsquedas de aceptación y de reconocimiento atravesadas por sensaciones, vivencias y malestares cotidianos que producen, legitiman y sancionan unas prácticas sobre otras.

Lo dicen los datos, es evidente, es científico: modos de ver

> *Lo que tratamos es que el paciente mire qué dicen los datos. Ver qué dicen los datos… para ver qué conclusión podés sacar. Entonces uno de los modelos explicativos es ese, decir bueno… la idea es que nosotros les enseñamos a los pacientes es… a no apegarse a sus pensamientos, les enseñamos a… hacer defusión cognitiva. En general cuando a vos te dicen algo que está equivocado y vos te das cuenta de que está equivocado… no es que la idea desaparece, es que ya no te la creés más. Si vos creés que yo te apunto con un revólver… y vos de repente ves que es un encendedor… ¿y cómo hacés para mantener el miedo? Aunque quieras, no te sale. Entonces… muchas veces vos lo que hacés es quitarle como credibilidad al pensamiento que angustia al paciente y aumentar la credibilidad en la cabeza del paciente… le explicás una alternativa.* [Psicólogo cognitivo-conductual]

"Ver los datos", "mostrarte qué dice el funcionamiento de la especie", "hablar de probabilidades", entre otras, se convierten en frases recurrentes empleadas al momento de intervenir terapéuticamente ante experiencias que generan malestar o que son catalogadas como disfuncionales. Entonces, "si vos creés que

te apunto con un revólver y de repente ves que es un encendedor, ¿cómo hacés para mantener el miedo?". Las palabras de este terapeuta lo que ponen en juego es la confrontación de una creencia —errónea— con la evidencia empírica y concreta de lo que está sucediendo. Un encendedor no es un revólver, visibilizar este aspecto durante el tratamiento —supuestamente— destruye el pensamiento anterior y esa visibilidad se da a través de información que, como en una caja de herramientas, estas psicoterapias retoman de otros saberes externos. En estos casos, se recurre a conocimientos externos al campo psi, donde la evidencia aparece como sinónimo de certeza que permite funcionar como parámetro para evaluar eventos y experiencias problematizadas desde el campo psi. Este análisis muestra una lógica racional desde la cual funcionan estas psicoterapias en las que se explican las creencias como herramientas que contienen información que nos permite "funcionar" en la vida cotidiana (Del Monaco, 2019). A su vez, esta diferenciación instala la clásica distinción epistemológica entre ciencia y creencia, dejando de lado la naturaleza propiamente social de cualquier producción intelectual (Visacovsky, 2009).

Como dice un profesional: "Le explicás eso al paciente, le explicás que está yendo contra el diseño… digamos, de la especie… entonces no tiene muchas chances de ganar". Las comparaciones con mamíferos no solo asocian determinados comportamientos a los seres humanos, sino que también lo hacen con el reino animal. En su estudio ¿Qué dirían los animales… si les hiciéramos las preguntas correctas?, Vinciane Despret retoma la cuestión de las comparaciones entre seres humanos y animales para resaltar la hegemonía que tiene el laboratorio como espacio de producción de conocimiento para algunas disciplinas como las ciencias cognitivas. La autora resalta que, en algunos casos, los científicos le atribuyen determinados mundos de sentido que pertenecen a la óptica del investigador a otras especies y, de la misma manera, hacen este procedimiento retomando teorías de los animales para entender comportamientos de los seres humanos. Entonces, estos experimentos no pueden pretender que comparan lo que comparan de la manera en que lo hacen, porque no miden lo mismo (Despret, 2018: 20).

En el ejemplo de los atracones, las explicaciones sobre el funcionamiento de la especie desde épocas remotas cuando los mamíferos dejaban de comer por periodos prolongados de tiempo actuarían como un argumento racional para intervenir terapéuticamente. Sin embargo, en esta operación lo que no se explican son los motivos por los cuales en la actualidad se pasan periodos prolongados sin comer o, incluso, por qué comiendo regularmente hay experiencias de comer compulsivas que son catalogadas como "atracones".

En algunos casos, evaluar los comportamientos desde otros saberes y teorías que focalizan en el cuerpo como algo biológico y universal deja de lado las experiencias locales de los sujetos. En cambio, se convierten en explicaciones donde predomina un determinismo que obtura no solo los procesos que intervienen en los atracones, sino que además separa las experiencias subjetivas de una dimensión corporal objetiva y universal que puede ser comparada y evaluada a lo largo del tiempo entre distintas especies. Ante este proceso, la pregunta que surge es ¿qué sucede con los sentidos dados al comer, a los parámetros de belleza, a las exigencias a la delgadez en las sociedades actuales como sinónimo no solo de cuerpos hegemónicos y bellos sino también saludables y preocupados por sí mismos?

> *El otro día hablaba con una paciente que tenía miedo de atragantarse y morir asfixiada y yo le preguntaba cómo lo iba hacer… y tuve que explicarle que la tráquea y el esófago son dos tubos distintos, y además uno es de musculatura lisa y el otro no. Entonces… la pregunta que yo le hacía era otra… Vos, suponete que vos realmente te querés atragantar, ¿cómo lo lográs?, porque no es tan fácil. No, claro, te tiene que andar mal algo, digamos, o tenés que tener mucha mala suerte… Si te funciona el reflejo deglutorio es medio difícil que te atragantes, sino nos hubieramos extinguido hace rato. Entonces, esto es un ejemplo de una creencia…* [Psicólogo cognitivo-conductual]

El análisis de la perspectiva de los/as profesionales entrevistados/as visualiza un empleo recurrente de nociones como *extinguirse, funcionamiento de la especie, determinante biológico de cualquier ser vivo es mantener la vida, el cuerpo está diseñado,* entre otras. Se trata de formas de emplear el lenguaje que se eligen por sobre otras y este predominio de lo biológico busca explicar determinados comportamientos, pero también tienden a universalizar y generalizar prácticas basándose en saberes que van más allá del contexto en el que se produce dicha "disfuncionalidad".

Asimismo, este análisis permite mostrar que este tipo de lenguaje incluye un modo de ver, estudiar e intervenir sobre el mundo y sobre procesos de malestares donde se piensa en un tipo de sujeto particular. Es decir, se está frente a un individuo que a partir de contar con la información "correcta" puede modificar prácticas y convertir lo disfuncional en adaptativo y funcional a las exigencias de las sociedades actuales. Esta forma de pensar al sujeto no se puede escindir

de contextos neoliberales que intensifican procesos de subjetivación centrados en la construcción de un yo individual (Murillo, 2013). Es decir, el sujeto como "empresa de sí" (Rose, 2012) se vuelve "gestor" y responsable de su malestar cuyo diagnóstico se centra en explorar pensamientos, comportamientos, emociones que están dificultando ser responsables y actuar racionalmente. Siguiendo a una profesional: "Esta terapia le pone mucho foco al pensamiento, entonces el cognitivo dice: si yo le cambio el pensamiento a la gente, yo le cambio la conducta y le cambio todo, le genero el bienestar". Es decir, la enfermedad, malestar o padecimiento irrumpe en estos casos por carecer de determinados conocimientos o información para prevenirlo.

Las referencias a "mantenerse con vida desde lo biológico" como búsqueda de adaptación y funcionalidad dejan de lado que, muchas veces, en contextos sociales mediados por cuestiones simbólicas, culturales, económicas, la supervivencia está atravesada por otros patrones que exceden el campo de las ciencias naturales. Es decir, la racionalidad de las prácticas (suponiendo que las explicaciones sobre "el hambrearse y el diseño de la especie" sean racionales) no son suficientes para las múltiples experiencias que nos atraviesan en la cotidianeidad y en nuestros vínculos intersubjetivos. La pregunta que surge, entonces, es hasta qué punto determinadas interpretaciones y modos de vida que son categorizados como disfuncionales se pueden modificar contando con información "basada en la evidencia". Es decir, tanto el ejemplo de los atracones como el temor a morir atragantada ponen de manifiesto que las terapias cognitivo-conductuales retoman saberes externos al campo psi que se consideran validados por criterios científicos para intervenir terapéuticamente. No obstante, al hablar de adaptación desde el plano biológico se deja de lado que seguir determinados esquemas de belleza, cumplir con las exigencias en torno a corporalidades más aceptadas que otras implica muchas veces, también, una cuestión de supervivencia. Dar cuenta de esas otras formas de adaptarse requiere tener presente y contextualizar la diversidad de prácticas, condicionantes, exigencias que nos atraviesan en las sociedades neoliberales actuales para "ser funcional" y "mantenerse con vida".

Algunas reflexiones finales

> "Las luchas sobre lo que será considerado como versiones racionales del mundo son luchas sobre cómo ver"
> (Haraway, 1991: 333).

Ver es un verbo que se puede emplear para hacer referencia a distintas cuestiones tales como "ver la realidad", "ver lo que estaba pasando", "ver que eso duele", "ver que eso me hace mal", entre otras. Es decir, se trata de una categoría que puede vincularse a cuestiones concretas y materiales o como sinónimo de "darse cuenta" de algo, entre otras cosas.

En las psicoterapias analizadas, el ver aparece relacionado a modos racionales, científicos y basados en la evidencia de entender el mundo. Más allá de las explicaciones sobre los atracones y su vínculo con el funcionamiento de la especie hay una recurrencia en apelar a saberes expertos externos al campo psi para desarmar pensamientos y comportamientos que se considera que no cumplen con ciertos criterios de funcionalidad y adaptación al medio.

Estas terapias, que en nuestro país adquieren relevancia en las últimas décadas específicamente en Buenos Aires, proponen resolver malestares en periodos determinados de tiempo siguiendo objetivos concretos que permitan que esos resultados "estén a la vista", sean comprobables y eficaces. Además, como se analizó a lo largo de este trabajo, incluyen modos particulares de nombrar que delimitan marcos de inteligibilidad a partir de los cuales los malestares son problematizados, abordados e intervenidos.

Siguiendo a Rose, los lenguajes empleados en las distintas psicoterapias tienen un lugar central como herramienta de influencia y poder, pero es central dar cuenta que estos son más que simples lenguajes, son tecnologías que implican formas de actuar sobre nosotros mismos (Rose, 2012). Desde lo cognitivo-conductual una de las herramientas que se emplean es este conjunto de saberes que no pertenecen al campo psi y que son retomados como técnicas para explicar experiencias y prácticas de los sujetos. De esta forma, analizar el empleo de nociones que provienen, por ejemplo, de las ciencias naturales evidencia el carácter instrumental del lenguaje como técnica, cuyos usos producen efectos y tienen implicancias en los modos de intervenir. Edificar argumentos para intervenir terapéuticamente a partir de explicaciones que provienen de saberes asociados con la neutralidad y objetividad científica hace correr el riesgo de esencializar y despolitizar los procesos que intervienen en la producción y resolución de malestares en las sociedades contemporáneas.

Como el biopoder lo indica, no hay una soberanía corporal o individual actuando deliberadamente para generar determinadas cualidades en los cuerpos. La salud en sí misma puede ser vista como un efecto secundario de una normatividad exitosa y los deseos de las personas se pueden alinear con

esas condiciones (Berlant, 2007). Si bien la comida parece ser uno de los pocos espacios "controlables", esta gestión de la alimentación —por exceso o por falta— aparece como prácticas desligadas de contextos macro, de cuestiones de clase y género en los que intervienen estados emocionales por distintas experiencias de la cotidianeidad. Al dejar de lado aspectos sistémicos que pueden intervenir en estas prácticas, se olvida que pueden funcionar como fusibles que "saltan" porque están permeados y atravesados por normativas de sistemas de salud, de la publicidad, de lo que es esperable, de las exigencias laborales y vinculares, entre otras cosas.

En las sociedades actuales el "mantenerse con vida" excede el sentido biológico que le dan los entrevistados y, en innumerables situaciones, esta expresión remite a formas de "sobrevivir" a contextos, experiencias y modos de vida que nos atraviesan. En el ejemplo concreto del atracón y las dietas estrictas se invisibiliza que los imperativos en torno al "cuidarse" y "estar bien" esconden ideales y corporalidades hegemónicas que, muchas veces, se piensan como una necesidad adaptativa y de supervivencia al medio —social—.

Referencias bibliográficas

BERLANT, Lauren (2007). "Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency)". *Critical Inquiry,* nº 33, pp. 754-780.

CONTRERA, Laura (2016) "Cuerpos sin patrones, carne indisciplinada. Apuntes para una revuelta gorda contra la policía de la normalidad", en: Contrera, Laura y Cuello, Nicolás (comps.), *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne.* Buenos Aires: Madreselva.

CONTRERA, Laura y CUELLO, Nicolás (comps.) (2016) *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne.* Buenos Aires: Madreselva.

DAGFAL, Alejandro (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966).* Buenos Aires: Paidós.

DEL MONACO, Romina (2019). "Colorear racionalmente el mundo. Nociones de creencia implicadas en las terapias cognitivas conductuales en Buenos Aires, Argentina". *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, nº 81, pp. 137-150.

DESPRET, Vinciane (2018). ¿Qué dirían los animales…si les hiciéramos las preguntas correctas? Buenos Aires: Cactus.

EPELE, María (2015). "Entre la escucha y el escuchar. Psicoanálisis, psicoterapia y Pobreza Urbana en Buenos Aires". *PHYSIS,* nº 25, pp. 797-818.

_____ (2016). "El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes de Buenos Aires". *Antípodas,* nº 25, pp. 15-31.

_____ (2017). "Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas". *Revista Salud Colectiva*, vol. 13, pp. 359-373.

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Héctor (2008). *Integración y salud mental*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

FOUCAULT, Michel (2014). *Lecciones sobre la voluntad de saber*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

GALENDE, Emiliano (1997). *De un Horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad.* Buenos Aires: Paidós.

GARDNER, Howard (2011). *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*. México DF: Paidós.

GOOD, Byron (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological*

Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

HARAWAY, Donna (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Madrid: Cátedra, Universitat de Valencia e Instituto de la Mujer.

KEEGAN, Eduardo (2007). *Ensayos de terapia cognitiva*. Buenos Aires: EUDEBA.

_____ (2012). "La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual". *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría,* vol. XX, pp. 52-56.

KORMAN, Guido, VIOTTI, Nicolás y GARAY, Cristian (2010). "Orígenes y profesionalización de la terapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la configuración del campo psi en Buenos Aires". *Revista Argentina de Clínica Psicológica,* vol. XIX, nº 2, pp. 141-150.

KORMAN, Guido (2011). "Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en Argentina". *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology,* vol. 45, nº 2, pp. 115-122.

LOCK, Margaret y NGUYE, Vinh-Kim (2010). *An Anthropology of Biomedicine.* Oxford: Wiley y Blackwell

MERLEAU PONTY, Maurice (2003). *Fenomenología de la percepción*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

MURILLO, Susana (2013). "La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones". *Voces en el Fénix*, nº 22, marzo.

PLOTKIN, Mariano (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.

_____ (2013). "Historia y Psicoanálisis. Encuentros y desencuentros". *CulturasPsi/PsyCultures*, vol. 1, pp. 25-44.

PLOTKIN, Mariano y VISACOVSKY, Sergio (2007). "Saber y autoridad en las intervenciones de los psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina". *EIAL. Estudios Interdisciplinarios de América Latina,* vol. 18, pp. 11-27

ROSE, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.* La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.

TURNER, Victor y BRUNER, Edward (eds.) (1986). *The Anthropology of Experience*. Champaign: University of Illinois Press.

VEZZETTI, Hugo (1996). *Freud en Buenos Aires.* Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

VISACOVSKY, Sergio (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina.* Buenos Aires: Alianza.

_____ (2008). "Estudios sobre 'clase media' en la antropología social: una agenda para la Argentina". *Avá Revista de Antropología*, nº 13, pp. 9-37.

_____ (2009). "La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina". *Cuicuilco: Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, vol. 16, nº 45, pp. 51-78.

_____ (2012). "Experiencias de descenso social, percepción de fronteras sociales e identidad de clase media en la Argentina post-crisis". *Pensamiento Iberoamericano*, nº 10, pp. 133-168.

De los "desequilibrios hormonales" a "desequilibrios emocionales": la construcción de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia

Ana Leticia Fitte

Introducción

En uno de nuestros encuentros, Carolina, una de las mujeres que estaba en tratamiento médico por menopausia[1] a los 50 años, expresaba una mirada retrospectiva de su vida: *Realmente viví toda mi vida de acuerdo a lo esperable, un trabajo más o menos que no te demandara mucho tiempo y que pudieras atender la casa y los hijos*. Esta y otras miradas sobre las experiencias de vida acerca de las menopausias implicaron reflexiones sobre relaciones de poder que atravesaron e incidieron en el curso de sus vidas cotidianas, entre ellas, las relaciones de género, las transformaciones de los cuerpos y la avanzada de los lenguajes de la biomedicina para definir y entender los malestares. Este conjunto de tópicos confluyeron y estructuraron la problematización de la investigación centrada en las biologías locales (Lock, 1993) sobre las menopausias en mujeres heterosexuales de sectores medios que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina. A diferencia de otros estudios sobre género y sexualidades, este pareciera transitar lo esperable. Es decir, como en otras investigaciones sobre dolores crónicos llevados a cabo en nuestro país (Del Monaco, 2014 y 2017), la menopausia puede ser considerada un proceso que no compromete ni pone en riesgo la vida de las mujeres heterosexuales de clase media. Sin embargo, ambos fenómenos comportan no solo la potencial presencia de malestares, sino también

1 A lo largo de este trabajo utilizo el término menopausia para referirme al proceso definido desde la biomedicina como *climaterio* —el pasaje de la vida reproductiva a la no reproductiva—. Esta elección responde a que desde las miradas biomédicas y de las mujeres dicho término es reconocido y empleado para designar la totalidad del proceso del climaterio.

la elaboración de diagnósticos y terapéuticas producidos por saberes expertos que involucran modos de subjetivación.

Para Carolina, *vivir dentro de lo esperable* se extendió hasta que, luego de veintitrés años de matrimonio, comenzó una crisis de pareja que fue resuelta por la decisión unilateral de su marido de separarse y, posteriormente, divorciarse:

> *…Yo decía "lo que pasa es que estoy de mal humor". El matrimonio se rompe por culpa de la menopausia, ese era el discurso de mi exmarido, "¡nos empezamos a llevar mal porque vos estás con este trastorno!", ¡encima trastorno! Trastorno es la palabra, estás trastornada literalmente así, y con todas las implicancias que tiene esto, ¿no? O sea, la trastornada en la que te has convertido, que no porque es culpa tuya, es porque es un proceso que te toca vivir, "a vos te cambio el humor, mira cómo estás, vivimos peleando…". "Esto debe ser la menopausia", decía yo. Pero claro, ese era el discurso de mi exmarido. No era solamente el discurso hacia mí, era el discurso a la familia, era el discurso hacia los abogados, este era el discurso. O sea, es: "a vos te está pasando esto" me decía con una seguridad académica. Me decían…, no sé cómo explicarte, una certeza. Pero y a todo el mundo, encima que vos decís "esto debe ser así", entonces vos creés en el discurso del otro.*
>
> *Pero este mal humor que yo te digo, que por eso es muy psicopateador, tenía que ver con una crisis de pareja que no se terminaba de asumir, ¿me entendes? […] Lo que te quiero decir es que a esto lo podés entender después y casualmente vos fijate que el tema que se pone en la picota para no asumir otra cosa o el origen de determinadas situaciones dentro del contexto era que la mina tiene la menopausia, fijate qué peso. Cuando te juntan un síntoma con un origen y vos no cuestionás el origen… ¿por qué? Porque culturalmente está instalado que es cierto que la menopausia es un trastorno. Estás trastornada y vos fijate la palabra trastorno ya…, este trastorno es un trastorno hormonal… entonces el trastorno te trastorna, sos una pequeña trastornadita y bancátela así.*

En este relato, como en muchos otros registrados en el trabajo de campo, se expresaba un discurso que cobró fuerza a mediados de la década de 1960, a partir del lanzamiento comercial del uso de estrógenos artificiales para tratar los "síntomas" atribuidos a la menopausia. En la articulación entre biomedicina e industria farmacéutica, entonces se sostenía que dicho proceso resultaba un periodo crítico en la vida de las mujeres debido a los trastornos físicos

y emocionales que generaba. Aún más, tal como destacan Bell (1987) y Lock (1993), Robert Wilson, el médico estadounidense creador y promotor de la terapia de estrógenos artificiales avalado por la compañía farmacéutica Wyeth Ayerst, en 1966 afirmaba que el uso de dicho tratamiento eliminaba los "típicos síntomas de la menopausia".

Este modo de entender el proceso desde la biomedicina es un discurso experto que, tal como expone el relato de Carolina, ha impregnado las miradas y cotidianeidades de las mujeres. En este sentido, en los saberes e imaginarios expertos y populares de las sociedades occidentales actuales las hormonas femeninas son consideradas entidades capaces de producir y controlar sus conductas, factores que regulan y desestabilizan de manera crónica y cíclica sus emociones y estados de ánimo (Bell, 1987; Martin, 1989; Harding, 1996). En contraposición con estos saberes y prácticas, según las narrativas de las mujeres, la menopausia es entendida como *una etapa natural que forma parte de sus ciclos de vida*, un proceso definido por un comienzo y un final. Dicha *etapa natural* incluye experiencias diversas, de modo que mientras para algunas mujeres esta implicó cambios corporales significativos e incluso malestares en torno a ellos, para otras esos cambios resultaron irrelevantes. Sin embargo, más allá de estas divergencias, existe un consenso con respecto al reconocimiento de una serie de estereotipos negativos sobre la menopausia. Dentro de estos, destacaron la mirada descalificadora de *la mujer menopáusica como desequilibrada y trastornada emocionalmente* y, a la vez, la emergencia de una mirada peyorativa sobre la *pérdida de la fertilidad*. Este último aspecto, salvo contadas excepciones, para las mujeres carece de importancia dado que planificaron sus maternidades y tener hijos no forma parte de sus actuales proyectos de vida.

La identificación de las distintas miradas respecto de estos estereotipos y prejuicios implica una pregunta básica: ¿cómo y por qué es posible que las mujeres se conviertan en objeto de discursos expertos y legos que las acusan, trastornan y someten a diferentes tipos de violencias simbólicas y corporales a causa de la menopausia? Este interrogante asume la influencia de una política de las miradas, entendidas estas como "un conjunto de prácticas corporales y políticas que tienen el poder de producir variaciones, rupturas, y constricciones sobre las subjetividades de las personas" (Epele, 2007: 117). Además, demanda esclarecer cuál es la lógica de producción y circulación de los saberes y las prácticas en torno al cuerpo femenino, en particular, aquellos que en la biomedicalización de la menopausia modelan una dimensión psi basada en la idea de la ocurrencia de

una serie de *desequilibrios emocionales* que ineludiblemente afectan a las mujeres que la atraviesan.

La categoría dimensión psi aquí propuesta remite a las tradiciones de pensamiento psicoanalíticas y de la psiquiatría. En ella convergen diagnósticos y terapéuticas vinculados con la idea de que las emociones y los estados de ánimo de las mujeres durante la menopausia sufren transformaciones que modifican sus modos de pensar y de sentir. Son, entonces, traducidas como *desequilibrios* que alteran sus vidas cotidianas y las relaciones que forman parte de ellas. El objetivo de este trabajo es analizar cómo desde los saberes expertos y las prácticas biomédicas se construye tal dominio psi como inherente a la menopausia. Para ello, es necesario indagar e identificar los indicadores usados en la elaboración de diagnósticos y en los abordajes desarrollados para configurar la noción de *desequilibrio emocional* y, a partir de ella, la creación y puesta en circulación de estereotipos que promueven y refuerzan saberes legos que estigmatizan la condición femenina a partir de la menopausia.

Puntos de partida para un abordaje socio antropológico de la menopausia

En las últimas décadas, las distintas versiones del feminismo, la teoría *queer* y las perspectivas LGTB+ producidas en el centro y sur global visualizaron y pusieron en discusión las dinámicas que operan en la llamada matriz heterosexual. Dichos movimientos promovieron la desnaturalización de categorías sociales organizadas bajo la lógica falocéntrica de los lenguajes que históricamente han ordenado las relaciones sociales, a la vez que modularon la construcción de subjetividades.[2] Entre sus principales aportes se destaca la revisión de las categorías mujer-mujeres-género que se pensaban portadoras de un potencial integrador y emancipatorio. Como planteó Butler (1992), tal proyecto inicial se suponía materializado en la creación de un *nosotras* basado en las semejanzas corporales de las mujeres y en su histórica condición de oprimidas. Sin embargo, el cuestionamiento de las bases fundacionales de estas categorías expuso tanto el pensamiento binario

2 Para revisar y ampliar algunas lecturas imprescindibles sobre estos aportes fundamentales, véanse Butler (1992 y 2005) y Haraway (1995). En el ámbito local, sobre el rol y los derechos de las mujeres en salud sexual y reproductiva, véanse Barrancos (1993 y 2007), Tarducci (2008), Daich (2008), Brown (2008); los estudios fundacionales LGTB de Wittig (2006) y los actuales de Cano (2015) y Schwarz (2016). Sobre estudios poscoloniales, véanse Spivak (2011), Mbembe (2016), De Sousa Santos (2003), Bidaseca y Vazquez Laba (2011), Masson (2007), y las teorías sobre el poder del sistema patriarcal y la violencia contra las mujeres propuestas por Segato (2003 y 2011).

que las sustenta y la persistencia de la creencia en la jerarquía de una diferencia sexual primaria, así como la ausencia de coherencia referida a la diversidad de experiencias corporales y a las condiciones específicas de opresión a las que estuvieron y están expuestos los sujetos de acuerdo con las condiciones de clase, la etnicidad y la raza, la religión y la ubicación geopolítica. En consecuencia, estas consideraciones implicaron el rechazo de la concepción ingenua y naturalista del cuerpo biológico y el reconocimiento de que las categorías de mujer a género anulan las diferencias: niegan las posibles experiencias subjetivas y colectivas, indisolublemente imbricadas con la adscripción y/o imposición de otras categorías sociales.

Las anteriores reformulaciones inauguraron un quiebre epistemológico y político imprescindible para la identificación de las relaciones de poder presentes en los modos de hacer, deshacer y rehacer sujetos en las sociedades occidentales. Entre ellas, el reconocimiento de la elaboración de saberes expertos derivados de la biología bajo la presunción de la universalidad y similitud de las corporalidades femeninas (Scheper-Hughes y Lock, 1987; Martin, 1989; Lock, 1993 y 1998; Harding, 1996; Lupton, 1996; Wei Leng, 1996; Roca, 2010). En esta línea argumental, Lock (1998) plantea que el cuerpo femenino medicalizado no es simplemente el producto de las variaciones de los intereses médicos y de los conocimientos y prácticas que producen. Además, es una manifestación de poderes deliberadamente guiados por asunciones morales, intereses políticos y económicos, incluidos aquellos de las compañías farmacéuticas. El entramado de estos poderes define la forma en que es visto e interpretado el cuerpo femenino, tanto por las mujeres y los dominios legos y populares como por las políticas, los programas y las terapéuticas en los sistemas de atención y cuidado de salud.

En consecuencia, los conocimientos sobre lo que es "natural" y "normal" en conexión con los cuerpos no pueden darse por sentado. A partir de estos argumentos, Lock propone y fundamenta el concepto de biologías locales. Esta noción postula que las experiencias subjetivas sobre los cuerpos están constituidas por la totalidad de expectativas y narrativas construidas socioculturalmente, por conocimientos y prácticas, por sensaciones físicas y cambios producidos por el conjunto de actores —situados en un espacio y un tiempo preciso— que disputan sentidos y prácticas en torno al cuerpo (Lock, 1998: 39). Siguiendo esta misma lógica, Epele (2002) plantea la categoría de anatomías morales, un espacio dentro de las biologías locales que contiene interrelaciones entre las dimensiones morales y anatómicas, las condiciones locales y las moralidades dominantes. A través de ella

es posible delimitar fronteras imaginarias, las cuales son usadas como referencia para adjudicarle a los cuerpos distintas valoraciones y connotaciones morales.

Los conceptos teóricos recuperados hasta aquí constituyen herramientas fundamentales para abordar y problematizar la dimensión biológica incluida en la menopausia por los saberes biomédicos y legos. Por otro lado, el enfoque del análisis de las narrativas constituye un abordaje privilegiado para explorar procesos de la vida cotidiana que, como en el caso de la menopausia, han sido biomedicalizados. A través de este, es posible indagar sobre las experiencias de las mujeres que la atraviesan y la producción de saberes y prácticas expertas en torno a ella. Por lo tanto, en este trabajo, retomo investigaciones que adoptaron dicho enfoque para comprender diversos procesos de salud-enfermedad-atención (Alves y Rabelo, 1999; Rabelo y Sousa, 2003; Grimberg, 2003 y 2009; Margulies, 2010; Margulies, Barber y Recoder, 2006; García, 2009; Del Monaco, 2014 y 2017). En ellas, se destacan los aportes de Ricœur (1996 y 2000), quien entiende a las narrativas como el producto de la articulación entre el lenguaje y la experiencia. Es decir, las narrativas organizan un conjunto de sucesos provenientes de la experiencia que logra un sentido —se hace inteligible y transmisible— a través del proceso narrativo. Así, tal como ha señalado Good (2003), pese a que la experiencia excede las posibilidades de su descripción o narrativización, la posibilidad de relatar una historia personal en un contexto particular materializa y otorga sentido a las experiencias de los sujetos.

Por último, este trabajo se basa en el análisis de las narrativas producidas por un grupo de mujeres heterosexuales de clase media que residen en el AMBA que, según los criterios estipulados por la Organización Mundial de la Salud (1981) y la biomedicina, están en el periodo de edad definida como climaterio (45 a 64 años) y, a la vez, se reconocen atravesando dicho proceso. Las técnicas implementadas para el desarrollo del trabajo de campo fueron la realización de observación participante y la realización de entrevistas en profundidad. Asimismo, se analizan las narrativas presentadas por médicos/as especialistas en ginecología abocados a la atención de las mujeres que atraviesan o atravesaron la menopausia. La metodología implementada en este caso fueron técnicas de observación y el desarrollo de entrevistas semiestructuradas en sus consultorios privados. El análisis que sigue se focaliza en una parte de los resultados obtenidos en el trabajo de campo con este último grupo.

La dimensión psi en el abordaje biomédico de la menopausia

En contraposición con la conceptualización de la menopausia propuesta por las mujeres, de acuerdo con las narrativas biomédicas la menopausia es definida como *el evento central del climaterio que es definido como el pasaje de la etapa reproductiva a la no reproductiva*. Dicho proceso es descripto no solo como un fenómeno que constituye *una etapa natural y propia del ciclo de vida femenino*, sino también como *una etapa crítica en la vida de las mujeres*, dado que para algunas mujeres puede resultar *un proceso problemático*. Esta mirada se sustenta en tres aspectos considerados constitutivos. El primero consiste en la afirmación de que, *aunque la menopausia no es una patología*, incluye una serie de *síntomas específicos* y, al mismo tiempo, supone *un factor de riesgo para contraer enfermedades tales como osteoporosis, cardiovasculares y cánceres ginecológicos*. En segundo lugar, la idea de que las mujeres a partir de la menopausia empiezan a sufrir *alteraciones en la vida sexual*. En tercer lugar, se destaca la *pérdida de la fertilidad*, definida como *la pérdida del potencial reproductivo que se produce en las mujeres a partir de la interrupción definitiva de la menstruación*.

La caracterización y *clasificación sintomática* que forma parte del primer aspecto mencionado se basa en la distinción entre cambios corporales físicos y emocionales, atribuidos ambos a la pérdida progresiva de *hormonas femeninas*. Estos cambios son conceptualizados y organizados en tres grandes *dominios sintomáticos*:[3] *trastorno vasomotor*, *atrofia urogenital* y *psiconeurobiológico*. En el análisis que sigue retomo y analizo este último dominio y la llamada *pérdida de la fertilidad*, no solo porque desde las miradas biomédicas se conjugan para hacer de la menopausia *una etapa crítica en la vida de las mujeres*, sino porque de ellos se desprende la creación de lo que he denominado una dimensión psi. Es decir, a partir de ellos se pone en cuestión la *estabilidad emocional de las mujeres en sus ingresos y pasajes por la menopausia*, al tiempo que se establecen modos de subjetivación de las mujeres adultas.

Antes de focalizarme en el análisis antes mencionado, cabe destacar que desde la perspectiva de las mujeres cuando las *irregularidades menstruales y/o amenorreas* (ausencia de menstruación) coinciden con edades comprendidas entre los 45 y

3 El primero incluye los llamados *sofocos o calores y sudoraciones;* el segundo, *trastornos para orinar, infecciones urinarias, dolores en las relaciones sexuales*; el tercero, *insomnio, cefaleas, dolor de cabeza, cambios en el ánimo (ansiedad, depresión, poca tolerancia, irritabilidad*".

los 50 años son considerados posibles *síntomas de la entrada en la menopausia*.[4] En edades más tempranas dicha inferencia se realiza sólo si dichos fenómenos están acompañados por *calores*. Estos *síntomas iniciales* les generan expectativas e incertidumbres vinculadas con la necesidad de constatar si se deben o no a la menopausia. Además, en algunas mujeres, surgen preocupaciones y/o preguntas sobre cómo pueden afectarlas estos posibles *síntomas*, los malestares que pueden generarles y cómo deben afrontarlos. Para resolver estas cuestiones acuden a los/las ginecólogos/as, especialistas a quienes les adjudican un saber experto, para que las orienten respecto del proceso. En este sentido, para ellas representan la voz autorizada para asesorarlas. Esta valoración resulta significativa porque muestra las relaciones entre mujeres y profesionales y, con ello, uno de los circuitos básicos de las vivencias y el abordaje de la menopausia. A través de ella, es posible explorar los mecanismos de transmisión de información desde los saberes y las prácticas expertas hacia las mujeres. Es decir, observar cómo se configura la secuencia inicial de la creación de diagnósticos que para el caso de la menopausia promueven modos de subjetivación a partir de diagnósticos y terapéuticas que conllevan la creación del mencionado dominio psi.

Sobre el 'dominio psiconeurobiológico'

Constituye uno de los conjuntos de *síntomas* formalizados desde los saberes biomédicos. María, ginecóloga (56 años), especificó cuáles son los *síntomas* allí incluidos:

> *Trastornos del sueño, aparecen periodos de insomnio, en parte incrementados por la aparición de calores nocturnos con sudación, crisis de ansiedad nocturna o irritabilidad. A esto se le suman alteraciones en los estados de ánimo que implican una disminución de la energía, dificultad en la concentración, agresividad, cambios de humor, depresión y sentido de frustración.*

La emergencia de estos *síntomas* es entendida como *una consecuencia del descenso de los niveles de estrógeno* (evaluación que se realiza a través de análisis de sangre). Dado que a priori la presencia/ausencia de estos no es observable en el nivel macroscópico, infieren su presencia e incidencia a partir de los diálogos

4 Las mujeres, al igual que los/las ginecólogos/as, usan este término para referirse a algunos de los cambios corporales atravesados en la menopausia.

que mantienen con sus pacientes, de las inquietudes que les plantean en las consultas. Es también en función de esta particularidad que dichos *síntomas* suelen ser entendidos como *síntomas secundarios* de los *trastornos vasomotores*, bajo el razonamiento de que *los calores y sofocos generan irritabilidad y cansancio porque alteran el ritmo del sueño, porque son imprevisibles e imposibles de controlar*.

La clasificación sintomática y las terapéuticas implementadas por los/las ginecólogos/as se vinculan con el desarrollo progresivo de la endocrinología desde principios de la década de 1920. Según Harding (1996), dicha disciplina científica posibilitó la creación de la idea del cuerpo regulado por hormonas: el cuerpo hormonal. Simultáneamente, a partir de la definición de las hormonas como sustancias químicas ("mensajeros") que inciden sobre otros sistemas corporales, se produjeron normativas y anatomías morales (Epele, 2002) para clasificar los cuerpos, en este caso, tipos de cuerpos organizados y modulados en torno al funcionamiento hormonal. Entre las categorizaciones propuestas, según Harding (1996) y Fausto-Sterling (2000), se destaca la delimitación de la emergencia de superficies e interioridades corporales sexualmente predefinidas como masculinas o femeninas —"las bases biológicas de las sexualidad" —. En función de ello, se establecieron rasgos distintivos para los sistemas hormonales de los hombres y de las mujeres, los cuales fueron correlacionados con rasgos conductuales de unos y otras. Así, tal como señala Martin (1989), a diferencia de la "fisiología hormonal del hombre", caracterizada por un ritmo regular y estable, la femenina ha sido definida como "fluctuante e inestable", interceptada por las variaciones hormonales que no solo regulan su ciclo reproductivo, sino que también condicionan sus estados emocionales y conductas.

Si bien la asignación de las hormonas responsables del control del ciclo reproductivo de las mujeres consolidó la definición de la menopausia como una patología crónica caracterizada por la idea de déficit hormonal, en los estudios epidemiológicos y clínicos actuales persisten dudas sobre la incidencia de esta sobre los *estados emocionales* y, por lo tanto, si es posible establecer un *dominio sintomático psicológico/emocional* inherente a dicho periodo vital.

De Bocchino (2005) analiza la evolución histórica de la inclusión de depresión como un síntoma propio de la menopausia. La depresión fue incluida inicialmente dentro de la "melancolía de la involución", entidad que fue descripta por Kraepelin en 1896 como "una forma de depresión que comienza en la menopausia y se caracteriza por una personalidad rígida, con agitación pero sin manía, con ideas delirantes nihilistas e hipocondríacas y de evolución variable"

(De Bocchino, 2005: 69). Así conceptualizada fue incorporada en el *DSM-I* de la Asociación Americana de Psiquiatría publicado en 1952 y en el *DSM-II* de 1958. Luego, en el *DSM-III* (de 1980) y en las siguientes ediciones, fue eliminada porque no se demostraron correlaciones taxativas entre la menopausia y la presencia de cuadros depresivos. Según la autora, la incidencia de la depresión en la menopausia es un dato controvertido. No obstante, persiste la hipótesis de que "la transición a la menopausia (perimenopausia) es una etapa de mayor vulnerabilidad porque se la considera un momento de la vida en el que factores hormonales, culturales y sociofamiliares podrían ejercer una influencia 'depresógena'" (Pardo *et al.,* 2013: 681).

Las explicaciones expuestas en las narrativas biomédicas replican las que se plantean en las investigaciones clínicas y epidemiológicas. Pese a la ausencia de relaciones de causalidad incuestionables entre la *ausencia de hormonas femeninas* y la aparición de *cuadros depresivos*, estas irresoluciones no son cuestionadas en las prácticas de atención y cuidado que se llevan a cabo. Aún más, el término *dominio psiconeurobiológico* utilizado para designar el conjunto de *síntomas* asocia la dimensión psicológica con la neurológica y la biológica. Dichas interrelaciones no se problematizan, así como tampoco se cuestiona el sustento empírico del conjunto de tales *síntomas*.

Asimismo, aunque dicho *dominio sintomático* es directamente asociados con *modificaciones en la esfera emocional* y con la posible emergencia de *cuadros depresivos*, no son relacionados con saberes expertos derivados de la psiquiatría o la psicología. En torno a este *cuadro sintomático*, los/las profesionales elaboran un discurso cientificista descontextualizado de las biografías y situaciones personales actuales de las pacientes. Sin embargo, como señala Roca (2010), la construcción de "hechos" de la reproducción tiene una larga historia y las asociaciones promulgadas en el desarrollo de la medicina entre el aparato reproductor femenino, las emociones y los comportamientos de las mujeres no resultan novedosas. Un ejemplo que lo ilustra es la concepción de la histeria en la medicina occidental, cuyo origen fue inicialmente asociado con el funcionamiento del *hystere*, término griego que designó el útero desde la época clásica. En él se localizaba la "esencia femenina" y se asumían vínculos estrechos entre este y el comportamiento de las mujeres. A partir de mediados del siglo XIX, la causa de la histeria fue relacionada con los ovarios (Laqueur, 1994; Lock 1993), desplazamiento que habilitó la castración femenina, la extracción de los ovarios sanos para curar una variedad de patologías emocionales asignadas a las mujeres, que incluían la histeria, la psicosis,

las aflicciones nerviosas y el deseo sexual desmedido (Lock, 1993: 322). Estas prácticas fueron fundamentadas en la teoría médica predominante, la "nueva anatomía", que entendía al sistema nervioso como la fuente de toda la energía corporal. En el caso de las mujeres, se infería que "los órganos reproductivos femeninos demandaban una energía vital extra y gobernaban sus personalidades, habilidades, establecían limitaciones y también los posibles roles sociales" (Webster Barbre, 1998: 244). En este contexto, se postulaba que las alteraciones en los ovarios durante el climaterio producían un efecto directo en la voluntad individual y en la capacidad de discernir los "comportamientos correctos de los incorrectos", así como dificultades para desarrollar las "actividades domésticas femeninas habituales" (Lock, 1993: 311-312).

Volviendo a las narrativas expertas actuales analizadas, el conjunto de *síntomas* incluidos dentro del *dominio psiconeurobiológico* son entendidos como el producto de *desequilibrios hormonales* que generan *desequilibrios emocionales* más allá de las situaciones y trayectorias personales de las mujeres. Las prescripciones a las pacientes para mitigar los malestares que sienten y para *lograr un nuevo equilibrio hormonal* están centradas en *modificar el estilo de vida*. Es decir, incorporar nuevos hábitos de cuidado personal basados, fundamentalmente, en una buena alimentación (nutritiva, magra y baja en hidratos de carbono), evitar el sedentarismo realizando actividad física frecuente y eliminar el tabaquismo. Estas indicaciones tienen el propósito básico de reducir la frecuencia e intensidad de *los calores*, *prevenir el aumento de peso* y de *las patologías asociadas con la menopausia* y, a inmediato y largo plazo, *mejorar el estado de ánimo*. Implementarlas es una responsabilidad que recae exclusivamente sobre las mujeres, independientemente de sus posibilidades de concretarlas. Sin embargo, *cuando los síntomas resultan invalidantes porque impiden a las mujeres realizar tareas de la vida cotidiana*, algunos/as profesionales realizan la prescripción de tratamientos hormonales. A través de ellos, se procura reducir y eliminar los malestares generados por *los trastornos vasomotores* y, de manera indirecta, la incidencia de estos sobre los *estados de ánimo*.

Los vínculos establecidos por los saberes y las prácticas expertas actuales entre la fisiología hormonal en el nivel neurobiológico y las conductas de las mujeres connotan el concepto de yo neuroquímico propuesto por Rose (2012), desde el cual la conducta es entendida como un trastorno orgánico susceptible de ser regulado a través de fármacos, pero bajo la condición de que los sujetos asuman las responsabilidades y gestionen sus cuidados personales. En relación con esto,

Murillo (2015) destaca que la biomedicina y el desarrollo de las neurociencias han cumplido un papel central en la reducción de las conductas a reacciones neuronales y biológicas, habilitando así la patologización de las emociones. El problema derivado de estas conceptualizaciones y prácticas reside no solo en los efectos iatrogénicos del consumo de psicofármacos, sino también en la conversión de los sufrimientos de los sujetos a condiciones meramente cerebrales, a fallas en las redes neuronales desvinculadas de las biografías y de las dimensiones sociales que las atraviesan.

Las definiciones y los abordajes terapéuticos ginecológicos del *dominio psiconeurobiológico* pueden inscribirse dentro de la lógica antes especificada. Lo que define dicho conjunto de *síntomas* son las relaciones de causalidad preestablecidas entre el *déficit hormonal* y la influencia del mismo en el nivel biológico y, particularmente, neuronal. Desde esta perspectiva, el descenso de las hormonas —reguladoras de los ciclos hormonales y, por ende de las emociones— explica y predice la presencia de *desequilibrios emocionales* y la posible emergencia de *cuadros depresivos*. Estos *síntomas* incluidos dentro del *dominio psiconeurobiológico* presuponen, entonces, la existencia de un dominio psi en la biomedicalización de la menopausia. Si bien en las conceptualizaciones no se utiliza el término trastorno, sí se enfatiza la idea de un *desequilibrio hormonal-emocional*, categorías que remiten y refuerzan connotaciones y valoraciones sociales negativas (como la de *trastorno* utilizada por Carolina y su entorno) que refuerzan el estereotipo de las mujeres menopáusicas como natural y lógicamente *desequilibradas* como consecuencia de sus inevitables menopausias. Parafraseando a Emily Martin (1989), las hormonas que per se hacen de las mujeres seres inestables aún en el transcurso de sus vidas fértiles, en la menopausia sencillamente se agotan descontrolando el funcionamiento del sistema reproductivo femenino, produciendo su colapso y, con ello, quebrando las capacidades racionales de las mujeres. Estas ideas, que forman parte tanto de los saberes expertos como de los legos, promueven la creación de un sentido común que implica modos de subjetivación y creación de estereotipos que refuerzan la mítica idea de las mujeres como seres fundamentalmente emocionales, impredecibles y/o incontrolables, sobre todo a partir de la menopausia.

La 'pérdida de la fertilidad'

A diferencia del *dominio psiconeurobiológico* analizado anteriormente, las asociaciones establecidas entre la *pérdida de la fertilidad* y los *estados de ánimo* no

constituyen un *dominio sintomático* formalizado ni estandarizado. Además, en oposición con las perspectivas de las mujeres sobre el cese de las menstruaciones, según los/las ginecólogos/as, para ellas resulta un *asunto sumamente delicado y sensible*. La denominada *pérdida de la fertilidad* es considerada *una de las vivencias más problemáticas de la menopausia*. Esta afirmación se sustenta en la presunción de que las mujeres asocian dicha *pérdida* con una *pérdida de sus funcionalidades totales como mujeres porque ya no pueden volver a ser madres*. En consecuencia, estiman que la menopausia conduce a la *sensación de pérdida de la productividad* y, luego, a la aparición de *cuadros depresivos caracterizados por tristeza y angustia*:

> *Con la menopausia vos podés haber decidido hace veinte años no tener más hijos, pero la menopausia te marca la obligatoriedad de que no podés tener más hijos, que es otra cosa. Acá, con la menopausia, es ineludible que te entra la idea de la muerte. En realidad, la muerte inmediata de la posibilidad gestante.*
> *El tema de la muerte, que viene siempre de lado, lo tenés que descubrir porque claro, no van a venir y te van a decir tengo miedo de morirme. Te dicen otras cosas, muchas otras cosas… Te proponen un estado de tristeza, de angustia. Y a veces te dicen, por ahí vos la ves con esa carita angustiada diciéndote cualquier cosa y yo me doy cuenta de que la cosa pasa por otro lado.* [Claudia, ginecóloga, 63 años]

La inclusión de la *pérdida de la fertilidad* como parte de la dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia visibiliza la persistencia de presupuestos ideológicos destacados por los principales estudios antropológicos sobre la menopausia (Martin, 1989; Lock, 1993). Las mujeres son clasificadas de acuerdo con su potencial reproductivo, *mujeres en edad reproductiva* versus *mujeres en edad no reproductiva*. De esta manera, establecen una segmentación del ciclo de vida basado en las capacidades reproductivas y en la maternidad como rasgos definitorios de la identidad femenina. Los diagnósticos elaborados implican que la totalidad de las mujeres, sin excepción, sostuvieron y sostienen el deseo de ser madres como un proyecto de vida inquebrantable. La maternidad es pensada como un deseo innato e ineludible, el fundamento de la femineidad. Así, como propone Tarducci (2008), la maternidad constituye la institución más esencializada, homologada con la femineidad y ligada con principios universales.

Otro aspecto atribuido desde estas miradas expertas a la *pérdida de la fertilidad*, que constituye otro eje central de la dimensión psi, es que esta *pérdida* induce *estados anímicos que las mujeres no son capaces de registrar, reconocer o poner en palabras*. Es decir, entienden que no son conscientes de las causas de sus malestares cuyo trasfondo *es la idea de muerte inminente*, una condición que las afecta y funciona en un nivel inconsciente. Sin embargo, esta imposibilidad de expresión adjudicada a las mujeres no es pensada como un impedimento para inferir diagnósticos ni establecer terapéuticas. Además, incluyen nociones que aunque están vinculadas con la psicología no son articuladas con dicha disciplina. No obstante, los términos usados pueden asociarse con la tradición del pensamiento psicoanalítico,[5] en particular, con la relación existente entre el desarrollo del psicoanálisis y los desarrollos sociales, culturales y políticos de la sociedad (Plotkin, 2003). En este sentido, es posible observar que, pese a que no se lo reconozca o se lo articule de manera directa con la psicología, los saberes expertos sobre la menopausia no han estado exentos de dicha influencia y comportan una dimensión psi escasamente problematizada.

Simultáneamente, los/las ginecólogos/as comparten la idea de que la *pérdida de la fertilidad* y la emergencia de *cuadros depresivos* son condiciones que se agravan en aquellas mujeres que no tuvieron hijos porque tal *pérdida* se torna irreparable:

> *La mujer que tiene hijos es plena, en algún aspecto o en muchos. Y la que no, perdió la llave de la vida. Algunas pueden compensar porque tienen otros chiquitos cerca, sobrinos y demás. Cuando vienen chicas de cuarenta, que las conozco, que han logrado pareja con traspiés y eso, les digo: antes que sea tarde piénsenlo, piénsenlo antes que sea tarde.* [Claudia, 63 años]

Los relatos muestran que las relaciones establecidas entre la llamada *pérdida de la fertilidad* y los *cambios en los estados de ánimo* están centradas en la reproducción y la posibilidad (o imposibilidad) de ejercer la maternidad. De este modo, se exponen y reiteran vínculos considerados históricamente inescindibles entre la condición femenina y la idea de mujer-madre-cuidadora, cualidades atribuidas a un potencial reproductivo a partir del cual se determinan las

5 No profundizaré en cómo se aborda el tema en la actualidad desde esta perspectiva. Sin embargo, cabe mencionar que desde el psicoanálisis no hay una reificación de este proceso vital. Según Laznik (2005), se enfatiza en las relaciones que esos fenómenos mantienen con la vivencia subjetiva y los discursos emitidos sobre la cuestión de la pérdida que ella implica.

emociones, imponiendo y naturalizando deseos y prácticas que estructuran la vida de las mujeres. Esta perspectiva hace inteligible la opinión de que la menopausia *desestabiliza el equilibrio emocional de las mujeres*. En este sentido, la dimensión psi implicada en la biomedicalización de la menopausia se fundamenta en modos de subjetivación centrados en la identificación de las mujeres con la maternidad.

En la narrativa que sigue se comparan las características de los hombres y las mujeres enfatizando la idea de "la mujer como creadora innata de vida" y como la "encargada natural de las prácticas del cuidado". Estas conceptualizaciones justifican la propuesta de que la manera de revertir una subjetividad femenina signada por la *pérdida de la fertilidad* reside en compensarla a través de la extensión del carácter innato de cuidadora a otros espacios y personas en sus vidas, en particular sus nietos.

> *Y, el hombre tiene lo que nosotros no tenemos, que es la fuerza física y nosotras tenemos lo que él no tiene, que es la capacidad de procreación que es el útero. Y ahí empecemos a hablar. El hombre siempre es hijo y la mujer siempre es madre de todas las cosas. En el universo, en las cosas, la mujer es madre, cuidando su casa, haciendo la comida, cuidando sus plantas, los animalitos. El hombre siempre es hijo porque los tipos no pueden vivir solos, o sea, siempre necesitan de una mujer mamá en cualquier etapa de la vida. Lo más importante de lo femenino es la capacidad de dar en todos los aspectos.* [Paula, 47 años]

Las ideas formuladas desde esta perspectiva reproducen los planteos realizados por Deustch a mediados del siglo XX.[6] De acuerdo con esta autora, "con la llegada de la menopausia se detienen todos los procesos orgánicos que hasta el momento estuvieron puestos al servicio de la especie humana […]. La mujer ha terminado su existencia como creadora y cuidadora de futura vida y ha alcanzado su fin natural, su muerte parcial, como sirviente de la especie" (Deustch, 1960: 415). Estos presupuestos basadas en la ideología patriarcal han trascendido a lo largo del tiempo influenciando la construcción de conocimientos y prácticas de diversas disciplinas, entre ellas, los saberes expertos que se producen en la

6 El propósito de su obra *La psicología de la mujer,* publicada en 1944, fue "intentar comprender la naturaleza de la tendencia maternal, no sólo en el ejercicio directo de la función reproductora, sino también como un principio que irradia a todos los campos de la vida, un principio innato de la mujer" (Deustch, 1960: 434).

actualidad. Un ejemplo ilustrativo son las relaciones entre los dolores, los géneros y los modos de padecer migraña investigados por Del Monaco (2014 y 2017). Su trabajo pone de manifiesto que en los procesos de atención, de manera similar a las construcciones elaboradas por los saberes y las prácticas expertas analizadas respecto de la menopausia, intervienen prejuicios vinculados con moralidades de género. La categoría *pérdida de la fertilidad* aquí incluida como una dimensión integral de un dominio psi en la biomedicalización de la menopausia, también está fundada en estereotipos de género y prescripciones morales. A través de ellas no solo se producen diagnósticos y terapéuticas, sino que también se definen corporalidades y anatomías morales (Epele, 2002) específicas para las mujeres de mediana edad, fundadas ambas en la pérdida del potencial reproductivo y en la necesidad de compensar, recomponer y extender la función materna para preservar *la condición femenina por naturaleza* y *restablecer un equilibrio emocional*.

Esta serie de nociones, tal como han dejado al descubierto los estudios feministas, responden a la configuración de una matriz heterosexual que controla la reproducción de los cuerpos y modula las subjetividades de las mujeres. El conjunto de estas prácticas reguladoras son legitimadas a través de la esencialización del potencial reproductivo del cuerpo de las mujeres, de sus emociones y de la institución de la maternidad y, como corolario de ello, de las prácticas de cuidado.

En el siguiente apartado analizo las interrelaciones históricas establecidas entre las emociones, el género y la elaboración de diagnósticos y terapéuticas ligados con la construcción de mujeres en las sociedades occidentales.

Entre emociones, racionalidad y *desequilibrios*: La dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia

Tal como señalan Lutz y Abu-Lughod (1990), en los estudios antropológicos las emociones han sido ligadas con la interioridad del cuerpo natural y, debido a ello, entendidas como dimensiones universales de la experiencia humana, no aprendidas y difíciles de controlar.

Bajo la misma lógica esencialista, la estipulación del cuidado como una práctica eminentemente femenina en los saberes y las prácticas legas y expertas ha sido anclada en las cualidades biológicas —innatas— atribuidas a las mujeres. Estas han sido legitimadas por medio de la creación de estereotipos centrados en un conjunto de emociones adjudicadas a las mujeres, que históricamente fijaron modos de hacer mujeres en Occidente, es decir, modos de subjetivación.

El entrelazamiento entre maternidad, cuidados y emociones fue puesto en un primer plano por estudios antropológicos que investigaron la posición subordinada de las mujeres con respecto a los hombres en sociedades no occidentales (Rosaldo y Lamphere, 1974).[7] En un artículo incluido en dicha compilación, Ortner (1974) planteó que la posición de inferioridad femenina respondía a características específicas de la corporalidad de las mujeres, en particular, a las funciones reproductivas que las asociaban con la esfera de la naturaleza. Por otro lado, para el caso de las sociedades occidentales, Badinter (1991:12) destaca que la creación de la idea del "instinto maternal", dado por la "existencia de un amor madre-hijo espontáneo", promovió la creencia de un comportamiento materno universal arraigado en la naturaleza de la mujer. Según la autora, tal creación se remonta a la Francia del siglo XVIII, momento en el cual la reproducción y el cuidado de los niños adquirieron relevancia para sostener la economía y la seguridad de los Estados. En relación con esto, Tronto (1987 y 1994) expone la vigencia de las asociaciones entre mujeres, cuidado y amor de madre y cuestiona el concepto de una esencia femenina centrada en lo particular y sentimental y los preceptos sociales derivados de ello. Estas prácticas se oponen a aquellas asignadas a los hombres, identificados con la razón y con el dominio de los espacios públicos. Por su parte, en su análisis sobre el proceso de acumulación originaria en Europa Occidental entre finales del siglo XVI y el siglo XVII (siglos anterior y posterior a la implantación del capitalismo en la Europa Occidental), Federici (2015) plantea que dicho proceso implicó la construcción de un "nuevo orden patriarcal". Una pieza clave de este fue una "nueva división sexual del trabajo", es decir, un "nuevo contrato sexual" que definía a las mujeres exclusivamente como madres, esposas, hijas, viudas y las categorizaba como seres más emocionales, condición que las volvía incapaces de manejarse por sí mismas. Esta caracterización justificaba y habilitaba que estuvieran sujetas a la tutela de los hombres y del Estado.[8]

7 Según Narotzky (1995), las primeras críticas a estas propuestas fueron planteadas por el feminismo marxista, que señalaron la necesidad de desligar las categorías femenino/masculino de su componente biológico y entenderlas como el resultado de un conjunto de factores sociales y culturales que crean la diferencias entre hombres y mujeres. Además, enfatizaron el sesgo etnocentrista implicado en el uso de esquemas estructuralistas que extrapolaban los significados de las categorías binarias y occidentales (naturaleza/cultura, femenino/masculino, doméstico/público) a sociedades no occidentales.

8 Según la autora estos términos ocultaron y precarizaron su condición de trabajadoras, al tiempo

En síntesis, la maternalización de las mujeres, un fenómeno que abarcó al mundo occidental y occidentalizado entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XX, generó la "confusión entre mujer y madre, femineidad y maternidad" (Nari, 2004: 101). En Argentina se construyó a partir del descenso de los nacimientos debido a su control y planificación, y del ingreso de las mujeres en el mercado de trabajo, situación que implicó la "ausencia del hogar" y la "desatención de los hijos". Estas prácticas y tendencias sociales provocaron la preocupación de médicos y funcionarios estatales porque ponían en cuestión el modelo de familia patriarcal y, por lo tanto, promovieron la reformulación del sujeto femenino a sujeto femenino-madre.

La revisión conceptual anterior expone no solo el carácter socialmente construido de las emociones en función de la especificidad de condicionamientos históricos, económicos y políticos considerados en cada caso, sino también las relaciones de poder que comportan y el uso político de estas (Lutz y Abu-Lughod, 1990). A la vez, demuestran que en la dimensión psi de las narrativas biomédicas se refuerzan estereotipos y moralidades de género congruentes con una matriz binaria heterosexual que históricamente ha modulado los modos de hacer sujetos en Occidente. La identidad femenina, definida a partir del potencial-emocional-reproductivo del cuerpo de las mujeres, las confina al cuidado de los otros. Estas consideraciones permiten entender por qué la *pérdida de la fertilidad* es constituida como un *factor depresógeno*. En otras palabras, si la mujer es reducida a sus capacidades reproductivas, la llegada de la menopausia implica un *desequilibrio emocional*. Si el imperativo moral vinculado con los modos de hacer mujeres en las sociedades occidentales está centrado en la maternidad y el cuidado de los otros, la mujer menopáusica trasciende dicho mandato porque su corporalidad está marcada por la imposibilidad "natural" de asumir aquel rol históricamente impuesto. Por lo tanto, desafía los límites de la matriz heterosexual que regula la construcción de subjetividades socialmente aceptadas o, en este caso, cuestionadas.

Por otro lado, podemos observar que la dimensión psi incluida en la biomedicalización actual de la menopausia ha sido precedida por operaciones discursivas y prácticas que estipularon relaciones de causalidad entre el aparato reproductor femenino y el comportamiento de las mujeres, así como la necesidad

que legitimaron a los hombres un libre acceso a sus cuerpos. Desde entonces, las mujeres perdieron progresivamente el control sobre sus cuerpos: los úteros se transformaron en un territorio político controlado por los hombres y el Estado.

de reproducir y sostener órdenes sociales y políticos particulares (Martin, 1989; Laqueur, 1994; Lock, 1993 y 1998).

Por último, los indicadores y presupuestos identificados en la construcción de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia abren una reflexión acerca de las consecuencias que estas conceptualizaciones y prácticas suponen en el contexto del proceso de atención de las mujeres en el transcurso de sus menopausias. Mientras que en el caso del *dominio psiconeurobiológico* se pone en juego la idea de un yo neuroquímico (Rose, 2012) organizado por una escasez y/o ausencia de las *hormonas de la sexualidad* (conducente a un *desequilibrio emocional* que las mujeres están obligadas a restablecer siguiendo las prescripciones médicas), en *la pérdida de la fertilidad* interviene la idea de que las mujeres están habitadas por un malestar inconsciente e indecible. Ambos casos suponen que las mujeres menopáusicas están "controladas/descontroladas" por un yo afectado a causa de la *disminución de las hormonas femeninas*. Pero la configuración biomédica de dicho dominio no solo se relaciona con la suposición de que los dos factores generan *estados emocionales de angustia y tristeza*, sino también con el hecho de que deben prescribirse estrategias para abordarlos. Ello requiere traducir la descripción de las sensaciones corporales e inferir los *verdaderos motivos de consulta* preestablecidos por los diagnósticos. Esta última presunción representa una dificultad referida a la elaboración de estos y las terapéuticas sobre el dominio psi: ¿cómo acceder al conocimiento y, luego, discriminar qué es lo que afecta a las mujeres? ¿La *ausencia de hormonas* que da lugar a la emergencia del llamado *dominio psiconeurobiológico* y a la *pérdida de la fertilidad* o ambos? En este sentido, durante el proceso de atención, las escuchas de las pacientes están mediadas por el presupuesto de que las mujeres menopáusicas tienen sus capacidades racionales cooptadas por *particulares estados emocionales*. Así, sujetas a una irracionalidad inherente al periodo, cualquier sensación posible será interpretada indefectiblemente en un sentido unidireccional que omite y descalifica lo que las mujeres puedan o quieran expresar sobre sí mismas.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo abordé parcialmente la creación y circulación de un dominio psi en la biomedicalización de la menopausia, entendiéndolo como el conjunto de *síntomas* vinculados con transformaciones en las emociones y los estados de ánimo de las mujeres a partir de la menopausia. Es decir, a través de un análisis centrado en las narrativas de médicos/as especializados/as en ginecología,

indagué en los indicadores, contenidos, presupuestos que configuran un dominio psi en la biomedicalización de la menopausia y las terapéuticas implicadas en ellas.

Algunas cuestiones centrales para recapitular del análisis presentado son, si bien fue abordado de manera superficial, la importancia que les otorgan las mujeres a las consultas ginecológicas. Este dato fue estratégicamente mencionado porque expone el valor y la autoridad que representa la figura de los/las ginecólogos/as para atravesar las menopausias. Además, da cuenta del segmento inicial del proceso de circulación de saberes y prácticas expertas, situación que se materializa en el espacio de encuentro de la consulta y la recepción de información que las mujeres pueden recibir de sus ginecólogos/as, o de los posibles intercambios que pueden establecerse con ellos/as. Pero el proceso de circulación de dichos saberes y prácticas trasciende los límites del consultorio, es decir, lo que las mujeres entienden y se llevan de las consultas, sumado a los imaginarios que prevalecen en los medios masivos de comunicación, son luego apropiados y resignificados tanto por ellas, como por otros. En ese entramado toma forma la creación de un sentido común sobre la menopausia, creación que incluye el conjunto de saberes y prácticas expertas. Se trata, en síntesis, de una política de las miradas (Epele, 2007) que, en este caso, incluye un conjunto de saberes y prácticas biomédicas que constriñen y modulan las subjetividades de las mujeres de mediana edad.

La creación de un dominio psi en la biomedicalización de la menopausia involucra dos aspectos nodales que desde las miradas biomédicas inciden en los estados de ánimo: *el dominio psiconeurobiológico* y *la pérdida de la fertilidad*. Estos aspectos comparten dos características básicas, son adjudicados al *descenso de las hormonas femeninas* y no son observables ni mensurables de manera directa. Dadas estas características, para construir y materializar un diagnóstico es necesario realizar una anamnesis (que suele ratificarse con *dosajes sanguíneos*), cuyo fin es reafirmar un diagnóstico preestablecido. Esto significa que en los cuestionarios médicos las respuestas de las mujeres son desconsideradas o, directamente, las descalifican toda vez que se asume que *están desequilibradas hormonal y emocionalmente* y, por lo tanto, son incapaces de identificar lo que los/las médicos/as suponen que realmente les pasa: *la tristeza por la pérdida de la fertilidad*.

La construcción y puesta en circulación de estos saberes expertos sobre la menopausia presentada genera un nuevo sentido común sobre una *psicología o estado de ánimo inherente a la mujer menopáusica* y, con ello, la imposición de un estereotipo femenino basado en características biológicas-hormonales

cuyo sustento empírico es endeble. En este sentido, puede ser entendida como una de las miradas políticas que integra la biología local de la menopausia en mujeres heterosexuales de clase media que residen en el AMBA. Por último, una pregunta dilemática que se desprende de esta mirada es: ¿qué tipos de experiencias corporales se promueven a partir de la inclusión de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia? De alguna manera, el relato de Carolina ilustra los niveles de malestares que pueden llegar a sentir las mujeres. No obstante, resta explorar cómo los saberes y las prácticas expertas son usados y apropiados por ellas, es decir, las diferentes miradas que se desarrollan en torno a ellos y los posibles malestares y tensiones que emergen en el contexto de la vida cotidiana.

Referencias bibliográficas

ALVES, Paulo César B. y RABELO, Míriam Cristina M. (1999). "Significação e metáforas na experiência da Enfermidade", en: Rabelo, M., Alves, P. y Souza, I. (comps.), *Experiencia de doença e narrativa*. Río de Janeiro: Fiocruz, pp. 171-187.

BADINTER, Elizabeth (1991). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal Siglos XVII a XX. Buenos Aires: Paidós.

BARRANCOS, Dora (1993). *Historia y género.* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

_____ (2007). *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos*. Buenos Aires: Sudamericana.

BELL, Susan (1987). "Changing Ideas: The Medicalization of Menopause". *Social Science and Medicine,* nº 24, pp. 543-535.

BIDASECA, Karina y VAZQUEZ LABA, Vanesa (comps.) (2011). *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina.* Buenos Aires: Godot.

BROWN, Josefina L. (2008). "El aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales", en: Pecheny, Mario, Figari, Carlos y Daniel Jones (comps.), *Todo sexo es político*. Buenos Aires: Libros del Zorzal, pp. 277-295.

BUTLER, Judith (1992). "Problemas de los géneros, teoría feminista y discurso psicoanalítico", en: Nicholson, Linda (comp.), *Feminismo/Posmodernismo.* Buenos Aires: Feminaria, pp. 75-95.

_____ (2005). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

CANO, Virginia (2015). Ética tortillera. Ensayos en torno al Éthos y la lengua de las amantes. Buenos Aires: Madreselva.

DAICH, Débora (2008). "Buena Madre. El imaginario maternal en la tramitación judicial del infanticidio", en: Tarducci, Mónica (org.), *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio, pp. 61-86.

DE BOCCHINO, Stella (2005). "Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio". *Revista de Psiquiatría Uruguaya,* vol. 70, nº 1, pp. 66-79.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura (2003). *Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia.* Madrid: Desclée.

DEL MONACO, Romina (2014). "Emociones, géneros y moralidades: modos de padecer migraña en Buenos Aires, Argentina". *Antípoda,* nº 19, Bogotá, mayo-agosto, pp. 121-142.

_____ (2017). *Idiomas del dolor crónico. Experiencias y saberes a partir de la migraña*. Buenos Aires: Biblos.

DEUTSCH, Helene (1960). *La psicología de la mujer II*. Buenos Aires: Losada.

EPELE, María (2002). "Scars, Harm and Pain". *Journal of Ethnicity in Substance Abuse,* vol. 1 nº 1, pp. 47-69.

_____ (2007). "Etnografía, fragmentación social y drogas: hacia una política de las miradas". *Etnografías Contemporáneas,* año 3, nº 3, septiembre, UNSAM, pp. 117-140.

FAUSTO-STERLING, Anne (2000). *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nueva York: Basic Books.

FEDERICI, Silvia (2015). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.

GARCÍA, Guadalupe (2009). "Cuerpo y narrativa: Una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires". *Horizontes Antropológicos,* **año 15,** nº 32, pp. 247-272.

GOOD, Byron (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona: Bellaterra.

GRIMBERG, Mabel (2003). "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH". *Cuadernos de Antropología Social*, nº 17, agosto. Buenos Aires, pp. 79-99.

_____ (2009). "Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires". *Cuadernos de Saúde Pública,* vol. 25, nº 1, Río de Janeiro, pp. 133-141.

HARAWAY, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Madrid: Cátedra, Universitat de Valencia e Instituto de la Mujer.

HARDING, Jennifer (1996). "Sex and Control: The Hormonal Body". *Body and Society,* vol. 2, pp. 99-111.

LAQUEUR, Thomas (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Barcelona: Cátedra/Feminismos.

LAZNIK, Marie-Christie (2005). *La menopausia. El deseo inconcebible*. Buenos Aires: Nueva Vision.

LOCK, Margaret (1993). *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America.* Berkeley: University of California Press.

_____ (1998). "Anomalous Ageing: Managing the Postmenopausal Body". En: *Body and Society*, vol. 4, pp. 35-61.

LUPTON, Deborah (1996). "Constructing the Menopausal Body: The Discourses on Hormone Replacement Therapy". *Body and Society,* vol. 2, pp. 91-97.

LUTZ, Catherine y ABU-LUGHOD, Lila (1990). *Language and the Politics of Emotion*. Nueva York: Cambridge University Press.

MARGULIES, Susana, BARBER, Nélida y RECODER, María Laura (2006). "VIH-SIDA y 'adherencia' al tratamiento. Enfoques y perspectivas". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología,* nº 3, pp. 281-300.

MARGULIES, Susana (2010). "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina". *Intersecciones en Antropología,* nº 11, pp. 225-215.

MARTIN, Emily (1989). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

MASSON, Laura (2007). *Feministas en todas partes. Una etnografía de espacios y narrativas feministas en Argentina.* Buenos Aires: Prometeo.

MBEMBE, Achille (2016). *Crítica de la razón negra*. Barcelona: NED.

MURILLO, Susana (2015). "La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza". *Voces en el Fénix,* nº 22, pp.70-77. Disponible en: www.vocesenelfenix.com. Fecha de consulta, 25/03/2016.

NARI, Marcela (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.

NAROTZKY, Susana (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en Ciencias Sociales*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1981). "Investigaciones de la menopausia en los años ochenta". *Serie de Informes Técnicos,* nº 670, Ginebra.

ORTNER, Sherry (1974). "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?", en: Rosaldo, Michelle Z., and Lamphere, Louise (eds.), *Woman, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press, pp. 67-87.

PARDO, Eva S., FINKLE, Joshua, GONZALEZ TORRES, Miguel A. y GAVIRIA, Moisés (2013). "Depresión perimenopáusica: una revisión". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* vol. 33, nº 120, pp. 681-691.

PLOTKIN, Mariano (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.

RABELO, Miriam y SOUSA, Iara (2003). "On the Meaning of Nervoso in the Trajectory of Urban Working-Class Women in Northeast Brazil". *Ethnography*, vol. 4, nº 3, pp. 333-361.

RICŒUR, Paul. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.

_____ (2000). *Tiempo y Narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*. México DF: Siglo XXI.

ROCA, Alejandra (2010). *Fragmentos, fronteras y cuerpos incógnitos. Una mirada antropológica sobre la producción y criopreservación de vida en el laboratorio*. Tesis de doctorado de la Universidad de Buenos Aires en Antropología. Disponible en: http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1331. Fecha de consulta, 7/11/2018.

ROSALDO, Michelle y LAMPHERE, Louis (1974). *Woman, Culture and Society*. Standford: Standford University Press.

ROSE, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.

SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quaterly* (nueva serie). vol 1, nº 1, pp. 6-41.

SCHWARZ, Patricia (2016). *Maternidades en Verbo. Identidades, cuerpos, estrategias y negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires: Biblos.

SEGATO, Rita (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos.* Buenos Aires: Prometeo

_____ (2011). "Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial", en: Bidaseca, Karina y Vazquez Laba, Vanesa (comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina.* Buenos Aires: Godot.

SPIVAK, Gayatri C. (2011). *¿Puede hablar el subalterno?* Buenos Aires: El Cuenco de Plata.

TARDUCCI, Mónica (2008). "Presentación", en: Tarducci, Mónica (org.), *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio, pp. 9-13.

TRONTO, Joan, C. (1987). "Más allá de las diferencias de género. Hacia una teoría del cuidado". *Signs, Journal of Woman, in Cultureand Society*, vol. 12, University of Chicago. Traducción del Programa de Democratización de Relaciones Sociales, Universidad Nacional de San Martín.

_____ (1994). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

WEBSTER BARBER, Joy (1998). "Meno-Boomers and Moral Guardians. An Exploration of the Cultural Construction of Menopause", en: Weitz, Rose (ed.), *The Politics of Women's Bodies. Sexuality, Appearance and Behaviour*. Nueva York: Oxford Press, pp. 242-252.

WEI LENG, Kwok (1996). "On Menopause and Cyborgs: Or, Towards a Feminist Cyborg Politics of Menopause". *Body and Society,* vol. 2, pp. 33-52.

WITTIG, Monique (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.

Producción de subjetividades en el autocuidado alimentario cotidiano

Aldana Boragnio

Introducción

Los saberes, las prácticas y las representaciones en torno a la comida implican y expresan las sociabilidades y las vivencias cotidianas, mientras que en el comer se intersectan tanto cuestiones biológicas como dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales. Es así que el acto alimentario también estará atravesado por relaciones de poder vinculadas con el género en función de estereotipos vigentes, a la vez que con dimensiones morales y vínculos ligados a la relación salud/alimentación/enfermedad, que se ponen de manifiesto ante experiencias corporales tipificadas como patologías, como son la obesidad, la anorexia, la bulimia y los múltiples trastornos de la conducta alimentaria.

Al mismo tiempo, si tenemos en cuenta que comer es una práctica esencial para la reproducción física, social y simbólica tanto del individuo como de la sociedad, la organización geopolítica de los alimentos condicionará la disponibilidad y el acceso a estos, por lo que hoy encontramos diversas formas del hambre en relación con la localización geopolítica y social de los sujetos.

Ante ello, se vuelve esencial situar el acto alimentario en un contexto determinado. El presente escrito parte de líneas de indagación que surgieron del trabajo de campo de una investigación en torno a las prácticas alimentarias de mujeres trabajadoras en oficinas públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Para ello se realizaron doce entrevistas en profundidad a mujeres trabajadoras en una dependencia de la Administración Pública Nacional ubicada en CABA, con edades, puestos laborales y áreas de trabajo diferentes. Las entrevistas fueron realizadas entre junio de 2016 y diciembre de 2017, y el tamaño de la muestra fue dado por la saturación teórica.

Entendiendo que el autocuidado implica un comportamiento que supone la adopción de prácticas (auto) referenciales y la responsabilidad de una permanente atención-cuidado-control de sí, el propósito de estas páginas es explorar los procesos de autocuidado sobre la base de los saberes y las prácticas ligados a la alimentación. En tanto estos mecanismos de autocuidado se configuran como técnicas de subjetivación que modelan, regulan y conforman modos de subjetivación de lo femenino vinculadas con la gestión y con el control de los cuerpos, también se constituyen como mecanismos de control y autorregulación de las mujeres en su vida cotidiana. En estas páginas nos acercaremos a cómo las mujeres entrevistadas llevan adelante acciones concretas y ponen en práctica saberes específicos en torno a la alimentación para organizar y regular la planificación, elaboración y el consumo de sus comidas cotidianas. Así, a partir de ello, será posible explorar la forma en que dichas prácticas, que se desarrollan en el contexto de sus vidas cotidianas, contribuyen a moldear las subjetividades.

La estrategia de presentación será la siguiente: en primer lugar, describimos la relación entre los procesos de autocuidado y los saberes expertos; luego, a partir de fragmentos de entrevistas que nos permitan observar la relación del autocuidado y de las prácticas del dietar,[1] indagamos en el sentido del autocuidado desde la perspectiva de los propios actores sociales, en este caso de las mujeres entrevistadas.

Técnicas de alimentación: de la medicalización a las prácticas de subjetivación

La ingesta de alimentos incluye un conjunto de acciones, actos y procesos que implican consecuencias físicas, simbólicas y sociales dado que, a partir de ellas, se construyen fisiológicamente los cuerpos, se configuran identidades sociales a partir de los modos legítimos del comer y se conforman las energías corporales necesarias para estar en condiciones para la propia reproducción y para la acción. Al centrarnos en estas relaciones encontramos que, ya sea desde un punto de vista antropológico, histórico, sociocultural, biomédico o psicológico, la alimentación constituyó una preocupación para todas las sociedades.[2]

Antes del siglo XVIII, de acuerdo con la "teoría médica de los humores" que relacionaba la alimentación y los estados del cuerpo, encontramos que la

1 "Estar a dieta" se encuentra asociado a una acción terapéutica o curativa frente a una enfermedad, pero "dietar" refiere a un comportamiento normativizado ligado a la "ración limitada, prohibición, restricción, abstinencia y deprivación hedónica" (Katz, 2010: 82).

2 Para profundizar en los diversos estudios sobre alimentación, véase Messer (1995).

comida era considerada equilibrada y contenedora de las cualidades nutricionales cuando incluía cierta combinación de especies y sabores.[3] Esto respondía a que ambos eran entendidos como nutrientes medicinales que modificaban los estados del cuerpo en función de características como su temperatura, textura y combinaciones (Flandrin y Montanari, 2011). Luego, desde una perspectiva biomédica moderna occidental, también hallamos una estrecha relación entre alimentación y los procesos de salud-enfermedad (Beardsworth, 1995), los cuales se conformaron como un eje principal de los procesos de medicalización de la alimentación.

La medicalización —la comprensión de fenómenos de la vida cotidiana en términos de enfermedad— es un proceso histórico-social de secularización que se extendió a diversas áreas de la vida social. De esta manera, se conformó la definición de diversos problemas sociales en términos médicos a través del uso de un lenguaje médico para describirlos y de la adopción de intervenciones médicas para abordarlos (Conrad, 1992). Por su parte, la alimentación no quedó por fuera de este proceso y, en el siglo XX, se formalizó el conocimiento a partir de la consolidación de la nutrición como un campo del conocimiento científico (Poulain, 2002; Gracia-Arnaiz y Comelles, 2007).

Durante la primera mitad del siglo, el foco estuvo puesto en el descubrimiento de nutrientes esenciales y en la definición de las necesidades mínimas nutricionales, lo que dio lugar a las guías dietéticas con recomendaciones con el fin de evitar las enfermedades por carencias y la desnutrición. En cambio, en la segunda mitad del siglo XX se comenzó "a explorar la relación entre dieta y enfermedad desde un punto de vista más amplio, es decir, desde una perspectiva ecológica" (Menéndez Patterson, 2008: 56).

El proceso de consolidación de la nutrición se dio de la mano de un empresariado moral de los grupos profesionales, la medicalización de la práctica cotidiana, la extensión del control social y la idea de sujetos "libres para elegir" (Rose, 1989: 13) qué, cuándo, cómo y dónde comer. Este proceso se dio con el acompañamiento de la publicidad como eje de la expansión de la industria alimentaria (De Moraes *et al.,* 2019).

En el transcurso de la década de 1960 se instala la delgadez como valor estético central de las sociedades occidentales (Lipovetsky, 1997). Pero es en los años ochenta que se establecen y regulan las nuevas pautas alimentarias relativas

3 Para profundizar, véase Boragnio (2018).

a una "buena alimentación". En esta instancia, se materializa la participación de la industria alimenticia en su fomento, a partir de la incorporación de etiquetas informativas en los alimentos (Díaz-Méndez y González-Álvarez, 2013). En ellas, se detallan las calorías en la descripción nutricional, configurándose así un enlace entre la alimentación, el discurso científico y el mercado de los alimentos.

Al mismo tiempo que se conformaba un saber específico sobre el comer, se constituía su patologización a partir de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA),[4] los cuales se ubican en relación con los patrones alimentarios aceptados para un cuerpo normalizado. Los primeros modelos y teorías en torno a los TCA se dieron en la década de 1930 y sugerían que su raíz se formaba en la relación madre-hija, en donde se buscaba lograr la autonomía y el control (Rodríguez Guarín y Gempeler Rueda, 2014). Pero ya para fines de los años setenta se puso el énfasis en la "familia psicosomática, en la cual los síntomas alimentarios desempeñan el papel de mantener el *status quo* del funcionamiento familiar" (Rodríguez Guarín y Gempeler Rueda, 2014: 339). Luego, para la década de 1980, las explicaciones se centraron en los factores socioculturales, específicamente en el ideal de belleza y en la necesidad de la delgadez para alcanzarla.

En relación con los TCA, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV)* reconoce varios tipos diferentes que comparten como características la preocupación por el peso, los alimentos y la figura corporal, pero sin considerar que estas preocupaciones son conformadas y se encuentran organizadas socialmente. Y, aunque la autoimposición de la forma, calidad o cantidad de los alimentos no es nueva,[5] la magnitud de las publicaciones sobre los TCA ha crecido en los últimos años del siglo XX, pero con diferentes volúmenes de investigación y con grandes dificultades en su clasificación (Saldaña, 2001).

En los años noventa, se afianza el concepto de métodos racionales en la búsqueda de delgadez, aunque la idea que relaciona alimentación y aspecto físico ya estaba establecida —principalmente en la publicidad dirigida a las mujeres—. En este sentido, la década de 1990 "es la década de las dietas para adelgazar y la expansión de los productos Light, la amplia difusión de la sacarina o la

4 El término *trastornos de la conducta alimentaria* proviene del inglés *eating disorders*, el cual se traduciría literalmente como "desorden al comer", lo que lo ubicaría por fuera del trastorno y su patologización clínica (Gracia Arnáiz y Comelles, 2007).

5 Desde épocas muy antiguas se documenta la inanición autoimpuesta, en el silgo XIII se utilizaba como un modo de mortificación para alcanzar la pureza (Rossi, 2013).

consolidación de la presencia en el mercado de los productos en los que se destaca su bajo nivel calórico" (Díaz-Méndez y González-Álvarez, 2013: 133).

En este punto se vuelve clave remarcar que, al mismo tiempo que se conformaba la delgadez como modelo de salud y la publicidad expandía las diversas prácticas cotidianas para lograrlo, las políticas alimentarias del sur global tomaban nuevos rumbos en consonancia con el aumento de los sectores más desfavorecidos (Eguía y Ortale, 2004; Scribano, 2008). En el año 2001, en Argentina, se materializó una crisis político-económica caracterizada por el aumento de los precios, el desempleo y la disminución de los ingresos, que generó la caída de la capacidad de acceso a los alimentos. Como consecuencia directa de la crisis se produjeron grandes transformaciones en torno a las prácticas del comer, en las cuales los sectores medios y altos mantuvieron el patrón alimentario diversificando los consumos al compás del crecimiento de la oferta comercial, mientras los sectores menos favorecidos perdieron variedad en sus canastas de consumo (Aguirre, 2005).

Así, las distancias materiales y sociales de los diferentes sectores sociales se profundizaron a partir de la distinción de la nueva sensibilidad gastronómica, de modo que, como indica Matías Bruera, mientras el hambre se conformaba como una imagen costumbrista del paisaje cotidiano nacional, los paladares afinaban sus gustos, "haciendo de la distinción de los sabores un valor agregado para el vínculo social y cultural" (2006: 26). En este sentido, el surgimiento de lo *gourmet* en la Argentina se dio en un escenario social, económico y político en el que convergieron dos procesos enfrentados. Mientras una parte de la población resultaba excluida de la comida, otro sector social refinaba su paladar seducido por la espectacularidad y la mercantilización tanto de los alimentos como del comer entendido como una experiencia simbólica sensible.

Con el comienzo del nuevo siglo, los distintos discursos sobre el sujeto se enfrentan a la idea de delgadez extrema de la década anterior, apareciendo la salud como valor supremo. El discurso médico impregna los discursos alimentarios y las prácticas de la nueva década, popularizando/masificando la información sobre los efectos beneficiosos o perjudiciales de los alimentos, sacralizando algunos y "demonizando" otros. En este marco, se comienza a instalar la idea de "lo sano" como belleza y la posibilidad de ser alcanzada mediante el comportamiento individual (Boragnio, 2015), de modo que las cuestiones que organizan el comer —y sus transgresiones— serían de elección personal, quedando la práctica y sus consecuencias como responsabilidad de las personas.

A partir de estos procesos, la asociación entre alimentación y salud se fue expandiendo por todas las sociedades occidentales, y puede ser identificada en múltiples discursos en los cuales se invoca "el carácter bio-psico-social de los trastornos, pero solo alientan investigación en la esfera de lo bio, y algo en lo psico" (Gracia Arnáiz y Comelles, 2007: 33). Una de las características principales que se produce en el entrecruzamiento entre el proceso de expertización[6] (Pecheny *et al.,* 2003) de la alimentación y los cambios y desregulaciones que se dan en las normas de alimentación contemporáneas en las sociedades occidentales desarrolladas[7] es que la alimentación deja de estar ligada a normas, pautas y valores compartidos de la comida en comunidad (Aguirre, Díaz Córdova y Polischer, 2015), y se centra en un proceso de individualización de las elecciones en el cual se configuran representaciones de sujetos que se fabrican a sí mismos y son capaces de controlar su cuerpo, su vida laboral y su vida afectiva dentro de un orden específico que los ubicará en la "normalidad" o en la "patologización" (Gracia Arnáiz y Comelles, 2007). De este modo, la alimentación se constituye como un problema que queda bajo la responsabilidad de los individuos, reducido a sus voluntades y biografías particulares. En este sentido, la alimentación se organiza cada vez más diferencialmente entre las edades, las clases, los géneros y se adecuan de modo diverso a los nuevos discursos y prácticas del comer, del consumir, de la estética y del cuidado de sí, en lo que Gracia Arnáiz y Comelles llamaron *normalización dietética*, lo cual refiere a

6 Se denomina *expertización* al "proceso por el cual personas que viven con enfermedades crónicas adquieren un determinado número de conocimientos que los alejan de su situación de legos, en particular en materia médica, y los acerca a aquellos que detentan el saber legítimo —los profesionales— pudiendo ser estos conocimientos 'discursivos' o 'prácticos'" (Del Monaco, 2009: 5). En este caso, este concepto nos permite pensar los procesos en los que la alimentación adopta variedad de discursos que la explican a la vez que estos se vuelven masivos y son tomados por las personas como conocimientos propios.

7 Diferentes autores denominan a estos cambios *modernidad alimentaria*. La misma refiere al sistema de alimentación que se fue conformando en las sociedades industrializadas a partir de los cambios político-socioeconómicos dados desde los años sesenta. Además, está señalada como una alimentación globalizada, homogeneizada, industrializada, procesada, desestructurada e individualizada, la cual se caracteriza por la proliferación de los miedos alimentarios (Contreras Hernández, 2005), que convive con la malnutrición como el principal problema alimentario en el nivel global (FAO, 2016).

> (…) la construcción de un patrón alimentario específico —la dieta equilibrada— con base en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos y la prescripción de un conjunto de disposiciones relacionadas con el modo de establecerlo, cuándo y en compañía de quiénes; sus objetivos son homogenizar la vida cotidiana (2007: 236).

Al mismo tiempo que esta tendencia se desliza hacia la desregulación de las pautas que estructuran el evento alimentario, aumenta la intensidad de las reglas, los métodos y las técnicas de cuidado del cuerpo, convertidas en reglas de consumo y en "técnicas del yo" que transforman a las prácticas alimentarias en preocupaciones de índole médica y morales (Lupton, 1996) y en acciones sobre los cuerpos, los pensamientos y las conductas. Y esta transformación tiene como fin lograr salud, identidad y felicidad a través de la autoinspección, la autoproblematización y el automonitoreo según los criterios provistos por los saberes expertos (Rose, 1989).

Si, como indicaba Foucault, "la medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social" (1977: 5), la búsqueda de lo saludable, como eje principal de las prácticas del comer médicamente correctas, se convierte en una tecnología del cuerpo social. Es decir, en un conjunto de prácticas que regulan, desde lo corporal, tanto el consumo como el control y la disciplina.

Los saberes y las prácticas expertas sobre la alimentación se entrelazan y se instalan transversalmente en la cotidianeidad en relación con los medios de comunicación, la moda, el comercio, la industria del deporte. En este sentido, la expertización de la alimentación "sustituye las razones gastronómicas o simbólicas, sobre las cuales se articulan las decisiones alimentarias, a las razones de orden médico" (Poulain, 2002: 194), de bienestar o morales (Montanari, 2004; Fischler, 2010), constituyendo nuevas normas y explicaciones al porqué de lo que se come.

Como podemos observar, la alimentación, como una tecnología de subjetividad, aparece como un problema que debe ser conducido y controlado. Para ello, se lo rodea de un lenguaje específico y se formaliza su conocimiento en un saber específico, que se liga a la nutrición para su control y a lo "psi" para su patologización. Así, las prácticas del comer constan de métodos, técnicas, lenguaje, según los cuales los individuos se evalúan, controlan, desplegando acciones específicas sobre su cotidianeidad a partir de prácticas de subjetivación, como es la dieta.

Autocuidado como práctica cotidiana

La noción de *autocuidado* —ligada a la perspectiva foucaultiana del "cuidado de sí", como un conjunto de prácticas a partir de las cuales la persona establece una relación consigo mismo constituyéndose sujeto de sus propias acciones— fue trabajada desde la antropología de la salud para analizar la relación entre médicos y pacientes en enfermedades crónicas y la delegación de la responsabilidad del tratamiento médico, a partir de una estrategia terapéutica que María Epele (1997) ha denominado *complejo de (auto)cuidado*. Este concepto permite describir el modo en que el sistema de saberes sobre el sujeto y la subjetividad promueve, a partir de nuevas formas de "técnicas del yo", la adopción de un determinado modo de vida que incluye prácticas y estrategias específicas para el cuidado de sí. Al mismo tiempo, responsabiliza a los sujetos del curso que tome la enfermedad (Del Monaco, 2017). Así,

> (…) el control, que en el proceso de atención de la salud ha sido presentado tradicionalmente para el lugar del paciente como "ser controlado por", resulta sustituido en esta estrategia por el "controlar (se)", es decir desarrollar un conjunto de comportamientos (auto)referenciales y normalizados. De este modo, el (auto)control como eje terapéutico y de transmisión de una normalidad supone como alternativa opuesta y no explicitada: el (des)control, referido a una actitud de sujeto respecto a su modo de vida, signada por la ausencia de un ajuste de las conductas propias, al intervalo definido por el saber médico (Epele, 1997: párr. 10).

Es importante remarcar que en las lógicas de autocuidado —en este caso vinculadas con la alimentación y el comer— no existe el traspaso de un saber experto, sino que se despliegan los saberes y se traslada la responsabilización de la administración de las prácticas (Candil, 2013). Este desplazamiento se conforma a partir de "indicaciones" profesionales, acompañado de un saber práctico (Giddens, 2006) generado, producido y reproducido en la cotidianeidad del comer. En este sentido, los sujetos no solo son sometidos a un control permanente que toma la vida cotidiana siendo ellos los responsables, sino "consecuentemente se produce una culpabilización hacia el sujeto de falta de cuidado de sí cuando la enfermedad adquiere otro rumbo y no cumple con las expectativas esperadas" (Del Monaco, 2009: 5).

De este modo, comprendiendo el autocuidado como el comportamiento que supone la adopción de una conducta (auto)referencial y la responsabilidad de una permanente atención-cuidado-control de sí, podemos abordar y pensar la experiencia del comer de las mujeres entrevistadas. La mayoría de ellas dijeron haber hecho dieta en algún momento de su vida y varias incluso comentaron estar "haciendo dieta". Esta particularidad fue ratificada por una trabajadora que vendía cotidianamente viandas de almuerzo en su lugar de trabajo, quien al ser consultada sobre qué tipo de comidas elige para realizar el menú cotidiano, respondió que principalmente verduras porque "acá todo el mundo hace dieta".[8]

A partir de lo expuesto, en las páginas que siguen, nos acercaremos al dietar como una práctica de autocuidado, ya que esta nos brinda la posibilidad de centrarnos en actividades que las mujeres implementan de forma cotidiana para su cuidado personal, guiadas por los diversos discursos de la alimentación. Dichas prácticas se insertan en el día a día revistiéndolo de una lógica de autocontrol, normalización, automonitoreo y autoevaluación, y suponen la modificación del cuerpo y de su imagen, en búsqueda de características socialmente legitimadas; en concreto, la delgadez y lo saludable.

La dieta y lo saludable como prácticas de autocuidado

La palabra *dieta*, etimológicamente, proviene del latín *diaeta*, y esta del griego δίαιτα (díaita) que significa "régimen de vida". Luego, el concepto pasó a referirse al régimen de alimentación prescripto por médicos. Por lo tanto, el "régimen de vida" de la Antigüedad se medicalizó y comenzó a ser prescripto por un especialista de prácticas expertas derivadas de la biomedicina.

Las mujeres entrevistadas dijeron que "hacen dieta" o que "se cuidan". A continuación, realizaremos un recorrido sobre estos significantes, en búsqueda de sus especificidades y para acercarnos a la apropiación de estas prácticas y saberes. Si bien podemos encontrar algunas diferencias en relación con la edad de quienes utilizan cada término o con las implicancias temporales que llevarían cada práctica, en estas páginas las utilizaremos como sinónimos, ya que ambas están ligadas a seguir un régimen alimentario no ligado a enfermedades específicas, sino a estar delgadas y/o saludables, autoimpuesto y centrado en concepciones morales sobre los alimentos como son lo "sano", "saludable" o "a evitar".

8 En adelante, emplearemos el uso de comillas en letra redonda para señalar las categorías y conceptos empleados por las mujeres entrevistadas.

El propósito de centrarnos en la alimentación es que, en primer lugar, está directamente relacionada con la producción y reproducción de los cuerpos y las subjetividades que comportan estas prácticas, a partir de una matriz normativa que estipula qué cuerpos son sanos y cuáles no, desde criterios socialmente valorados que se vuelven morales. Todo ello sin olvidar la importancia que posee en las cuestiones relevantes a los problemas de salud y a la obesidad como enfermedad crónica y como epidemia global (FAO, 2016).

La dieta: el autocuidado saludable

Entre las mujeres que dijeron estar haciendo dieta o haberla hecho, encontramos como eje compartido dos cuestiones: en primer lugar, el motivo principal para llevar adelante la dieta es bajar de peso. A partir del siglo XX, pero con una clara intensificación a partir de los años sesenta, se transforma el lugar social de la mujer a la vez que se profundizan las normas estéticas en torno al cambio sobre la imagen corporal deseable. Así, a la par de la constitución de la cultura "lipófoba" (Lipovetsky, 1997) o "lipofóbica" (Fischler, 1995), la delgadez se convierte en un parámetro del ideal estético. En palabras de Wolf, "cuando los derechos reproductivos le dieron a la mujer occidental control sobre su cuerpo, las modelos empezaron a pesar 23% menos que mujeres normales, los desórdenes alimentarios se multiplicaron y se promovió una neurosis colectiva que usaba la comida y el peso para quitarles a las mujeres la sensación de control" (1990: 216). Como resultado de estas transformaciones sociales, "la conquista de la belleza ya no se concibe sin la búsqueda de la esbeltez, sin las restricciones alimentarias y los ejercicios corporales" (Lipovetsky, 1997: 123).

Luego, como segundo eje, las mujeres indican que la dieta es el modo de buscar un cambio de hábito que permita mantener una alimentación saludable como primera estrategia para acercarse a una vida saludable.

Para llevar adelante ambos objetivos, las mujeres ponen en práctica algunas acciones concretas. Principalmente encontramos que las entrevistadas buscan incorporar algunos alimentos específicos, al mismo tiempo que limitan la ingesta de otros. Todas las mujeres que indicaron estar llevando adelante prácticas del dietar hicieron hincapié en tener que aumentar el consumo de algunos alimentos y la disminución e incluso eliminación de otros. Una idea que se reitera en las entrevistas es que las mujeres están *"tratando de sacar un poco las carnes"* (54 años), que "*no soy de comer mucha carne, o sea que me tiro siempre más para la verdura*" (40 años), o que "*trato de comer poca carne*" (27 años). Por lo que la carne roja es

un alimento clave a evitar o a quitar de la alimentación cotidiana, mientras que las verduras son el alimento a incorporar, obligado.

En este sentido, una empleada administrativa de 54 años nos indica que está yendo a la médica nutricionista, con lo que busca bajar de peso, y nos dice:

> *(….) Estoy tratando de cambiar el hábito, porque estoy haciendo dieta y demás, pero me cuesta.*
> *P:* ¿Qué estás intentando cambiar?
> *Y comer más verdura, o sea, tratar de sacar un poco las carnes, carne roja sobre todo y comer más verdura; la idea es, si logro cambiar el hábito de la comida puedo llegar a mantenerme… o sea, me va a cambiar el metabolismo y mantenerme por más tiempo, digamos, el peso, sin necesidad de andar haciendo constantemente dieta.* [Empleada administrativa, 54 años.]

En la respuesta de la entrevistada ante sus prácticas, se visibiliza la impronta de las prescripciones médicas relacionadas con lo que en la actualidad se considera una "*alimentación saludable*" y las referencias al metabolismo como eje estructurador del funcionamiento del cuerpo.

La entrevistada busca, mediante prácticas individuales prescriptas, modificar el funcionamiento fisiológico del cuerpo para, así, lograr modificar el cuerpo biológico y su imagen. Pero, como nos indica la entrevistada, llevar adelante estas prácticas no es tarea fácil, por ello, la práctica debe ser sostenida. La práctica del dietar se instala como un hábito cotidiano que se está "*haciendo constantemente*" y que busca modificar la reproducción del cuerpo, pero su efectividad se concreta en un tiempo futuro cuando se logra modificar no solo la reproducción del cuerpo y su imagen, sino también su funcionamiento. La práctica del dietar se da en el presente con consecuencias que se presentarán en el futuro, siempre y cuando la mujer haya "*logrado cambiar el hábito*". En esta relación entre prácticas presentes y consecuencias futuras, las mujeres ejercen un control cotidiano sobre lo que comen, a partir de elecciones racionales basadas en indicaciones que le proporciona la biomedicina, así, se busca modificar y sostener una apariencia —física y moral— a partir de explicaciones racionales basadas en lo biológico.

Además del intento de consumir menos carne roja, entre los cambios repetidos y expresados explícitamente, aparece la limitación o eliminación de los carbohidratos —de modo genérico— o de algunos productos específicos como el pan, las pastas, la papa y las galletitas.

Un aspecto significativo que se destaca en las entrevistas realizadas es que las mujeres utilizan palabras técnicas derivadas de la nutrición. Cuando se refieren a las dietas o a sus prácticas alimentarias emplean términos tales como *hidratos de carbono, grasa, metabolismo, insulina*. Es decir, son palabras que forman parte de sus discursos acerca de su alimentación cotidiana. Este lenguaje pone de manifiesto la apropiación de saberes procedentes de la expertización de la alimentación. O sea, la incorporaron del discurso biomédico nutricional, de los saberes expertos y del lugar de la publicidad en su difusión da cuenta de cómo las técnicas del yo atraviesan a los sujetos y se vuelven parte del discurso del sentido común cotidiano, que constituye al comer en una gestión de sí de la mejor manera posible (Rose, 1989 y 1996).

La dieta está principalmente ligada al control del peso corporal, pero, como dijimos anteriormente, varias entrevistadas pusieron la salud como el eje fundamental para realizar una dieta. Como nos indica una entrevistada, "*yo creo que* [la dieta] *dejó de ser moda, yo creo que la gente ya va tomando conciencia*" (56 años). Esta frase nos da la pauta de que en un momento hacer dieta fue una moda, pero hoy las personas "van tomando conciencia" que es más que algo pasajero. Tomar conciencia implica incorporar un discurso médico que funciona diseccionando la alimentación en alimentos específicos —como la carne— y en componentes —como el metabolismo—.

En la actualidad, estas prácticas dejaron de ser "*una moda*" y, en lugar de ello, forman parte de la vida cotidiana y son fundamentadas en la especificidad de la "racionalidad científica". En este sentido, "la medicina fue quien apareció con la legitimidad necesaria para guiar y organizar —según criterios nutricionales del momento— cómo debían ser y qué productos debían incluir las prácticas del comer" (Boragnio, 2015: 186). Así, las prácticas del comer, atravesadas por el discurso médico, se vuelven autocentradas en la atención de la salud, como una cuestión propia e individual, que está en manos de cada uno, solo hay que ir "*tomando conciencia*".

Si, como sostiene Foucault, "el principio de que hay que ocuparse de sí mismo llegó a ser, de manera general, el principio de toda conducta racional, en cualquier forma de vida activa que, en sustancia, quisiera obedecer el principio de la racionalidad moral" (2005: 25), la práctica del autocuidado en el comer se constituye como práctica que se juega entre la racionalidad, la disciplina y la moralidad.

En este sentido, dada la pérdida de normas sociales que organicen la comensalidad, el discurso de los saberes expertos toma el lugar de "organizador" de las decisiones. La influencia de este discurso se puede observar en que las mujeres buscan lo "sano" y saben que algunas prácticas son más saludables que otras, así, llevan adelante prácticas formalizadas desde los saberes expertos como saludables y las establecen como logro moral. Por este motivo, las mujeres hacen especial hincapié en estar haciendo las cosas que deben hacer y lo bien que las hace sentir eso. Por ejemplo, una empleada de puesto administrativo, que es de "darle importancia a la comida" y le "encanta cuidarse" y que lleva adelante un control "estructurado" de la alimentación cotidiana, al hablar de sus hábitos alimentarios nos dice:

> *Me siento bien que estoy haciendo las cosas bien. Estaría mal si comiera facturas todos los días, que antes lo solía hacer, me tentaba… siento que hago las cosas bien, como fruta, agua, siento que estoy bien. Como variado, verduras variadas también, estoy chocha con eso. Además, no hago frituras, las hago al horno con un poquito de aceite… no, no, me encanta cuidarme*. [Empleada administrativa, 43 años.]

La entrevistada nos indica que sigue prácticas concretas, específicas, ligadas a su gusto por cuidarse, y al seguir esas prácticas ya se siente bien, porque hace lo que "*debe*" hacer y no se "*tienta*". El control sobre las prácticas le brinda la satisfacción de estar haciendo lo correcto. De este modo, lo correcto y el cuidarse organizan sus elecciones del comer.

Al mismo tiempo que las mujeres nos detallan sus prácticas saludables, indican que deberían seguir otras prácticas que son más saludables. Al igual que la dieta que siempre se está "*haciendo*" y nunca termina, las prácticas saludables nunca alcanzan. Las mujeres entrevistadas tienen una idea clara sobre qué hacer, ellas conocen los discursos y saben lo que deben hacer para bajar de peso o "*ser más saludables*" pero, a la vez, ellas siempre deberían hacer algo más, hacer dieta, "*evadir algunas cosas*", "*tendrían que estar mejor organizadas*", "*deberían tener una mejor alimentación*", "*agregar comida sana*", "*cambiar los hábitos*" o "*al menos tratar de hacer algo*" de esto. Es decir, siempre hay algo más por hacer e incorporar en función de los cambios en el discurso médico y publicitario.

La carga moral del dietar se configura tanto como un orgullo, cuando se lleva adelante, como una carga cuando no se logra realizar. En este sentido, las mujeres

intentan no solo incorporar las prácticas sino mantenerlas y para lograrlo, es clave cambiar: "*cambiar el hábito*", cambiar las costumbres y/o los gustos. Cambiar aparece como el fin último al que se quiere llegar y al cual se accede a partir de un control individual de las prácticas cotidianas. Lo que se busca con la dieta no es solo cambiar el cuerpo, sino también el hábito, lo cual hará que se modifique el funcionamiento del cuerpo y, debido a ello, la materialidad del cuerpo mismo. Así, si logran cambiar las prácticas pueden llegar a mantenerse, sin necesidad de hacer más dieta, sin necesidad de "*evadir*" o "*limitar*" lo que comen.

El cuerpo de la dieta

Observando las prácticas que las mujeres llevan adelante y las que buscan lograr, podemos poner en primer plano al cuerpo como materialidad. Dicho cuerpo aparece tanto como punto de partida como de llegada de las prácticas que las mujeres entrevistadas llevan a cabo. Para algunas mujeres, la materialidad condensa el disgusto sobre la imagen de sus cuerpos. En consecuencia, la incomodidad acerca del propio cuerpo funciona como un motivo central para empezar la dieta.

Una entrevistada nos cuenta por qué fue al nutricionista haciendo hincapié en la búsqueda de modificar su cuerpo y, así, su imagen corporal.

> *Fui porque ya estaba, obviamente, que no me podía ver, no me soportaba mirar, no me gustan, o sea, ya ni me miraba en el espejo, así que no, y está bueno, está bueno.* [Empleada administrativa, 54 años.]

La mujer "*no soportaba mirar*" su propia imagen corporal, ya que la imagen de su cuerpo traspasaba la frontera de lo soportable. El mirar(se) no es una acción inocente, carga historias, culturas, sentidos morales, y construye al mundo a través de ellos. Como remarca Le Breton (2007: 70), "visualmente, toda percepción es una moral", y entendemos la política de las miradas como "un conjunto de prácticas corporales y políticas que tienen el poder de producir variaciones, rupturas y constricciones sobre las subjetividades de las personas" (Epele, 2007: 117). El desagrado con el cuerpo, con la imagen y con las prácticas llevadas adelante generan en las mujeres incomodidad consigo mismas; no soportar mirar(se) ese cuerpo está ligado al cuerpo visto y lo aceptable de ello, lo cual confronta a la entrevistada en la contradicción de ver y ser el cuerpo que no es mirable.

A partir de esto, las mujeres accionarán tanto no mirando(se) como llevando adelante prácticas específicas. Entre las alternativas se incluyen volver a la dieta que se dejó o ir al nutricionista en busca de asesoramiento y pautas profesionales para recomenzar la dieta. De este modo, la medicalización de la alimentación se constituye como un dispositivo de control de las prácticas del comer ligado tanto a la salud como a la belleza y los nuevos ideales estéticos.

En este punto, es importante comprender que las prácticas del dietar están ligadas al control del cuerpo de las mujeres (Germov y Williams, 1996), pero son algo más que un "policiamiento" de lo femenino de la mitad del siglo XX, ya que estas son "la intensificación de una tendencia que se inscribe en el prolongado transcurso de la cultura moderna" (Lipovetsky, 1997: 127). Los procesos de consolidación de la imagen belleza-delgadez como obligación es un proceso que ha tenido influencia sobre toda la sociedad occidental a partir de finales del siglo XIX (Vigarello, 2011), pero claramente recae con mayor presión sobre las mujeres ante el mito de la belleza como una cualidad universal y posible (Wolf, 1990).

Durante el siglo XIX, se comenzó a considerar que la enfermedad era el resultado de la expresión del carácter del enfermo, el resultado de su voluntad (Sontag, 2003) y "la presencia de la enfermedad significa que la voluntad misma está enferma" (Schopenhauer, citado en Sontag, 2003: 49). En este contexto, las prácticas del dietar se encuentran ligadas no solo al largo proceso cultural, en el cual la obesidad fue configurada como una enfermedad y la gordura como un estigma propio de quien descuidaba el trabajo sobre sí mismo, quien no tenía dominio sobre sí, sino que se ligan a un combate constante contra el cuerpo, una batalla "tan importante que siempre resultará algo 'insuficiente'" (Vigarello, 2011: 251), a la privatización del cuidado y a la constitución de un "yo" que cuida de sí mismo (Epele, 2008).

A partir de los relatos de las mujeres entrevistadas, podemos acercarnos a sus trayectorias de vida y conocer que, si bien las dietas requieren de un esfuerzo constante y cotidiano, este se modifica a lo largo de la vida. Como nos indica una mujer de 56 años:

> *Tengo que empezar a incorporar esa etapa [organización de y para la dieta] y quince, veinte días, más o menos… el tema es que yo soy tan, pasa que cuando uno es más grande te cuesta mucho más. El esfuerzo es mucho más. Porque vos cuando sos joven decís: "bueno, a partir de…" Yo lo del lunes nunca lo creí, así que pongo cualquier día. No sé, puedo empezar un domingo la*

> *dieta. Ningún problema. Pero la realidad es que cuando vos empezás a crecer, ya es difícil. Las hormonas… todo te cambia, así que adelgazar ya es más complejo. Pero no imposible, ¿eh? De hecho, hace tres años adelgacé veintitrés kilos en un año y me mantuve dos años, o sea, no soy tan, no tengo tanta diferencia con hace tres años, pero el metabolismo y todo te va variando…* [Empleada administrativa, 56 años.]

La mujer nos indica claramente que ahora el esfuerzo ante la dieta es mayor ya que "las hormonas" y "el metabolismo y todo va variando". Uno de los síntomas médicos adjudicados al descenso de estrógenos durante la menopausia es el aumento de peso y las dificultades que se presentan para adelgazar, ya que se produce un cambio en el metabolismo (López-Fontana *et al.*, 2003). Así, el metabolismo es el responsable de que el cuerpo no responda a las prácticas de dieta realizadas, a la vez que es el objetivo último a modificar. A partir de la dieta, las mujeres buscan cambiar el cuerpo en su funcionamiento para transformarlo en sus volúmenes y así su apariencia sea mirable. De este modo, en la intersección de los discursos médicos observamos cómo la medicalización de la alimentación y la medicalización del proceso de envejecimiento se articulan en el peso corporal, cargando a la imagen corporal de moralidad.

Pero este proceso no es propio de las entrevistadas con más edad. Por su parte, las entrevistadas más jóvenes también indican que les cuesta mantener una dieta o la alimentación saludable, pero la explicación se centra en que lo que más les gusta comer son productos que engordan o hacen mal. Mientras que las mujeres más grandes centran la responsabilidad en el cuerpo y su funcionamiento para explicar tanto la necesidad de hacer dieta como la imposibilidad de mantenerla, las mujeres jóvenes ponen el foco en los gustos y deseos en torno a la alimentación.

> *Me gustaría comer un poco más sano.*
> *P:* ¿Qué sería más sano?
> *Y, tratar de eliminar no sé, la pizza en la semana. Siempre hay alguna noche que ceno pizza, como muchas porquerías tipo snacks, siempre también en la semana. […] en general como sano, como mucha verdura, pero bueno, la cago porque la comida así medio chatarra también me gusta. […] me gustaría no sé, tener la costumbre de llevarme un tomate, un huevo duro y un pedazo de pollo, ¿entendes? Tratar de comer más eso al mediodía, más ensalada con apenas un pedacito de carne, pero que sea más abundante la*

> *ensalada y a la noche tratar de comer un poco menos porque nada, como un montón a la noche. Pero bueno, disfruto de que al mediodía como poco. Hago todo al revés.* [Joven profesional, 27 años.]

A estas cuestiones de decisión por el "qué" del comer, se le suma que, en los procesos de socialización, las mujeres mayormente controlan su alimentación a partir de índices externos estipulados por los saberes expertos —kilos, calorías, relaciones de alimentos, prohibiciones de estos— y, en segunda instancia, a partir de los deseos y gustos propios. Este cambio en el eje del control las hace "perder por completo la autorregulación corporal de la alimentación y contribuye a la pérdida de la referencia exterior de la propia imagen" (Esteban, 1997: 45). La articulación de ambos procesos somete a los sujetos a una decisión "individualizada" sobre la cual no tienen suficientes conocimientos ni normas que le permitan llevarla adelante.

En este sentido, podemos observar que las mujeres suponen que pueden y deben ser capaces de controlar tanto lo que hacen como lo que deberían hacer: ellas son las responsables y las culpables de los resultados y el mantenimiento de la práctica. El control del peso del cuerpo y su imagen aparece como una preocupación personal que no pone en duda al método, pero sí al accionar de ellas en la práctica de la dieta. Por ello, las mujeres deben seguir un conjunto de normas y pautas —más o menos prescriptas—, a partir de las cuales van a organizar su cotidianeidad convirtiéndose en las responsables no solo de los resultados, sino de su mantenimiento y de volver a comenzar toda vez que sea necesario.

Autocuidado: aprendizaje y sacrificio

El esfuerzo de la dieta es cotidiano, constante e imposible de darse por finalizado, pero este no se limita a la restricción e incorporación de los alimentos, sino que también requiere de una organización económica y de rutinas que implican un uso distinto del tiempo.

Una mujer, al hablarnos de cómo es comenzar la dieta, nos dice que al principio es difícil pero luego las prácticas fluyen al ritmo del entusiasmo por verse más delgada. Sin embargo, en este esfuerzo de incorporación de la dieta el primer obstáculo que se debe pasar es el hambre.

> *(…) Me cuesta las primeras semanas. Porque digo: "La puta madre, tengo hambre". O sea, como que estoy pensando todo el tiempo. Digo, yo siempre doy esta imagen, te agarrás de las paredes tres días, después te ubicás. Lo que pasa es que después lo voy dejando. A ver, yo me propongo esto, lo empiezo, lo voy logrando, son estos tres días que estoy como ansiosa, no sé qué hacer, fumo más, o todo el tiempo estoy con un vaso de agua, que no está mal, pero digo, después me voy armando y cuando empiezo a adelgazar y aquel pantalón que no me lo podía poner, me lo puedo poner, me entusiasmo. Entonces como que la sigo.* [Profesional, 56 años.]

Lo primero que las mujeres aprenden en sus biografías del dietar es a regular las sensaciones y tener control sobre el proceso. Las entrevistadas saben que el período de "*pasar hambre*" es un momento, tienen la experiencia de ello a la vez que ésta les dio las prácticas para aprender a regular el hambre. De este modo, la experiencia biográfica de las entrevistadas nos permite observar cómo ellas se ubican en el lugar de mujeres dietantes y que tienen el conocimiento de las prácticas y los saberes que adquirieron a partir de la consulta directa con el sistema biomédico o de la difusión constante que hacen los medios de comunicación.

Las mujeres buscan que la dieta, a largo plazo, les permita cambiar los hábitos alimenticios para lograr "*mantenerse*" en el peso deseado, pero no logran llegar al objetivo, porque la dieta se rompe siempre y, por lo tanto, hay que volver a empezar constantemente. En este punto, es importante enfatizar que nada de lo que las mujeres hagan garantiza alcanzar el objetivo de la dieta, mucho menos mantenerse, pero ellas hacen todo lo que saben que deben hacer. De modo que la falta de cumplimiento las convierte en mujeres responsables del "fracaso" de la dieta a la vez que mujeres en falta con la normatización social del dietar. En este sentido, aprenden técnicas, prácticas, motivos y racionalizaciones para regular sus sensaciones y las ponen en funcionamiento cada vez que tienen que volver a empezar la dieta, o sea, "*constantemente*".

El control sobre lo que se come se vuelve central en las prácticas del comer, ya que este estará ligado al control del cuerpo. De este modo, las entrevistadas nos dicen que "*evaden algunas cosas de tal manera de no seguir ensanchando*", que "*empezaron a privarse de cosas que les gustan que saben que no son muy saludables*", "*tratan de comer la mayor cantidad de productos light*", "*tratan de comer pocas galletitas*", "*siempre tratando, incentivada por esto de la nutricionista*", "*siempre están como cuidándose o tratando de cuidarse".* Así, a partir del control de sus prácticas

cotidianas, buscan tener control sobre sus cuerpos, sus pesos y sus formas, pero, a la vez, sobre su apetito.

Quienes hacen dieta restringen lo que comen en función de manejar el peso del cuerpo y la apariencia corporal, pero las entrevistadas que indicaron que no hacen ni hicieron dieta, sino que buscan la comida saludable, también regulan lo que comen. Entendemos que la restricción que ejercen las mujeres sobre lo comen se encuentra relacionado con el control y la restricción del placer y con la "interiorización y vivencia de un supuesto riesgo de 'descontrol' que funciona como un mecanismo de regulación, de autocontrol y control social de sus vidas" (Esteban, 1997: 29).

Como observamos, en la misma línea de quienes hacen dieta, las mujeres que buscan lo saludable también se "*privan de cosas que les gustan*", "*eliminan*", "*miden*" y "*regulan*" la comida. Lo que se come se mide como se mide el cuerpo. Y así como las mujeres se acostumbran al hambre de la dieta, también se acostumbran a comer lo que no les gusta, haciéndolo parte de su vida cotidiana. Lo "sano" guía las elecciones cotidianas como el eje moral de la alimentación. En este sentido, la prohibición puede generar el deseo por ese alimento, pero, como nos dice una entrevistada, la privación a partir de la posibilidad de sentirse mejor es la conducta cotidiana.

> *A mí en cuanto me ponés el prohibido, ¡quiero! Entonces si vos me decís: "Mirá, si evitás esto te vas a sentir mejor acá, acá, acá", en lo que posibilita, entonces no la limitación como la prohibición sino que me posibilita a sentirme mejor, a tomar menos Sertal [se ríe], qué se yo, entonces decís: "Ah bueno, por este lado me convences más".* [Profesional, 36 años.]

La idea de no comer algo, de restringir la alimentación aparece en función de sentirse mejor en un momento futuro. Entendemos que las prácticas del dietar, como todo proceso disciplinario, no solo conlleva un esfuerzo por parte de las mujeres para incorporarlas y hacerlas propias, sino que estas son una presencia constante en la vida cotidiana, una presencia cuyo control y regulación recae sobre sus responsabilidades. Las mujeres indican que les "*cuesta adelgazar*" y ese es "un problema de ellas", de su responsabilidad. Luego adelgazan, pero no se mantienen y también es una responsabilidad propia porque "*hacen las cosas mal*", porque se "*desorganizan*".

Como señala Susan Bordo, la alimentación femenina se estructura a partir de la separación entre alimentación, gusto y placer, dado que las mujeres no aparecen disfrutando mientras comen porque "los apetitos de las mujeres requieren contención y control" (1993: 14). Aunque el estudio de la autora se centra en los procesos de enfermedad de la anorexia y la bulimia, aclara que estos se pueden extender a toda la población y que en las mujeres se articula con la presión social de la delgadez como cuerpo valorado. Así, en la cotidianeidad de la publicidad, las mujeres aprenden y aprehenden a regular el apetito, ya que

> (…) la comida de la mujer es un acto privado, trasgresor, convierte las restricciones y la negación del hambre en características centrales de la interpretación de la feminidad y hace inevitable la compensación mediante la comida sin freno. Es más, tales restricciones del apetito no solo se refieren a la ingestión de alimentos, sino que el control social del hambre femenina opera como una "disciplina" (Bordo, 2000: 138).

En los fragmentos de entrevistas presentados, queda en claro que el problema y la complicación tanto de sostener la dieta como de que esta funcione son adjudicados por las mujeres a cuestiones individuales. Si no logran llevar a cabo las dietas tal como lo planificaron, consideran que ello se debe a motivos tales como la poca voluntad, a que sus cuerpos en cuanto organismos no responden correctamente, sus gustos no son los adecuados, porque les gusta lo que no deben, ya sea porque "*hacen todo al revés*" y "*encuentran el placer en la comida chatarra*" y no en un "*pedacito de carne y abundante ensalada*".

A modo de cierre: el comer como saber experto y el autocuidado como práctica

En estas páginas presentamos una primera exploración a los procesos de autocuidado ligados a la alimentación a partir de las prácticas de dietar, en cuanto mecanismos de control y autorregulación de las mujeres en la vida cotidiana.

Por un lado, la expertización de la alimentación junto con la desregularización de las pautas sociales del comer reorganizaron las prácticas del comer a partir de la individualización y de saberes y prácticas expertos. Ante este panorama, se perdieron los conocimientos, los saberes comunitarios y las pautas que indicaban qué comer, cuándo, qué es lo bueno, lo saludable y lo nutritivo; por lo cual, las

mujeres acuden a médicos especializados y a discursos externos que les indiquen qué, cuándo y cómo comer.

De este modo, las mujeres incorporan y se autoimponen reglas, normas, regularidades, horarios, permisos y prohibiciones que estructuran el comer cotidiano a partir de prácticas específicas. Sin lugar a dudas, la configuración de una cultura del ser saludable y el ajuste de las prácticas de autocuidado que propugnan los discursos sobre la alimentación están fuertemente vinculados con la relación alimentación/bienestar/enfermedad y con las expectativas y las demandas sobre el propio cuerpo. Pero las prácticas del comer no solo están expertizadas, sino que se encuentran organizadas por normas morales que son sociales y, por lo tanto, resultan indisociables de la clase social, el género, la edad, la etnia y el espacio geopolítico que ocupen los sujetos.

Como expusimos, para las mujeres entrevistadas el dietar aparece como una práctica ligada tanto al descenso de peso como a la búsqueda de la alimentación saludable. La delgadez, como modo de sociabilidad en el que los agentes viven y conviven, produce construcciones de cuerpos genéricos diferenciales, no solo a partir de su capital corporal, sino de la construcción del cuerpo, lo que les exige a las mujeres una preocupación y un trabajo a conciencia para alcanzar la añorada delgadez.

Por lo tanto, entendemos que la búsqueda de llevar adelante prácticas del dietar, en cuanto la expertización de la alimentación, se articuló con los ideales estéticos que se centran principalmente en la delgadez, a partir del cuidado del cuerpo y de la alimentación. Pero, así como la dieta comienza con un fin en claro, esta no finaliza al llegar al objetivo, sino que se constituye como técnica de sí, o sea, una práctica cotidiana constante e interminable.

En relación con ello, entendemos que las mujeres se socializan en un vínculo con el comer que las ubica en el control de la alimentación, constituyéndose subjetividades a partir de sensaciones y emociones en torno a una moralidad del hacer(se) y mirar(se) en función del cuerpo y sus formas. El concepto de autocuidado, desde las prácticas del dietar, entonces, nos permite centrarnos en la relación entre el comer y las prácticas que las mujeres llevan adelante para su cuidado, guiadas por la medicalización que se inserta en la vida cotidiana, revistiéndola, como vimos, de una lógica de control, sacrificio y privación.

A partir de lo expuesto en estas páginas, destacamos que mientras la medicalización se constituye como la norma en todos los ámbitos de la vida, el estudio de las prácticas del comer nos permite, también, observar cómo se

"expresa la heterogeneidad de la sociedad, con manifestaciones concretas en la condición nutricional del grupo" (Eguía y Ortale, 2004: 34), ya que mientras hay personas que eligen qué comer en función de objetivos específicos, hay muchas otras para quienes la satisfacción de la necesidad de comer cotidianamente —y nutricionalmente— no está resuelta.

Referencias bibliográficas

AGUIRRE, Patricia (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen.* Buenos Aires: Miño y Dávila.

AGUIRRE, Patricia; DÍAZ CÓRDOVA, Diego y POLISCHER, Gabriela (2015). *Cocinar y comer en Argentina hoy.* Buenos Aires: Fundasap y Sociedad Argentina de Pediatría.

BEARDSWORTH, Alan (1995). "The Management of Food Ambivalence: Erosion and Reconstruction?", en: Maurer, Donna y Sobal, Jeffery (coords.), *Eating Agendas. Food and Nutrition as Social Problems*, Nueva York: Aldine de Gruyter, pp. 117-142.

BORAGNIO, Aldana (2015). "Comer en la oficina: emociones, comensalidades y prácticas en torno 'al comer' de trabajadores en el ámbito de la administración pública nacional", en: Sánchez Aguirre, R. (comp.), *Sentidos y sensibilidades: exploraciones sociológicas sobre cuerpos-emociones.* Buenos Aires: Estudios Sociológicos, pp. 183-202.

_____ (2018). "Disposable Commensality: Strategies for the Selection of Meals in the Office". *Eureka: Social and Humanities,* nº ٥, pp. ٢٨-١٦.

BORDO, Susan (1993). *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body.* Berkeley: University of California Press.

_____ (2000). "El hambre como ideología", en: Luke, C. (comp.), *Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana.* Madrid: Morata.

BRUERA, Matías (2006). *La Argentina fermentada. Vino, alimentación y cultura*. Buenos Aires: Paidós.

CANDIL, Ana (2013). "*¿Sabés lo difícil qué es?* Notas sobre el (auto)cuidado de usuarios de drogas", en: Adad, L. y Villafañe, A. (coords.), *La antropología social hoy: a 10 años del nuevo siglo.* Tandil: UNICEN, pp. 511-521.

CONRAD, Peter (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology,* nº 18, pp. 209-232.

CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús (2005). "La modernidad alimentaria. Entre la sobreabundancia y la inseguridad". *Revista Internacional de Sociología (RIS),* nº 40, enero-abril, pp. 109-132.

DE MORAES PRATA GASPAR, María Clara, JUZWIAK, Claudia, MUÑOZ, Araceli y LARREA-KILLINGER, Cristina (2019). "Las relaciones entre salud y alimentación. Una lectura antropológica", en: *Polisemias de la alimentación. Salud, desperdicio, hambre y patrimonio*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Observatorio de la Alimentación, ODELA, pp. 53-75.

DEL MONACO, Romina (2009). *Aproximación al estudio del dolor crónico: estrategias desde la Biomedicina frente al padecimiento.* V Jornada de Jóvenes Investigadores Instituto de Investigaciones Gino Germani, Univ. Buenos Aires, Argentina.

_____ (2017). *Idiomas del dolor crónico. Experiencias y saberes a partir de la migraña*. Buenos Aires: Biblos.

DÍAZ-MÉNDEZ, Cecilia y GONZÁLEZ-ÁLVAREZ, María (2013). "La problematización de la alimentación: un recorrido sociológico por la publicidad alimentaria (1960-2010)". *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales,* nº 25, enero-junio, Madrid, pp. 121-145.

EGUÍA, Amalia Cristina y ORTALE, María Susana (2004). "Reproducción y pobreza urbana". *Cuestiones de Sociología*. *Revista de Estudios Sociales*, nº 2, pp. 21-49.

EPELE, María (1997). *La lógica del (auto) cuidado y sus consecuencias en la institucionalización del VIH/SIDA.* V Congreso de Antropología Social. La Plata, Argentina.

_____ (2007). "Etnografía, fragmentación social y drogas: hacia una política de las miradas", *Etnografías contemporáneas*, vol. 3, nº 3, pp. 117-143.

_____ (2008). "Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina". *Antípoda. Revisa de Antropología y Arqueología*, núm. 6, enero-junio, Universidad de los Andes, Bogotá, pp. 293-312.

ESTEBAN, Mari Luz (1997). "El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y 'miedo' al descontrol". *Kobie, Serie Antropología Cultural*, nº VIII, Bilbao, Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia, pp. 27-54.

FAO (2016). *La malnutrición, en el punto de mira.* Disponible en: http://www.fao.org/news/story/es/item/456001/icode. Fecha de consulta, 10/06/2020.

FISCHLER, Claude (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo.* Barcelona: Anagrama.

_____ (2010). "Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna". *Gazeta de Antropología,* nº 26.

FLANDRIN, Jean-Louis y MONTANARI, Massimo (2011). *Historia de la alimentación.* Gijón: TREA.

FOUCAULT, Michael (1977). "Historia de la medicalización". *Educación Médica y Salud*, vol. 11, nº 1, pp. 3-25.

_____ (1996). *La historia de la medicalización, La vida de los hombres infames.* Buenos Aires: Altamira.

_____ (2005). *La hermeneutica del sujeto/The Hermeneutics of the Subject: Cursos Del College De France, 1981-1982/Lectures at the College De France, 1981-1982*, vol. 237. Madrid: Akal.

GERMOV, John y WILLIAMS, Lauren T. (1996). "The Sexual Division of Dieting. Women's Voices". *Sociological Review*, nº 44, pp. 630-647.

GIDDENS, Antony (2006). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.

GRACIA ARNÁIZ, Mabel y COMELLES, Josep (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio.* Barcelona: Icaria.

KATZ, Mónica (2010). "Comer: práctica individual, práctica social", en: Katz, M., Aguirre, P. y Bruera, M. (2010), *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.

LE BRETON, David (2007). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos.* Buenos Aires: Nueva Visión.

LIPOVETSKY, Gilles (1997). "La tercera mujer". *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, nº 37.

LÓPEZ-FONTANA, Constanza Matilde, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Miguel Ángel y MARTÍNEZ, José Alfredo (2003). "Obesidad, metabolismo energético y medida de la actividad física". *Revista Española de Obesidad*, vol. 1, nº 1, pp. 29-36.

LUPTON, Deborah (1996). *Food, the Body and the Self*. Londres: SAGE.

MENÉNDEZ PATTERSON, María Ángeles (2008). "Avances científicos en nutrición y alimentación", en: Díaz Méndez, Cecilia y Gómez Benito, Cristóbal (coords.), *Alimentación, consumo y salud.* Barcelona: Fundación "La Caixa", pp. 56-80.

MESSER, Ellen (1995). "Un estado de la cuestión. Perspectivas antropológicas sobre la dieta", en: Contreras, Jesús (comp.), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres.* Barcelona: Universitat de Barcelona.

MONTANARI, Massimo (2004). *La comida como cultura.* Gijón: TREA.

PECHENY, Mario, MANZELLI, Hernán y JONES, Daniel (2003). *Vida cotidiana con VIH/Sida y/o Hepatitis C*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Serie de Seminarios Salud y Política Pública.

POULAIN, Jean Pierre (2002). *Sociologies de l'alimentation.* París: Presses Universitaires de France.

RODRÍGUEZ GUARÍN, Maritza y GEMPELER RUEDA, Juanita (2014). "Trastornos del comportamiento alimentario", en: Escobar, Juan Manuel y Uribe Restrepo, Miguel (comps.), *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial.* Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Medicina.

ROSE, Nikolas (1989). *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self.* Londres: Routledge.

_____ (1996). "El gobierno en las democracias liberales 'avanzadas': del liberalismo al neoliberalismo". *Archipiélago,* nº ٢٩, pp. ٤٠-٢٥.

ROSSI, Paolo (2013). *Comer.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

SALDAÑA, Carmina (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario". *Psicothema,* vol. 13, nº 3, Universidad de Oviedo, pp. 381-392. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/727/72713304.pdf. Fecha de consulta, 10/06/2020

SCRIBANO, Adrián (2008). "Sensaciones, conflicto y cuerpo en Argentina después del 2001". *Espacio Abierto*, vol. 17, nº 2, abril-junio, Universidad del Zulia Maracaibo, pp. 205-230.

SONTAG, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.

VIGARELLO, Georges (2011). *Historia de la obesidad. Metamorfosis de la gordura*. Buenos Aires: Nueva Visión.

WOLF, Naomi (1990). *El mito de la belleza.* Barcelona: Emecé.

Sobre los autores y las autoras

Romina Del Monaco.

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA), magíster en Antropología Social y Política por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y licenciada en Sociología (UBA). Se desempeña como investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y como docente de la carrera de Sociología en la Facultad de Ciencias Sociales (FSOC-UBA). Ha investigado sobre dolencias crónicas y actualmente se encuentra trabajando temáticas vinculadas a las tecnologías psi, específicamente, las psicoterapias cognitivo-conductuales. Ha publicado artículos en revista nacionales e internacionales y el libro *Idiomas del dolor crónico: experiencias y saberes a partir de la migraña* (editorial Biblos).

Correo electrónico: rominadelmonaco@gmail.com

María E. Epele.

Antropóloga especializada en antropología médica. Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA), investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Ha dirigido diferentes proyectos de investigación. En la actualidad dirige proyectos sobre tecnologías psi y padecimientos en sectores segregados. También dirige el Grupo de Estudios sobre Tecnologías Psi, del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) de la FSOC-UBA. Licenciada y doctora por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Posee un postdoctorado de la University of California, Berkeley. Ha dictado seminarios de posgrado y doctorado en universidades nacionales (la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [FLACSO], la UBA, la UNLP, la Universidad Nacional de Mar del Plata, etc.) e internacionales (de Stanford y de San Pablo).

Correo electrónico: maria.epele33@gmail.com

Silvana Garbi.

Doctora en Ciencias Sociales, licenciada y profesora en Sociología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y especialista en Gestión y Planificación de Políticas Sociales (UBA). Hizo una Maestría en Políticas Sociales (UBA). Escribió varios artículos en revistas nacionales e internacionales y capítulos de libros sobre consumos problemáticos de drogas.

Correo electrónico: garbisilvana@hotmail.com

Ana Laura Candil.

Doctora en Ciencias Sociales y licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Trabajó en instituciones públicas de abordajes a poblaciones desfavorecidas en el conurbano bonaerense. Fue becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Enseña en universidades (UBA y Universidad Nacional de José Clemente Paz [UNPAZ]).

Correo electrónico: anacandil@yahoo.com.ar

Francisco Javier Ugarte Reyes.

Máster en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología por la Universidad de Salamanca, sociólogo por la Universidad Central de Chile y doctorante en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Argentina). Se ha desempeñado como investigador y asesor técnico de políticas públicas en Chile, especialmente en el área de la salud, la prevención de consumos problemáticos de drogas y las condiciones de bienestar de niños, niñas y jóvenes. Fue becario de la Fundación Carolina y la Comisión Nacional de Investigación Científica y Técnológica (CONICYT).

Correo electrónico: javierugarte.r@gmail.com

Ana Leticia Fitte.

Licenciada en Antropología por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y diplomada en Antropología Social y Política por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Doctoranda en Antropología por la Universidad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL-UBA). Obtuvo una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y trabajó en instituciones públicas como integrante de equipos interdisciplinarios de Salud Mental en el abordaje de poblaciones vulneradas del conurbano bonaerense. Docente de la cátedra de Psicología Social de la Facultad de Sociología

de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA) e integra el Grupo Tecnologías Psi y capitalismo del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG).

Correo electrónico: anafitte@yahoo.com.ar

Aldana Boragnio.

Doctora en Sociología (Universidad de Alicante), magíster en Investigación en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA), licenciada en Sociología (UBA). Desde 2015 es becaria interna doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Integrante del Grupo de Estudios sobre Sociología de las Emociones y los Cuerpos (GESEC-IIGG-UBA) y del grupo de Estudios sobre Tecnologías Psi (GETPSI-IIGG-UBA). Ayudante de primera en la materia Psicología Social, cátedra Epele, de la carrera de Sociología (FSOC-UBA).

Correo electrónico: boragnio@gmail.com

Este libro busca problematizar tratamientos y malestares psi, prácticas de cuidado y modos de subjetivación en ciertas investigaciones socio-antropológicas a través de las nociones de técnicas, tecnologías y cuidado. En las últimas décadas, la noción de tecnología ha cobrado relevancia en las argumentaciones desde las Ciencias Sociales en el campo de la salud y ha devenido en un tropo en el que se anudan diferentes regímenes de inteligibilidad y verdad; modelos instrumentales acerca de saberes y prácticas expertas y legas; técnicas corporales, políticas de emociones; modos de producción y de transformación de sujetos y conjuntos sociales, que asumen diversas expresiones y formulaciones en contextos histórico-políticos específicos. Asimismo, los desarrollos teóricos en torno al cuidado han conmovido los presupuestos epistemológicos, políticos y morales que atraviesan la epistemología dominante en la biomedicina y en el campo psi en las sociedades contemporáneas, y llevan a interrogar sus relaciones con los conceptos de técnicas y tecnologías.

Los textos que componen esta compilación exploran los modos en que los tratamientos y las prácticas de cuidado de otros y de sí se convierten en técnicas que intervienen y buscan dar forma a subjetividades que se corresponden con modelos normatizados de bienestar, salud y moralidad. Específicamente, los capítulos abordan las terapéuticas psi en el campo del consumo de drogas en poblaciones marginalizadas, en las denominadas terapias cognitivos-conductuales, en la psicologización de malestares vinculados con las llamadas menopausias en mujeres, y en la moralización de las prácticas de cuidado de la alimentación en las clases medias del Área Metropolitana de Buenos Aires.