



# CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL  
de TRABAJO SOCIAL CABA

Trabajo Social en tiempos de miseria planificada

Huellas y horizontes para resistir

## Trabajo Social Situado

### Producción de salud desde el cuidado y sus líneas de subjetivación

*Por Micaela Ayelén Nieto*

Fecha de recepción:	Mayo del 2024
Fecha de publicación:	Julio del 2024
Contacto:	Micaela Ayelén Nieto
Correo electrónico:	nietmicaela@gmail.com

## PRODUCCIÓN DE SALUD DESDE EL CUIDADO Y SUS LÍNEAS DE SUBJETIVACIÓN

### Resistencias en Salud Mental desde los ciudadanos singulares

*\*Nieto, Micaela*



En este segundo año que voy transitando en la residencia me encontré con cosas en común entre algunos usuaries con quienes trabajé en diversos dispositivos y en diferentes momentos: su historia con la salud mental y/o el consumo, sus estrategias para sobrevivir en épocas más o menos difíciles, sus recorridos institucionales, sus historias de violencia y las diferentes maneras en que ella se expresa en sus cuerpos, entre otras. La que llamó más mi atención de estos puntos donde ellos podrían verse unidos es la significación puesta en los profesionales de este hospital, quienes operan como los únicos lazos sociales y/o afectivos en sus vidas ¿Qué pasa cuando el hospital es lo único que les usuaries tienen? ¿Qué sucede cuando los profesionales son sus únicos lazos?.

**\* Micaela Nieto** - Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Lanús. Residente de 2do año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM). Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. nietmicaela@gmail.com

Estas preguntas resonaban aún más cuando una de las usuarias que acompañé en la rotación por Consultorios Externos manifestó que éramos **“sus únicas amigas”**<sup>1</sup>, refiriéndose a mi compañera residente de enfermería y a mí. Lo que veía en común en estos usuarios entonces era la soledad imprimiéndose como padecimiento.

Además de la Ley de Salud mental como marco de nuestras prácticas que intenta alejarnos de las concepciones criminalizadas y manicomiales, se fueron gestando y desarrollando en los últimos años teorías que van de la mano de la Salud Colectiva, las cuales incluimos cotidianamente y que son fundamentales para pensar los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado. **“Franco Basaglia decía que debíamos colocar la enfermedad entre paréntesis para que en las relaciones de producción de vida emerjan otras vidas posibles que no partieran de aquella condena de existir solo a partir de la enfermedad diagnosticada”** (Merhy y Batista, 2011: 26).

En varias ocasiones algunos profesionales somos puestos en cuestión por ser **“demasiado alojadores”**, pero detrás de lo que puede parecer un **“buen gesto”** existen estas teorías y paradigmas desde los cuales leemos la situación. Pareciera que estamos en posición de justificar nuestras acciones y estrategias de manera constante, develando que aquello por fuera de las estrategias **“comunes o habituales”** no es correcto. Se manifiesta que **“maternamos a les usuaries”**, cuando la propuesta en realidad es otorgar el lugar de semejante a quien le han pasado y le pasan muchas cosas además de ser adicto o psicótico<sup>2</sup>, quien también es merecedor de un momento de escucha cuidada, horizontal, ternura y alojo, miramiento y puesta en valor. **“Podría proponerse cierto fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado: se trata del reconocimiento del otro como semejante -como sujeto de derechos- cuya dignidad impide que sea tomado como objeto, cosa, instrumento o mercancía”** (Spinelli, 2010:283).

En relación a esto quiero incluir el concepto de trabajo vivo en acto propuesto por Merhy, el cual se construye en el actuar cotidiano de les sujetos relacionados entre sí, sin el cual es imposible definir las necesidades sociales en salud y por tanto es más difícil aún correrlos de las propuestas médico hegemónicas ya instauradas.

Del lado contrario a nuestras **“afectivizaciones de más”**, los discursos que se sostienen aún y bajo los cuales parecieran estar las reglas del juego, son de índole individual, culpabilizantes y meritocráticos, como si estar mejor solo fuera alcanzable con la toma correcta de medicación psicofarmacológica y de ponerle voluntad.

Lo afectivo es visto en nuestras prácticas como la única salida posible entre tanta automatización e individualidad. Tomo lo desarrollado por Merhy sobre el modelo de atención **usuario-centrado**, es decir, la forma de producir salud donde las estrategias y las acciones que llevamos adelante como trabajadores y profesionales tenga el foco en la persona y su subjetividad, desde el acogimiento y recibimiento, dejando de lado los procedimientos y sus resultados.

Continuando con la línea de Merhy en el texto anteriormente citado, menciona que les usuarios no reclaman y piden únicamente rigurosidad en los procedimientos tecnológicos

de atención, sino que lo que será puesto en cuestión será la falta de interés y la desresponsabilización, es decir, la indiferencia de parte del profesional. ***“A la psicóloga le cuento porque me escucha, no se si será verdad pero parece que le interesó, a la psiquiatra no le cuento nada, me doy cuenta que no le importo”.***

Lo afectivo, que puede tomarse como un valor agregado y opcional, es en realidad una tecnología como tal que configura la atención en salud, estas son nombradas por Merhy como **tecnologías leves**, es decir ***“momentos de conversación, escucha e interpretaciones, en los cuales se producen acciones de acogimiento o no de las intenciones que estas personas plantean en este encuentro; momentos de complicidades, en los que se produce una responsabilización en torno del problema que se va a enfrentar, momentos de confiabilidad y esperanza, donde se producen relaciones de vínculo y aceptación”*** (2013: 65).

Tomo esto último sobre el vínculo y la aceptación, ya que es donde se puede plantear una diferencia respecto a los procesos de atención en salud que los usuarios traen de otras instituciones, donde solo es visto como un cuerpo a ser curado y medicalizado sin poner en juego las implicancias subjetivas de lo que significa transitar una enfermedad, sentir dolor, estar solo, etc. En el vínculo con el otro es donde se genera la confianza suficiente para dar lugar a conversar cosas que duelen, que afectan y que probablemente no sean nuevas. Es descontextualizado pensar que con el simple hecho de ser presentados como equipo de salud mental de x persona, él de inmediato pondrá en el espacio todo lo necesario para elaborar lo que haya que elaborar y con las implicancias subjetivas que podría conllevar.

En esta línea, me gustaría introducir el concepto de **transferencia**, mayormente desarrollado por la psicología pero que me parece importante mencionar en este escrito tomándolo como metodología de trabajo y como posición ética. Las transferencias ***“son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico”*** (Bernard, 1996: 15).

En estas reediciones y recreaciones de la historia vincular vivida, es necesario establecer condiciones para que esas transformaciones sean posibles, es decir, convertirse en un otro significativo para la persona. Esto se puede alcanzar siendo quien esté disponible no solo para decir sino para escuchar, considero que allí radica la importancia de los vínculos transferenciales.

El profesional de la salud a priori no se encuentra en la misma posición de poder que los usuarios y pensar la transferencia como posición ética radica en tener siempre presente esta desigualdad, ***“su capacidad legítima consiste en permitir y articular los términos dispersos de la serie constitutiva de su paciente [...] La ética consiste en impedir cualquier interferencia de los intereses, valores, las pasiones, los ideales o los deseos de poder siempre posibles en las explosivas condiciones transferenciales”*** (Lewkowicz 2013:

2017-2018). El diferencial en la relación usuario-profesional radica en no ser un mero vínculo sino utilizar dicho vínculo como herramienta de trabajo. Que nuestros objetivos sean la producción de salud y alivio de los padecimientos no parte de **“ser amigos”** o **“que el usuario me caiga bien”**, sino que es desde esos vínculos contruidos desde el valor y el cariño, desde donde se trazan nuevas líneas de abordaje.

Todas las intervenciones que realizamos suceden desde la transferencia y desde ella se pueden generar modificaciones en las representaciones vinculares, abriendo la posibilidad de nuevos mundos y nuevos modos de transcurrir.

En Salud Mental se escucha a profesionales mencionar que les usuarios **“mienten”** pero poco se piensa en las respuestas que damos a ellos cuando son sinceros... **“les tengo que confesar que me drogue el fin de semana, siento que a ustedes se los tengo que contar porque no me juzgan”**.

En cuanto a esto se da una dinámica de confesionario donde los usuarios creen que **“nos deben”** explicaciones. Foucault en su libro Historia de la Sexualidad, habla en relación al **dispositivo de la confesión**: el acto verbal mediante el cual el sujeto se afirma sobre lo que es, se vincula con esa verdad contándolo a un otro. Asimismo modifica la relación con ese otro y consigo mismo. Por supuesto que este dispositivo de confesión produce subjetividad, y es parte de los dispositivos de poder disciplinario y ha estado presente en las instituciones que nos subjetiva desde niños como la escuela y la familia. Históricamente el dispositivo de la confesión es tomado por la iglesia como oportunidad para redimir los pecados y así lograr el perdón de Dios. A posteriori es similar el mecanismo adoptado por el discurso médico y clínico donde el profesional debe recibir la verdad de sus usuarios ya que es esencial **“develar todo”** para poder trabajar terapéuticamente.

Despejar que no debería ser una confesión y quitarle ese peso a las acciones es difícil cuando los mecanismos que rigieron anteriormente (o en la actualidad continúan) buscan el disciplinamiento y la adecuación: la cura, no volver a consumir, conseguir un trabajo, sostener vínculos estables, entre otros. En este punto es importante la transferencia como herramienta para explorar esas verdades que el sujeto repite en sus palabras para luego ponerlas en cuestión, reescribir su historia y reformular sus verdades.

Es necesario considerar al otro como semejante y ser capaz de leer las múltiples causalidades que llevaron a los actores a ser quienes son hoy y actuar como actúan, entendiendo a los mismos como sujetos histórica y socialmente determinados por instituciones que estuvieron presentes de cierta forma, o no. En este sentido quiero destacar que **lo distinto** no siempre debe esperarse del lado de los usuarios, sino que es deber fundamental de los equipos de salud. Me arriesgo a decir que es una responsabilidad de parte de los equipos de salud reformular constantemente las estrategias para no caer en sistematizaciones que parecieran hacer más fácil el trabajo, pero que carecen totalmente de singularidad y novedad.

Donde creo que radica la diferencia entre las prácticas cuidadas y las que no lo son es en la **contingencia**, en el hecho inesperado, algo que escuchamos y decimos **“venía bien pero**

paso esto...” “solucionamos una cosa y ahora surge otra...” Si partimos de subjetividades arrasadas y golpeadas por las institucionalidades, el equipo de salud puede contribuir desde otro lugar, así sea desde un acompañamiento físico, estar ahí. Donde no hay un amigo, un familiar, una pareja, puede estar el equipo. **“Que bueno que me acompañaste a la Defensoría porque si vengo sola no presto atención a todo y después no tengo a quien preguntar”** (sic).

Por supuesto que se generan preguntas ¿está bien que seamos lo único que hay? ¿corresponde que les usuarios nos digan que somos sus amigos? ¿qué hacemos con eso? ¿debemos desarmarlo de inmediato o lo tomamos para trabajar sobre eso? ¿cómo lo configuramos como parte del proceso terapéutico singular?

Pensar las cualidades de un individuo es imprimirle una subjetividad, y la manera en que nombramos y permitimos participar al otro en la contingencia también. Teniendo en cuenta que lo social es inherente a la subjetivación, lo social también debe estar presente en la contingencia. Me hace ruido el pensar que en varias oportunidades los objetivos de la práctica sea que el usuario **“pueda solo”**.

Si **“lo social”** que abraza a la persona solo proviene del hospital no podemos sancionar aquello y cancelarlo. Si en lugar de un lazo con profesionales la propuesta es despojo, vacío y desamparo, ¿qué salud estamos produciendo?. Es válido preguntarnos si contribuimos a la cronificación del padecimiento desde la dependencia o si permitimos la generación de dinámicas de relación desconocidas hasta el momento, las cuales podrían ser apropiadas y reproducidas en otros lugares y escenarios.

Me gustaría sumar la experiencia de G, ya que en verano coincidimos con mi compañera enfermera en periodo vacacional y en dicho momento la usuaria tránsito por situaciones para nada deseadas y cuidadas, poniéndose en riesgo en contextos de consumo. Al regresar al espacio, G menciona sobre una de sus giras **“me la mandé”**: había intercambiado sus tarjetas de débito y su DNI por sustancias, **“fisuríe todo”**. Y lo que en otra oportunidad se nos había presentado como una demanda de ayuda para recuperar su documentación, en esta oportunidad lo había hecho por sí misma.

En las oportunidades en las que como equipo la hemos acompañado, explicado y la hicimos parte de diferentes **“gestiones”**, y en la medida en que dimos el espacio para que ella sea la protagonista de las mismas, sin ubicarla en un lugar de **“no puede, no va a saber, hay que ir con ella”** G logra subjetivarse de cierta forma que le permitió en ese momento hacerse de las herramientas necesarias para ir a los bancos a dar de baja y pedir tarjetas nuevas e ir a un centro de RENAPER y solicitar su nuevo DNI. **“Hacerse cargo de las consecuencias”** para G, significó dejar de lado por un momento su discurso de imposibilidad impresos por otros y presentado por ella misma en varias oportunidades. Y lo que podría ser leído como algo que **“pudo sola”** es en realidad resultado de cada oportunidad en la que necesitó acompañamiento y ahí estuvimos como equipo. Y con ésto quiero aclarar, que no se trata de saber o no saber hacer un trámite, sino de significarse a sí misma como capaz de llevarlo adelante.



La posibilidad de sostén en la contingencia de la que hablamos, genera un nuevo proceso de subjetivación. Para explicar esto tomaremos el planteo de Ignacio Lewkowicz, quien menciona que existe una **subjetividad socialmente instituida**, es decir, aquellas operaciones necesarias para ser parte de una lógica, las que estandarizadas dan lugar a los dispositivos productores de la subjetividad: un ejemplo puede ser la confesión, que se explicaba anteriormente.

El autor menciona también que ***“no hay marca que, al marcar efectivamente una superficie en actividad, no produzca además un exceso o plus (...) exceso de lo instituido que no resulta asimilable al campo de lo instituido. Ese exceso ineliminable es lo que aquí llamamos envés subjetivo”***. En este envés o entre, es donde se dan las mutaciones del lazo, donde se genera la diferencia, ***“a partir de ese envés de la subjetividad instituida, se constituye la operación capaz de alterar la subjetividad y el lazo social instituido”*** (Lewkowicz, 2023: 93).

A la operación capaz de alterar la subjetividad y el lazo social Lewkowicz la llama subjetivación, es crítica de la subjetividad instituida y se produce como efecto no anticipado, es decir, no es un resultado buscado, sino un producto instituyente.

#### A MODO DE CONCLUSIÓN

Recapitulando, el terreno de las relaciones es fundamental para la producción del cuidado, ***“el profesional de la salud trabaja con la transferencia de conocimientos para el autocuidado, con diversas formas de intervenir su subjetividad, valorizando y aumentando su autoestima y, así, de manera creativa, el proyecto terapéutico se centra en el objetivo de recuperar mayores grados de autonomía para vivir la vida”*** (Merhy y Batista, 2013: 124). Considero que lo relacional no es algo que se pueda omitir en nuestras intervenciones como trabajadores sociales de la salud mental, si buscamos producir salud desde el enfoque derechos y con fundamentos éticos políticos.

En contextos actuales, donde no solo el Estado y sus instituciones están vaciadas por completo, sino que tampoco hay un entramado de redes contenedoras y vivificantes; lo vincular es lo que nos queda. Es triste pensarlo y escribirlo aún más, quizás esté dejando de lado cualquier vestigio de esperanza que en algún momento supe tener. En los galpones<sup>3</sup> en los que nos hemos configurado las instituciones, el buen trato, el cuidado y el respeto por el otro, es el dispositivo de trabajo que sin dudas tenemos que preservar y dar lugar.

En tiempos donde la deshumanización es tan profunda y la subjetivación se encuentra fragmentada, reponer en el otro su lugar como sujeto es reconstruirlo en su humanidad y dignidad. Garantizar lo simbólico es más que necesario, esto es parte de pensar que sí hay respuesta cuando pareciera no haberla.

Como trabajadores de la salud pública y colectiva no podemos agotarnos en el NO inmediato y reproducido diariamente por las instituciones: ***“no hay turnos”, “no hay medicación”, “se dio de baja la pensión”, “este programa ya no existe”, “el sistema está***

**colapsado**". Y no se trata de heroicamente solucionar y parchar vidas como se pueda, se trata de empezar por reconstruir los lazos que han sido totalmente rotos, o que no existieron para poder desde allí significar **algo distinto**.

¿Para qué trabajamos si no es para que el otro se sienta mejor y tenga una vida más vivible? Es necesario no perder el horizonte de que nuestras prácticas vayan de la mano de la justicia social y la dignidad de la vida.



PRODUCCIÓN DE SALUD DESDE EL CUIDADO

#### NOTAS

1. A lo largo del escrito iré dejando frases de algunos usuarios a quienes acompaño en consultorios externos, quienes me han hecho pensar en varias oportunidades respecto a los lazos con la institución y sus profesionales y sus implicancias subjetivas.
2. Nombro algunas de las etiquetas que se escuchan diariamente en el Hospital, aunque no acuerde con las mismas teórica e ideológicamente.
3. Lewkowicz utiliza esta expresión para referirse a las instituciones vaciadas de intervención estatal y de políticas públicas que respondan. "Las instituciones sin normativa capaz de producir subjetividad son galpones" (2013: 60)

#### BIBLIOGRAFÍA

- BERNARD MARCOS. (1996)** *Reflexiones sobre el concepto de transferencia en el psicoanálisis vincular. Psicoanálisis de las configuraciones vinculares: revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.*
- FRANCO TULIO BATISTA Y MERHY EMERSON (2011)** *El reconocimiento de una producción subjetiva del cuidado.* Salud Colectiva. Buenos Aires.
- LEWKOWICZ IGNACIO (2023).** *Todo lo sólido se desvanece en la fluidez- 1ra Ed. Coloquio de Perros.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- MERHY EMERSON (2013)** *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud.* Emerson Merhy y Tulio Batista Franco. Editorial Lugar.
- MICHEL FOUCAULT (1977)** *Historia de la Sexualidad 1. La voluntad de saber.* Siglo XXI editores.
- SPINELLI, HUGO (2010)** *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina.* Salud colectiva