



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

*Cuidar lo extranjero: el psicólogo como practicante del psicoanálisis en
salud pública*

Modalidad de presentación: Ensayo
Autora: Bidevich, Milena
Legajo: B-5857/2
Dni: 41784141
Docente responsable: Ps. López Papucci, Laura

2024

Agradecimientos

A mamá y papá, por sostener (y empujar cuando fue necesario).
A mi hermano, por contener y hacer reír.

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, se propone como tema interrogar el trabajo del psicólogo en salud pública desde el psicoanálisis.

Se encuentra motivado por trayectos personales de formación dentro del campo de la salud pública, con la postura de habitar esas prácticas desde el psicoanálisis como marco teórico. Algunos de estos trayectos estuvieron vinculados a Proyectos de Extensión (en particular un programa de formación interdisciplinaria con anclaje en centros de salud de una localidad cercana a la ciudad de Rosario), a Proyectos de Investigación (acerca del surgimiento histórico de la clínica ampliada y sus diversas aplicaciones), a Prácticas Profesionales Supervisadas (en la maternidad de un hospital de la ciudad de Rosario) y a una pasantía en el área de Promoción y Prevención de la salud colectiva perteneciente a un organismo público de la ciudad de Rosario.

Fidalgo (2008) define al sistema de salud como la respuesta social organizada que un país construye frente a los problemas de salud. En nuestro país, dicho sistema se divide en tres subsectores: público, privado y seguridad social (obras sociales).

Este ensayo propone situarse en el subsector público, dentro del cual conviven

diferentes lógicas de atención. Se hará mención a dos de ellas: el modelo médico hegemónico y la Medicina Social Salud Colectiva; para poder pensar y problematizar la práctica del psicólogo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019), en el ámbito de la salud pública predomina un modelo de atención conocido como *médico hegemónico*. Este modelo se caracteriza por reunir un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica que ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad. Uno de sus rasgos estructurales es el biologismo (Menéndez, 1988), carácter que refleja la orientación dominante de la atención médica hacia las situaciones de salud-enfermedad. Desde este paradigma se entiende a la salud como ausencia de enfermedad, es ésta última el único eje a tener en cuenta en las intervenciones.

Por el contrario, la *Medicina Social Salud Colectiva*, (corriente que surge en Latinoamérica a partir de los años '70) resignifica el proceso salud-enfermedad para sumar a su denominación el par atención-cuidado. Además, genera saberes y prácticas a la luz de las manifestaciones históricas y sociales de la población, estudia la producción y distribución de las enfermedades en comunidades específicas, y busca comprender las formas con que la sociedad reconoce y enfrenta sus necesidades y problemas en salud (Casallas, 2017).

Esta corriente de pensamiento amplió el horizonte sobre el objeto *salud*, propiciando que distintas disciplinas sean parte de su construcción teórica, la cual sigue vigente. En Argentina, entre otros profesionales reconocidos, las psicólogas Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez participan activamente de este debate y contribuyen a su crecimiento.

Las autoras discuten la posibilidad de una definición de *salud mental* desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva, para arribar a la idea de que el éxito del campo de la salud mental es su desaparición como subcampo de la salud. De esa manera, la salud mental puede ser incorporada a prácticas sociales de salud-enfermedad-atención-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva se restituya (Stolkiner y Ardila, 2012).

Mientras esto no suceda, hay que considerar que existe un campo de prácticas sociales denominadas *de salud mental*; donde “coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en salud” (Stolkiner, 2012, p. 51-52). Se puede nombrar, como uno de esos cuerpos conceptuales, al Psicoanálisis.

3

Sigmund Freud, al inventar esta estructura teórica, transformó el discurso sobre el hombre. Dicha creación, que data de principios del siglo XX, aún hoy tiene la potencialidad de disputar sentidos (con otras psicoterapias) en donde se encuentre presente.

Ahora bien, retomando la especificidad del psicólogo dentro de la red de atención del sistema público, se ubica que, en una relación terapéutica, más allá de su marco teórico, se desarrolla un diálogo: una persona le habla a otra, y lo hace a través de la palabra. La reflexión sobre la *palabra* es uno de los aportes fundamentales del psicoanálisis a la formación del psicólogo.

Jacques Lacan, en *Función y Campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* (1953), sostiene que a pesar de ser evidente el hecho de hablar, generalmente se desatiende que el *medium* del psicoanálisis es la palabra del paciente. Entonces, si “toda palabra, llama a una respuesta” (Lacan, p. 241), se puede afirmar que ésta construye dos lugares, emisor y oyente, porque la palabra invoca, llama, a que

suceda algo en el lugar del otro a partir de que ella pone a circular. Esto permite profundizar en el concepto de *escucha analítica* que antes de ser tan sólo una capacidad individual, se refiere a un lugar que existe gracias a la palabra.

De este modo, la labor del psicólogo apunta a ubicar en esa escucha cuestiones propiamente subjetivas, es decir, lo singular que se encuentra en cada usuario del sistema de salud. Pero, ¿cómo habita ese lugar de oyente un psicólogo con formación psicoanalítica?

Cabe agregar que, en las instituciones de la red de atención pública se suelen conformar equipos de referencia encargados de construir las estrategias de intervención. Desde la Medicina Social Salud Colectiva se impulsa, por un lado, considerar el contexto social y concreto de los usuarios del sistema de salud, y por otro lado, el trabajo en equipos interdisciplinarios. En este escrito, se pretende señalar que aporte realiza el psicólogo, practicante del psicoanálisis, en la construcción de aquellas intervenciones interdisciplinarias.

Este ensayo apuesta a problematizar la labor del psicólogo, desde el cuerpo teórico del psicoanálisis, en Instituciones Públicas de Salud atravesadas por modelos de atención (modelo médico hegemónico y medicina social/salud colectiva) en constante tensión.

Desarrollo

Frente al desamparo

Es menester señalar el difícil momento histórico, social y económico que afecta tanto a nuestro país como a la ciudad de Rosario. Desde las prácticas pre-profesionales transitadas (mencionadas anteriormente) se pretende esbozar el panorama de algunas situaciones que acontecen en la práctica dentro del subsector de salud público.

En el presente trabajo se entiende a la salud de forma integral, como un campo de acción colectiva, que incluye el derecho a la salud como indisociable de otros derechos (Zaldúa, 2013). Se parte de allí para afirmar que una característica en común de los usuarios que consultan en instituciones públicas de salud es que sus derechos se

encuentran vulnerados (derecho a una vivienda adecuada, a la educación, al trabajo, a la salud, entre otros).

Robert Castel (1991) propone una hipótesis para abordar lo que sucede con aquellas personas o grupos que quedan por fuera del circuito tradicional de los intercambios sociales. Afirma que la marginalización es el desenlace, el fin del recorrido, de diversas dinámicas de exclusión.

Esas situaciones marginales se ubican “al final de un doble proceso: de desenganche en relación al trabajo y en relación a la inserción relacional” (Castel, 1991, p. 39). En ese proceso son afectados otros individuos que no se consideran marginales pero que están en potencia de serlo. Estas personas (o grupos) conforman una *zona de vulnerabilidad*, se caracterizan por poseer un trabajo precario y por la fragilidad de los soportes relacionales. Por lo tanto, la zona de vulnerabilidad no se define únicamente por los bajos ingresos que tiene la población que la integra sino también por la labilidad de sus relaciones.

Los usuarios del subsector público de salud, por lo general, pertenecen a esa zona de vulnerabilidad. Están atravesados por múltiples problemáticas, entre las cuales se pueden mencionar: la falta de trabajo, falta de vivienda o viviendas precarias, dificultades en la permanencia escolar, consumos problemáticos y la fragilidad de los lazos sociales.

Desde las instituciones públicas de salud se tiende a apostar por realizar intervenciones que prevengan la caída en la marginalidad. Como se ha referido previamente, estas intervenciones son construidas por equipos, que idealmente trabajen de forma interdisciplinaria. El psicólogo puede, en ocasiones, acompañar en posibilitar el armado de otros soportes, un poco menos frágiles, para los usuarios.

Otro de los adjetivos con los cuales se suele describir a los usuarios del subsector público de salud, está ligado al *desamparo*. Es usual referirse a las personas que tienen sus derechos vulnerados como desamparados. Es posible coincidir con esa idea ya que un sector de la población se encuentra desamparada por el Estado.

El Estado debe asegurar el pleno ejercicio de los derechos de la población ya que es su garante. Las instituciones de salud pública están conformadas por trabajadores de la salud que representan al Estado. Estos trabajadores, dentro de los que se encuentra el psicólogo, deben velar por el cumplimiento de dichos derechos, principalmente el derecho a la salud.

Por otro lado, se puede emplear la palabra desamparo para dialogar con postulados construidos por psicoanalistas que han puesto esa noción en el centro de sus desarrollos; y además, sirve a los fines de seguir problematizando la labor del psicólogo, formado desde el psicoanálisis, en el ámbito público.

De acuerdo con la psicoanalista Perla Zelmanovich (2003) el desamparo es la falta de recursos para subsistir. Carencias que se manifiestan en falta de comida, de techo, de salud, de seguridad. Además, el desamparo se expresa en la fragilidad e inconsistencia de los discursos que sostienen el vínculo social. En este punto se puede hacer una articulación con Robert Castel, anteriormente señalado, que aborda la zona de vulnerabilidad desde la fragilidad de los soportes relacionales.

Ambos autores coinciden en poner el acento en la fragilidad del lazo con el otro. El vínculo con el otro, por una parte, es indispensable para la constitución del psiquismo; por la otra, es necesario en cada momento de la vida, como soporte y contención.

En este punto, Sigmund Freud (creador del psicoanálisis), permite ubicar los avatares iniciales que transita un niño al llegar al mundo. Cabe precisar que esos primeros momentos de vida para un sujeto son cruciales. Aborda este tema en los comienzos de su escritura, en el *Proyecto de Psicología para neurólogos* (1895). Allí

resalta que no es sin *auxilio ajeno* que se da la primera *vivencia de satisfacción*.

Lo que transmite Freud (1895) es que hay estímulos en el bebé recién nacido que presionan desde el interior de su cuerpo y para ser cancelados precisan de la intervención de un otro. Este otro, deberá ser una persona experimentada que, mediante su asistencia, conduzca a la descarga.

Se da un movimiento inicial y determinante para el sujeto que representa “una *vivencia de satisfacción*, que tiene las más decisivas consecuencias para el desarrollo funcional del individuo” (Freud, 2017, p. 230). En este proceso se cancela la necesidad y se la coloca en un lugar mítico. Desde ahora en más surgirá en el bebé algo que se puede nombrar como deseo.

Entonces, se puede sostener que todos los seres humanos al nacer se encuentran en una inermidad inicial. El desvalimiento inicial es una cualidad inherente al humano. Por esta razón, es imprescindible la presencia de un otro que auxilie y cobije, en una relación de cuidados, para constituirse como sujeto.

Donald Winnicott, pediatra y psicoanalista inglés, también ha estudiado las primeras etapas del desarrollo de un bebé. En ese sentido, el autor destaca el lugar que ocupa la madre en la relación con su hijo. La mujer experimenta una etapa que se denomina *preocupación maternal primaria* (Winnicott, 1960).

Winnicott (1960) describe esta preocupación como un estado especial en el que la madre está profundamente sintonizada con las necesidades de su bebé. En esa posición puede proporcionar un entorno suficientemente bueno para proteger al infante del desamparo absoluto.

Esto, teorizado hace muchos años, donde era común que la sociedad le otorgara a la mujer el lugar de ser solamente madre y por ende, cuidadora de sus hijos, puede debatirse. En la actualidad, es posible problematizar la idea de que la madre es la única que puede decodificar y comprender las necesidades de su hijo. Es más adecuado referirse a la madre como un lugar. Al nombrarla como lugar, éste puede ser ocupado por cualquier persona que tenga el deseo de cuidar al recién llegado.

Pero, si se siguen los lineamientos de Winnicott (1960) por un lado, se nombra a la sintonización maternal como lo que permite al bebé experimentar una dependencia saludable. Con saludable, el psicoanalista se refiere al desarrollo en el niño de un self verdadero. Vale decir, las necesidades del bebé son adecuadamente satisfechas, lo que facilita establecer una base de confianza y seguridad para explorar el entorno y desarrollar su independencia de forma gradual y segura.

Por otro lado, si esta preocupación maternal primaria falla o es insuficiente, el bebé puede experimentar un desamparo profundo, que afecta su capacidad para desarrollar un sentido de self auténtico (Winnicott, 1960). Esto, provocará efectos en el desarrollo futuro.

Pues bien, ese lazo inicial de la madre (o cualquier otro cuidador) tiene que ser un soporte esencial para que el niño pueda transitar hacia una vida creativa y libre. El cuidado debe ser brindado por el adulto a través de una actitud empática para con el infans. De esa manera, se gestará un lazo entre ambos que será lo suficientemente sólido para proporcionar un buen desarrollo.

No obstante, este vínculo inicial se desempeña en un contexto histórico y social particular en cada caso. En la actualidad se asiste a un debilitamiento del tejido simbólico que da forma a los ideales y creencias (Zelmanovich, 2003), debilitamiento que se potencia en algunos escenarios donde no están ni siquiera cubiertas las necesidades básicas para vivir.

A propósito de esto, los adultos cuidadores, además de interpretar las necesidades del niño, deben ir armando de sentido los acontecimientos que suceden en la realidad. De esta forma, los adultos responsables del cuidado irán acercando el

lenguaje, la cultura, las costumbres a los infantes. Así pues, el cachorro humano requiere de un adulto que interprete y signifique sus demandas, ya que aún no las puede comunicar. Esto último es denominado por Zelmanovich (2003) como cuidados simbólicos.

En relación al contexto social y económico que atraviesan los usuarios del subsector público de salud, se hace menester introducir que aún “en las condiciones más penosas, el recurso de dar sentido posee una fuerza vital extraordinaria al ejercer con eficacia una función de velamiento” (Zelmanovich, 2003, párr. 4) contra los estímulos de la realidad. Se puede atenuar, a través de las palabras y de los cuidados simbólicos, las circunstancias difíciles que habitan en el entorno, especialmente el de un niño.

Por lo que se refiere al trabajo del psicólogo en instituciones públicas de salud, es importante poder deslindar en la escucha dos aspectos del *desamparo* que muchas veces se encuentran superpuestos en los usuarios que se atienden en la red pública.

Se distingue, por una parte, el desamparo denominado social/material, “que se presenta con indicios que dan cuenta de un abandono material verificable (...) Este tipo de desamparo denuncia la inexistencia del Otro de los cuidados materiales, encarnado en diversas figuras” (Zelmanovich, p. 97) y por otra parte, el subjetivo o estructural; éste último afecta a todos los seres humanos por igual ya que remite al desvalimiento inicial, citado anteriormente.

El psicólogo puede aislar estas dos dimensiones a través de su escucha. Las consultas que se reciben en la atención en la red de salud pública pueden estar, por lo general, atravesadas por derechos vulnerados. O dicho de otra forma, por ese desamparo social/material que afecta principalmente a la población que acude a las instituciones públicas.

Cuando se establece una relación terapéutica, en este caso, entre un usuario del subsector público de salud y un psicólogo se irá armando un diálogo. Lo que sucede es que se pone a circular la palabra, que como se ha mencionado en la introducción, es el medium de la relación. A través de la palabra del paciente, de cómo éste construya su relato y arme su historia, el psicólogo podrá ubicar con la escucha analítica algunas cuestiones del sufrimiento singular del sujeto.

De hecho, es probable que la cuestión social se inmiscuya en el relato del usuario, porque es parte de su vida. Pero, a lo que se apunta como psicólogos, desde una praxis psicoanalítica, es aminorar el sufrimiento que algunas posiciones subjetivas traen aparejadas. Y para que eso suceda se apuesta a dar lugar a la palabra.

Winnicott (2011) propone la función de *sostén*, como la capacidad para proporcionar un entorno físico y emocional que brinde seguridad y consistencia. Ese sostén implica una presencia afectiva que cree un espacio donde el bebé se sienta protegido.

Esta noción puede ponerse en juego en la práctica del psicólogo en salud pública, ya que es preciso fundar un espacio de confianza con el usuario, espacio que habilite a hablar. El sostén, entendido a partir de Winnicott, se constituye como una característica fundante de la labor terapéutica. Es a partir de aquí que se puede instalar la transferencia; y por ende, es condición para interpretar.

En fin, el psicólogo, en su práctica, puede funcionar como sostén. De esa manera, ofrecerá un marco para escuchar, intervenir y crear alternativas frente al desamparo.

Hospitalidad en acto

En vías de continuar esclareciendo la labor del psicólogo en la red de atención 7

pública de salud, se toma el aporte de Emerson E. Merhy (2006) Este autor (médico representante de la salud colectiva) sostiene que el resultado del trabajo en salud son los *actos en salud*.

Los actos en salud se componen de manera simultánea por una dimensión de cuidado y otra centrada en los conocimientos disciplinarios y las estructuras profesionales. De estos actos surgen los *proyectos terapéuticos singulares*. Dicho concepto fue introducido por el movimiento de la Medicina Social Salud Colectiva. Apunta a la producción en conjunto, entre el usuario y el equipo de referencia, del proceso terapéutico (Campos, 2009).

Cabe afirmar que la dimensión de cuidado no está limitada a una profesión en particular. Los actos en salud pueden ser llevados adelante por cualquier trabajador del campo de la salud, y cualquier consulta es posibilidad para efectuarlos, aunque ello no siempre acontece (Stolkiner, 2013). De todos modos, el interés del presente ensayo está vinculado a la labor del psicólogo en los equipos de referencia que construyen dichos actos.

Uno de los roles del profesional psicólogo es apostar por generar procesos de diálogo con los usuarios del sistema de salud, posibilitando establecer conexiones con el mundo subjetivo de cada usuario singular (cuando así se lo requiere). Asimismo, el psicólogo también tiene la capacidad de propiciar la interlocución entre los trabajadores del equipo de referencia en pos de la construcción de estrategias terapéuticas en conjunto.

En ese sentido, Alicia Stolkiner (2013) al teorizar sobre la praxis en salud propone entender que “la dimensión de cuidado inherente a toda práctica en salud implica la producción de procesos del habla y de la escucha” (párr. 4). Ahora, ¿cómo ofrecer una práctica en salud que se constituya como acto en salud?

Tal vez, seguir la pista del concepto de hospitalidad habilite a pensar la disposición del psicólogo en el trabajo en estos espacios. Jaques Derrida y Anne Duformantelle tienen una conversación, hermosa por cierto, en un libro llamado *La Hospitalidad* (2000). En relación a ella refieren que,

la hospitalidad se ofrece, o no se ofrece, al extranjero, a lo extranjero, a lo otro. Y lo otro, en la medida misma en que es lo otro nos cuestiona, nos pregunta. Nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas, en nuestras legalidades (2000, pág. 7)

Esto, que se ofrece o no se ofrece, tiene que ver con la disposición a alojar y con la actitud de amparar. Esta capacidad para alojar se da a través de un movimiento de apertura que hace el psicólogo, y así aloja lo extranjero del otro. El psicólogo al brindar una escucha es cuestionado en sus propias certezas. “Lo otro” que porta el usuario sacude los dogmas y las creencias del profesional.

La disposición a la hospitalidad implica abrir un espacio en donde el psicólogo es interpelado. Esta actitud se manifiesta si algo de la otredad confronta y conmueve al profesional. Pero, la hospitalidad no es algo voluntario. La hospitalidad sucede en acto. Es decir, sucede o no sucede, se da o no se da.

A propósito de esto, el psicoanálisis como cuerpo teórico que se elige para la práctica del psicólogo, tiene dos reglas fundamentales: asociación libre, por parte del paciente, y *atención flotante*, por parte de analista. La atención flotante es un concepto que sirve para poder escuchar. A través de ella el psicólogo suspende sus propios pensamientos e ideas y también sus expectativas. Se constituye en un modo de hacer espacio para la emergencia de eso que no se sabía, el hallazgo de lo inconsciente.

Alexandra Kohan cuando escribe acerca de la escucha en la atención flotante señala que “no se puede escuchar nada sin esa disposición a no fijarse en nada en particular. No hay escucha posible si se está anticipando un saber, un decir: si se está escuchando desde una perspectiva en particular” (2022, párr. 2). Entonces, la atención

flotante es una forma particular que adquiere la escucha en la relación terapéutica.

8

Se considera que ese tipo de escucha es la que posibilita darle lugar a lo extranjero que porta el otro. Lo extranjero, aquello de lo que nada se sabe, el inconsciente.

En resumen, el psicólogo tiene que estar dispuesto a ser cuestionado en su saber. Porque, en realidad, no sabe nada de quien consulta. Solo podrá escuchar y acompañar el relato que organiza el usuario. Esta situación, muchas veces, lo expone frente a su propio desamparo, desamparo que habita en todos los seres humanos.

En lo que atañe a la práctica terapéutica del psicólogo, se hace obligatorio concebir como un sujeto de derechos al usuario. Esto se expresa al comienzo de la Ley N° 26657, sancionada y promulgada en 2010, denominada Derecho a la protección de la salud mental:

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El trabajador de la salud tiene la responsabilidad de velar y trabajar para garantizar el derecho a la salud mental de los usuarios. Para cumplir con esta tarea, es fundamental que sea capaz de empatizar con ellos. De hecho, resulta imposible llevar a cabo una práctica de atención y cuidados si se mantiene indiferente ante el dolor y la angustia que pueden experimentar los individuos.

Con el fin de continuar el debate en torno a la labor de un psicólogo, es crucial examinar la postura que adopta en su práctica profesional. Postura que está sustentada por un marco teórico. En este sentido, el concepto de *estar psicoanalista* de Fernando Ulloa (2009) cobra relevancia, ya que sugiere que la identidad del psicoanalista se configura no solo por su adhesión a una teoría, sino también por su capacidad de leer las dinámicas y los momentos de las instituciones públicas en las que trabaja.

Estar psicoanalista implica una posición reflexiva de la teoría psicoanalítica en la práctica profesional, sin caer en una rigidez que podría transformar el poder derivado de la teoría en una forma de autoridad dogmática o sacerdotal. Así, el estar psicoanalista permite manejar el poder de la transferencia de manera ética y flexible, en sintonía con las demandas y realidades del entorno institucional (Ulloa, 2009).

En las instituciones públicas de salud, los contextos sociales a menudo se presentan de manera extremadamente compleja, con múltiples capas de desafíos y dificultades. En este escenario, Ulloa (1988) aborda el fenómeno del desvalimiento inicial de manera similar a Freud, Winnicott y Zelmanovich, al referirse a las experiencias que configuran los primeros tiempos del sujeto. Es importante destacar que estas experiencias iniciales pueden estar profundamente afectadas por la vulneración de derechos humanos fundamentales. En el apartado anterior, se menciona que existen dos tipos de desamparo. Por un lado, el desamparo estructural que atraviesa a todos los seres humanos, y por el otro, el desamparo material. Éste último, vinculado estrechamente a la vulneración de derechos, puede generar más dificultad y sufrimiento en la vida de los usuarios.

Es más, comprender y abordar el desvalimiento en estos entornos complejos no se limita a una mera consideración teórica. Es una cuestión que exige una respuesta práctica y concreta frente a las condiciones sociales que influyen en la salud mental y

los derechos de los usuarios.

En este sentido, Fernando Ulloa (1988) subraya la importancia de la ternura, la cual, según su perspectiva, juega un papel crucial como instancia psíquica fundadora de la condición humana. Según Ulloa, “la ternura es inicial renuncia al apoderamiento del infantil sujeto” (1988, p. 3). Es decir, la ternura actúa como un límite al apoderamiento, funcionando como una “coartación –el freno– del fin último, fin de descarga (...) Esta

9

coartación del impulso de apoderamiento del hijo, este límite a la descarga no es ajeno a la ética” (Ulloa, 1988, p. 3).

Además, la ternura genera dos características fundamentales: en primer lugar, la empatía, que garantiza el suministro adecuado para vivir; y en segundo lugar, el miramiento, definido como el mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo (Ulloa, 2009).

Por cierto, la ternura se revela como una función primordial en la construcción de la subjetividad ya que representa una base ética a la que el ser humano accede. A través de ella se constituye un espacio protector que ampara e introduce al niño en el entramado social. Esta cualidad afectiva no solo permite ser reconocido como sujeto, sino que también lo vincula a los demás desde un lugar de cuidado y reciprocidad (Ulloa, 2009). Por tanto, la ternura se configura como un dispositivo social indispensable. Sin ella, el individuo queda expuesto a dinámicas de sufrimiento, injusticia y violencia que erosionan su capacidad para confiar y vivir con esperanza.

En suma, tal como expresa Stolkiner (2013) la escucha es en sí misma un acto de hospitalidad. Pero, cabe agregar que el psicólogo debe escuchar desde la ternura. Es preciso considerar a la ternura como base de la relación entre el usuario y el profesional, porque la ausencia de ella despoja al ser humano de una protección esencial. Protección necesaria para dar inicio a prácticas de atención y cuidado de la salud.

Interdisciplina y psicoanálisis

En el marco del presente ensayo, la salud se concibe de forma integral. Como se expuso previamente, la salud se vincula con todos los derechos esenciales, entrelazándose con dimensiones como la educación, la vivienda y el trabajo. Esta perspectiva integral subraya que la salud no puede ser plenamente comprendida ni abordada sin considerar la interacción de estos derechos y del contexto social en donde se desarrolla la vida de los individuos.

Gastão Wagner de Sousa Campos (médico brasileño partícipe del movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva) reúne bajo el nombre de *Método Paidéia* (Campos, 2009) a un conjunto de conceptualizaciones y propuestas necesarias para pensar las políticas, la planificación y la gestión de las diferentes prácticas sociales, precisamente la salud. En este escrito, sus desarrollos permiten pensar en cómo se organiza el trabajo que realiza, en este caso, un psicólogo practicante del psicoanálisis en salud pública.

Una de las herramientas que el autor propone y sirve a los fines de continuar problematizando la práctica del psicólogo es *la clínica ampliada*. La cual apunta a una clínica centrada en la existencia concreta de los sujetos (Campos, 2009). Desde este enfoque la enfermedad se constituye como parte de la vida del usuario. Se considera su contexto y las características particulares del mismo. Esos determinantes que, como se ha mencionado previamente, son esenciales para escuchar y alojar el padecimiento humano.

Ampliar la clínica supone una praxis que incluye el contexto del sujeto con padecimiento psíquico, su familia, su comunidad, y a los equipos profesionales involucrados en su atención. Esta perspectiva tiene como objetivo promover la

participación comunitaria de los propios actores sociales y quebrar la situación de aislamiento en que se encuentran. De esa manera, se hace posible facilitar otros modos de lazos sociales, estimulando la solidaridad y la participación activa en nuevas estrategias comunitarias (De la Sovera, 2019).

Es pertinente profundizar en el concepto de clínica ampliada ya que, muchas veces, en el ámbito del psicoanálisis se ha dejado de lado el contexto histórico, social y político de los usuarios. A su vez, llevar adelante una práctica desde la clínica ampliada permite construir intervenciones más apropiadas. Esta modalidad de atención avanza contra el modelo dominante (modelo médico hegemónico) y establece nuevas reglas de

10

juego y de participación tanto para profesionales como para usuarios (De la Sovera, 2019).

Dicha forma de atención posibilita a los psicólogos, que se desempeñan en el ámbito público, formar parte de otra manera en la construcción de los problemas en salud. En virtud de que promueve el trabajo interdisciplinario. Es decir, el psicólogo trabaja junto con otros profesionales en la construcción del proyecto terapéutico singular del usuario, y desde allí lee la dimensión propiamente subjetiva.

Entonces, el psicólogo puede ejercer una práctica psicoanalítica que incluya el contexto histórico y político del usuario. Puesto que las circunstancias concretas de vida constituyen al sujeto, influyen en su sufrimiento y en las formas que tiene para transitarlo.

En este contexto, la interdisciplina se presenta como una herramienta vital para tratar la salud desde una perspectiva más compleja. Desde la Medicina Social Salud colectiva se propone que en las instituciones de salud se deben construir las intervenciones de forma interdisciplinaria.

Si se retoma a Alicia Stolkiner (1987), se puede afirmar que la ciencia, y el positivismo, en su esfuerzo por abordar la complejidad de la realidad, ha generado conocimientos específicos que se han organizado en disciplinas.

La disciplina tiene varios significados. Por un lado, se refiere al discurso relacionado con un área específica de conocimiento. Por otro lado, implica la idea de disciplinar, es decir, poner orden, corregir e incluso exigir obediencia.

Según Denise Najmanovich (2007) las disciplinas científicas reducen la complejidad y diversidad de las maneras en que se experimenta el mundo. Estas formas de vivenciar se encapsulan en categorías teóricas, modelos y paradigmas rígidos y predefinidos. Lo que lleva, en varias oportunidades, a ignorar la riqueza del encuentro y la experiencia humana.

Siguiendo esta línea, cuando se menciona una disciplina no se puede eludir la dimensión vinculada a cómo se organiza el discurso en torno a ella. Es decir, cómo se caracteriza su objeto, que delimita un campo de estudio propio y desarrolla herramientas necesarias para abordarlo. Además, es importante señalar que las disciplinas no existen de manera aislada o abstracta, sino que se manifiestan a través de la acción humana dentro de una cultura y en un contexto histórico determinado (Stolkiner, 1987).

Sin embargo, cuando se pone en entredicho a la ciencia positivista se comienza a evaluar que los hechos, datos y problemas no existen de forma independiente en el mundo en sí. Estos elementos no son simplemente descubiertos, sino que emergen a partir de la interacción con la realidad. Es en este encuentro con el mundo donde se construye y se da significado a lo que percibimos como hechos y problemas (Stolkiner, 1987).

En ese encuentro, se comienza a percibir “un movimiento que va de la Ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas” (Stolkiner, 1987, párr. 3). A

saber, se propone apuntar a construir el objeto (los problemas en salud) con otros. Esto se debe a que el objeto que se estudia está revestido de múltiples dimensiones, por ello es un objeto complejo.

En este sentido, es ilustrativa la forma en que Alicia Stolkiner describe el surgimiento de la interdisciplina, con la precisión de situar que los problemas en salud se sitúan siempre en un territorio específico. En este caso, en la ciudad de Rosario, y por ende, en Santa Fé, en la República Argentina y por supuesto en América Latina.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. Tal es el caso de Salud o Educación, abordadas además en este caleidoscópico territorio cultural de América Latina (Stolkiner, 1987, párr. 7)

11

Desde la perspectiva de la Medicina Social Salud colectiva, se considera esencial preservar las distinciones entre las disciplinas, recuperar la heterogeneidad de cada práctica y la diversidad de las mismas. De esa forma, se legitima el aporte que puede hacer cada disciplina desde su lugar. Pero, ninguna de las disciplinas puede abarcar por completo la realidad. Por lo tanto, no hay una relación de complementariedad entre una y otra (Stolkiner, 1987). Por ejemplo, la psicología no es lo que le falta a la medicina, o viceversa. Cada una de ellas aporta una perspectiva única y necesaria para la construcción del problema en salud.

Ahora bien, no basta con que se reúnan profesionales de distintas disciplinas para que emerja la interdisciplina. La misma está intrínsecamente vinculada a la disposición de los trabajadores a llevarla a cabo. Es un posicionamiento que se da cada vez. Cada vez que un trabajador apuesta a construir con otro. Cuando esto sucede, el profesional acepta que no sabe todo. Ese no saber, el reconocimiento de los límites de la disciplina, es condición para la interdisciplina (Stolkiner, 1987).

Apostar a un abordaje interdisciplinario es un desafío necesario para los trabajadores de la salud. Este desafío que plantea la complejidad del objeto impone producir nuevos sentidos, crear conceptos y otros modos de percepción que permitan pensar sin reducir la experiencia, ni estereotiparla (Najmanovich, 2007).

Respecto a la función del psicólogo en las instituciones públicas se puede establecer que su aporte es leer la dimensión subjetiva del usuario en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados.

En consonancia con lo anterior, desde una formación psicoanalítica, es preciso trabajar interdisciplinariamente en el equipo de referencia. De hecho, en las instituciones públicas de salud, los profesionales se enfrentan a consultas complejas, atravesadas por derechos vulnerados y problemáticas sociales que superan el saber del psicólogo como único agente de intervención. Estas situaciones requieren articular y construir con otras disciplinas —trabajo social, medicina, derecho, entre otras—, ya que la demanda del paciente se inscribe en un entramado institucional, político y social que va más allá de su malestar psíquico singular.

Tal como plantea Jacques Lacan (1964), el sujeto además de ser el sujeto del inconsciente es también sujeto del lenguaje. Al constituirse a partir del auxilio que un Otro le brinda, y, como se ha mencionado, debido al contexto material y social en donde vive, el psicólogo tiene que operar en el límite entre lo psíquico y lo social. Esto es crucial en estas instituciones, donde en varias ocasiones se deben realizar intervenciones que, sin perder de vista la singularidad del sujeto concreto, aborden problemas colectivos.

El psicólogo, practicante del psicoanálisis, reconoce que no es el único portador

del saber. Entonces, es menester que se posicione como un agente que escucha y trabaje en función de las coordenadas del inconsciente, pero también en articulación con otros saberes. La interdisciplinariedad, en este sentido, no implica diluir el discurso psicoanalítico, sino abrirse a una construcción que permita el tratamiento del sujeto en todas sus dimensiones, integrando los efectos del discurso social en su constitución subjetiva.

En un abordaje interdisciplinario, se debe preservar algo de la extranjería que propone el psicoanálisis. Porque más que una disciplina que aporta lo propio a la construcción del objeto, se trata de un no saber que pone a andar, a desandar, aquello que no funciona, que funciona mal. Aquello que permite la emergencia de un sujeto en su tropiezo, en su falla, en ese devenir que es vivir.

12

Consideraciones finales

*Cuidar lo que no tiene cura: el cuerpo,
aunque más no sea porque todavía contiene
ese secreto que nos decíamos, de niños, al oído,
y que ningún adulto recuerda.*

(...)

*El viaje de lo visible a lo invisible
duró la vida entera.
ahora, dame tu abrazo
para olvidar mi miedo a llegar, sola,
a un país extranjero.*

*Fragmento del poemario "El Secreto"
Claudia Masin*

Un fragmento de poesía permite darle un cierre a este ensayo. Cabe aclarar que aunque sea el final del escrito, las conclusiones a las que se arriba admiten nuevas reformulaciones. Es un final que queda abierto.

En el presente año y bajo un gobierno que denosta lo público, es una decisión política escribir sobre el trabajo del psicólogo en instituciones públicas de salud. El panorama social que atraviesan los usuarios del sistema de salud público es cada vez más preocupante.

Es posible hacerle frente al desamparo, a la vulneración de derechos y a las complejas condiciones sociales si, desde estas instituciones, se construyen estrategias en pos de la ampliación de derechos. En el caso de un psicólogo, formado desde el psicoanálisis, la aspiración es atenuar el sufrimiento psíquico. Esto es factible de lograr si el trabajador oficia de sostén y crea un espacio terapéutico seguro y confiable para el usuario.

Cuando el practicante del psicoanálisis ofrece una escucha puede hospedar al otro, al paciente. La hospitalidad constituye una disposición que el trabajador adquiere en ese entre que se abre con el usuario. Dichos espacios, que pueden ser encuentros individuales o grupales, deben estar elaborados desde la ternura.

Además, es menester ampliar la escucha analítica al contemplar el contexto material de quien llega a la consulta. En lo que respecta a construir estrategias

terapéuticas en estas instituciones se hace inevitable el trabajo con otros. La interdisciplina es una práctica que se construye cada vez.

Ahora bien, el psicoanálisis como discurso disputa sentidos con otras psicoterapias y con las lógicas de atención que conviven en el subsector público de salud. En el momento en el que Freud designa que el *yo no es amo en su propia casa*, revoluciona la forma de apreciar la vida anímica. Esa cualidad se nombra en este trabajo como *extranjería* y es constitutiva de todos los seres humanos.

Se revela en la medida que, en la propia subjetividad, habita algo que aún siendo lo más propio se presenta como lo más extraño. El acto fallido, el chiste, el sueño, el lapsus enfrentan al sujeto con la extranjería que lo habita. Eso que está en él pero que no siente como propio. Eso es el inconsciente o sus formaciones. “Es en esta extraña familiaridad donde podemos encontrar aquella dimensión que Freud designó con el término de Unheimlich, lo siniestro, lo extraño de tan familiar que es” (Bassols, 2018, p.116).

Cuidar lo que no tiene cura: el cuerpo, como dice Claudia Masin. Ese cuerpo que muchas veces nace y crece en condiciones materiales muy difíciles para vivir y desarrollarse. Cuerpo que padece la situación material de vulnerabilidad.

Al fin y al cabo esos cuerpos también sueñan, se equivocan, hacen chistes. Cuerpos que tienen el derecho de ser escuchados porque son sujetos de derecho. Pero, además, con una escucha psicoanalítica deben ser respetados cuando emergen como

sujetos del inconsciente.

La intención de este ensayo es que el psicólogo que practique el psicoanálisis en el subsector público de salud lleve adelante una práctica de atención y cuidados preservando la extranjería de dicho discurso.

Referencias bibliográficas

Bassols, M. (2018). La lógica del extranjero. *Revista Psicoanálisis*, 40 (1 y 2), 115-119.
<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/12/10.-BASSOLS.p>

df

- Campos, G.W.S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
- Campos G.W.S. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Editorial Lugar.
- Casallas, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Cienc Salud*, 15(3), 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En *El Espacio Institucional* (pp. 37-53). Editorial Lugar.
- De la Sovera, S. (2019). Clínica ampliada: quebrando aislamientos. *Revista Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/clinica-ampliada-quebrando-aislamientos>
- Derrida, J., & Dufourmantelle, A. (2000). *La hospitalidad*. Ediciones de la Flor.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud: El desarrollo de la medicina prepaga*. Espacio
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores
- Freud, S. (1986). Proyecto de psicología para neurólogos. En *Obras completas* Vol. I. Amorrortu.
- Kohan, A. (30 de agosto de 2022). Atención flotante. *El Diario Ar* https://www.eldiarioar.com/opinion/atencion-flotante_129_9274448.html
- Lacan, J. (2014). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1* (pp. 231-309). Siglo Veintiuno editores.
- Lacan, J. (1987). *El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Ley 26657 de 2010. Derecho a la protección de la salud mental. 2 de diciembre de 2010. D.O. No. 603.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451-464).
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Editorial Lugar
- Najmanovich, D. (2007). El desafío de la Complejidad: Redes, cartografías dinámicas y mundos implicados. *Utopía y Praxis Latinoamericana* 12 (38) 71-82. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162007000300006
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.
- Stolkiner, A. (2011). *Prácticas en salud mental: perspectivas y debates*. Editorial Lugar.
- Stolkiner, A. Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23, 57-67.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Editorial Nueva Visión (pp. 313-315).
- Ulloa, F. (2009). La novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica. Zorzal.
- Ulloa, F. (2003). La capacitación en psicoanálisis. *Revista Topía* 37. <https://www.topia.com.ar/articulos/la-capacitaci%C3%B3n-en-psicoan%C3%A1lisis>
- Winnicott, D. (2011). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Paidós
- Zaldúa, G. (2013). Vulneración de derechos y alternativas a la exigibilidad en salud comunitaria. *Anu. investig.* 265-275.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000100027&lng=es&nrm=iso

Zelmanovich, P. (2003). Contra el desamparo. En *Enseñar Hoy. Una introducción a la Educación en tiempos de crisis*. Fondo de Cultura Económica.

Zelmanovich, P. (2011). Violencia y desamparo. En *Cátedra abierta, aportes para pensar la violencia en las escuelas 2*. Ministerio de Educación de la Nación.

