

margen N° 96 – marzo 2020

## Reflexiones acerca de la construcción de autonomía de los sujetos en los procesos de intervención profesional en el marco de la Residencia de Trabajo Social

Por Andrea Natalia Berti

**Andrea Natalia Berti.** Licenciada en Trabajo Social, UBA, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

¿Por qué considero importante la construcción de autonomía del sujeto de intervención como transversal al ejercicio profesional? ¿Qué ejes guían u orientan mi práctica profesional? ¿Qué trabajadora social pretendo ser, o estoy siendo? ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores en este camino de construcción de autonomía propia y de los sujetos de intervención?

A lo largo de estos tres años de residencia *-1-*, constantemente me preguntaba cómo reconstruir, fortalecer y promover la autonomía de los sujetos de intervención en el desarrollo del ejercicio profesional.

Durante primer año, en la experiencia de rotación transitada por la sala de internación de pediatría de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), comencé a preguntarme y a indagar respecto a la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes. Intentaba identificarla en mis intervenciones y las de las colegas, como así también en la de las profesionales médicas.

Ya en segundo año, con todo el bagaje de la experiencia transitada en el segundo nivel de atención, me incorporé al Consultorio de Atención Interdisciplinaria de Jóvenes de un Centro de Salud del Área Programática. En este espacio reconocí con mayor claridad de qué se trata la autonomía progresiva y el deber y la tarea de los y las profesionales de la salud de promoverla en todos los espacios de trabajo. Entre los ejes rectores de la atención en este Consultorio se encuentran el derecho de niñas, niños y adolescentes a opinar y ser oídos/as, la importancia de que sean protagonistas de su proceso salud-enfermedad-cuidado *-2-* (Michalewicz et al, 2014), la interdisciplina, intersectorialidad y el abordaje comunitario, junto a la perspectiva de la salud integral y la promoción de la accesibilidad al sistema de salud, entre otros.

Ya en tercer año, la experiencia de rotación externa por un dispositivo de atención ambulatoria de usuarios/as de sustancias psicoactivas me interpeló nuevamente respecto a la construcción del otro como sujeto de intervención, como ciudadana/o, como sujeto de derechos. Fue necesario cuestionar mis prácticas para reconocer que estaba desarrollando intervenciones estandarizadas, es decir, que en ocasiones olvidaba (sin quererlo) la importancia de detenerme a pensar el “cómo, por qué, para qué y hasta dónde” de mi práctica profesional. Resultó un salto cualitativo a nivel personal y profesional develar los supuestos subyacentes a las prácticas que me encontraba realizando, la multideterminación de las mismas producto de la demanda de las/os usuarias/os, las/

os profesionales de la salud, las representaciones hegemónicas respecto a la tarea del trabajo social en salud como “gestor de recursos”, los objetivos del dispositivo de rotación, mis representaciones del ejercicio profesional, la situación socioeconómica y política macroestructural, entre otros.

Esta reflexión se encontraba atravesada por la idea acerca de qué profesional pretendo ser, y esto comprende traer a la superficie cuáles son (están siendo o quiero que sean) los objetivos rectores de mi práctica profesional.

Finalmente, respecto a la organización del escrito, se expondrá el relato de la experiencia de rotación externa de tercer año en el que esbozo algunos interrogantes; para luego plantear las líneas de tensión, debates e interrogantes en torno a la autonomía de los sujetos de intervención, a la luz del tránsito de dicha rotación.

### **Tercer año-Rotación Electiva**

El tercer año de la Residencia de Trabajo Social (CABA) me convocaba a elegir una temática o área en la que quisiese profundizar mi conocimiento, para luego elaborar un proyecto de intervención en la sede de residencia que contemple lo aprendido.

Pensar la rotación externa **-3-** como una instancia de indagación teórica y ejercicio profesional en una área temática y espacio específico me condujo a elegir mi inserción en el campo del consumo problemático de sustancias psicoactivas y su abordaje desde el primer nivel de atención.

En este marco elegí rotar durante seis meses (junio a noviembre 2018) por un Centro de Día del primer nivel de atención de la salud en CABA. Se trata de un dispositivo de atención ambulatoria integral de usuarias/os de sustancias psicoactivas que contempla asimismo el trabajo con la red sociofamiliar y vincular y con el entramado institucional local. Fundamenta su trabajo en el paradigma de reducción de riesgos y daños, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, la interdisciplina, intersectorialidad, territorialidad y la noción de salud integral.

El Centro de Día es definido por el equipo profesional como un dispositivo de “umbral mínimo de exigencia”, de modo tal que presenta encuadres flexibles orientados a contener y alojar a las/os usuarias/os de sustancias psicoactivas, construyendo intervenciones desde la singularidad de cada sujeto. Una vez en el Centro, se intenta recrear un escenario diferente al de la calle, que implique, según las/os profesionales, “una pausa en el consumo” y posibilite procesos subjetivantes en los que cada concurrente pueda hacerse preguntas sobre sus prácticas de consumo, su situación vincular, habitacional, laboral, de identidad, entre otras. La propuesta es habilitar y favorecer el salto subjetivo que comprende ocupar otro lugar social, de modo tal que no se identifique únicamente como usuaria/o de sustancias, reconociendo -reconociéndose- diversas cualidades y habilidades. El equipo considera que esta posibilidad promueve el surgimiento de diferentes tipos de demandas que puedan constituirse como sujetos de la pregunta.

Por su parte, a nivel del accionar como profesional de la salud, también tuvieron lugar procesos subjetivantes (de introspección, debate, reflexión, cuestionamiento) que fueron trazando, progresivamente con mayor claridad, los cimientos de mi práctica profesional y el horizonte de trabajo.

Respecto al paradigma de reducción de riesgos y daños que fundamenta las intervenciones de este dispositivo, el mismo se propone la disminución o minimización de las consecuencias negativas (jurídicas, sociales, sanitarias) asociadas al consumo de sustancias psicoactivas con el fin de evitar daños mayores. Para alcanzar este objetivo es necesaria la construcción gradual de

estrategias que se propongan la regulación o moderación del consumo por parte del sujeto, de acuerdo a sus posibilidades. Asimismo resulta importante reducir barreras en la accesibilidad a la red interinstitucional local de abordaje de la salud, a través de intervenciones territorializadas, interdisciplinarias e intersectoriales. Parte de reconocer que las personas sostienen modos heterogéneos de vinculación con las sustancias psicoactivas, de modo tal que pueden reconocerse diversos consumos, desde los simples (no compulsivos) hasta los problemáticos. Así, el eje se encuentra en el sujeto y el vínculo que establece con la/s sustancia/s.

Por otra parte, se trata de abordar el consumo de sustancias psicoactivas como una mediación entre aspectos singulares del sujeto (historia de vida, personalidad, redes familiares y/o comunitarias, situación de salud, laboral, escolar, habitacional) y determinantes macro sociales (determinaciones universales como políticas públicas en salud, política económica, políticas sociales, etc).

Es por ello que resulta fundamental situar la función que cumple/n la/s sustancia/s en la singularidad de cada quien. Se parte de pensar a la persona usuaria de sustancias como sujeto de derechos, responsable de sus prácticas y de sus cambios, como un sujeto inscripto en un contexto social, histórico, cultural y económico, con un modo de vida e historia personal. Desde este paradigma es necesario que la persona pueda problematizar su consumo para construir una intervención al respecto.

En el marco de este modelo, los dispositivos de asistencia y prevención presentan criterios de umbral mínimo de exigencia dado que la abstinencia obligatoria no es condición de inicio y única meta de un tratamiento, sino que se contempla como una opción más entre otros posibles.

Finalmente, la perspectiva de reducción de riesgos y daños establece algunas líneas de trabajo con usuarias/os de sustancias psicoactivas, entre ellas: promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas; cambios en las vías de administración (de más a menos riesgosas); regulación del uso de sustancias a través de la disminución de dosis y frecuencia; reducción del patrón de uso múltiple de sustancias (mezcla o combinación de sustancias); ofrecer un espacio de escucha; adopción de medidas de autocuidado previas, simultáneas y posteriores al consumo (uso de sustancias en situaciones menos peligrosas), entre otras. (Asociación Civil Intercambios, s/r; Bekinschtein et al, 2017; Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, 2015; Marlatt, 1998; Quevedo, s/r)

Por otro lado, respecto a la población que frecuenta la institución, cabe destacar que en general se compone de varones adultos en situación de calle.

¿Cuál es la situación de estos varones?

En primera instancia considero importante mencionar que fue una experiencia novedosa trabajar mayoritariamente con varones, ya que de acuerdo a mi recorrido previo, son en general las mujeres solas y/o con niños/as quienes frecuentan los efectores de salud.

El tránsito por esta institución me imponía un doble desafío: trabajar con varones adultos y en relación a una temática sobre la que no tenía experiencias previas de trabajo.

En general se trata de varones en situación de calle, con consumo problemático de sustancias psicoactivas ~~-4-~~, atravesados por múltiples vulnerabilidades: habitacional, laboral, educacional, vincular, jurídico-penal, entre otras. Alcancé a observar que en su mayoría no concurren a algún efector de salud excepto en situaciones agudas y en ocasiones acompañados por referentes de la institución. De este modo, presentan vínculos institucionales lábiles (no sostenidos en el tiempo ni

constantes), sin embargo en general mencionan frecuentar paradores, concurrir a comedores barriales y desempeñarse laboralmente realizando changas (recolección de cartones por ejemplo). Por su parte, si bien algunos presentan conflictos con la ley penal, entre otras cuestiones, en general muestran cierta reticencia a frecuentar instituciones de corte judicial-penal.

Entonces me presentaba a rotar por allí con un bagaje de nociones, por un lado mis representaciones respecto al consumo de sustancias y a sus usuarios, junto al marco teórico-práctico de la institución.

Algunas ideas atravesarían mis intervenciones en tanto pretendía ponerlas en práctica. Entre ellas, “el paradigma de reducción de riesgos y daños propone al sujeto como eje, responsable de sus actos de consumo, como sujeto de derechos”; “es necesario que el sujeto problematice su consumo, que exista una demanda para poder intervenir en torno a su vínculo con las sustancias”, “que el espacio pueda funcionar como una `pausa en el consumo””, “favorecer procesos subjetivantes donde la persona reconozca otras cualidades, habilidades, deseos, etc””, “promover conductas de autocuidado”, entre otras.

A continuación, caracterizo brevemente una situación de intervención para dar cuenta del proceso de reflexión respecto a la construcción de autonomía de los sujetos, a la luz de las ideas mencionadas.

*“Desde el año 2015 P solicita información, orientación y acompañamiento respecto a la gestión del DNI y su situación procesal penal actual. No obstante, si bien desde el efector se informa sobre los pasos a seguir, y se brindan datos de contacto de instituciones a las que recurrir, aún no sostiene una acción acabada al respecto.*

*En paralelo, se dialoga con P respecto a su modalidad de consumo, vínculo con su pareja y familia.*

*En 2018, la trabajadora social acompaña a P a la Dirección General de Acceso a la Justicia (ATAJO) y al Centro de Acceso a la Justicia (CAJ) a los fines de indagar sobre su situación penal y la gestión del DNI. Desde la primera institución averiguan su situación penal y emiten el documento correspondiente, y desde el CAJ orientan sobre los pasos a seguir para la gestión del DNI. Como primera medida respecto a esto último, la trabajadora social solicita partida de nacimiento vía web. El seguimiento del estado de trámite de la partida se realiza desde la institución, en este caso por mí que soy quien queda como profesional de la disciplina a cargo. Le informo a P de la fecha de retiro de la partida, y los pasos a seguir luego. Retiro personalmente la partida de nacimiento en la Sede Comunal correspondiente.*

*Ese mismo día me comunico telefónicamente con una de las instituciones referidas para indagar respecto al procedimiento para la gestión del DNI. Brindan los requisitos. Le informo a P.*

*Realizo comunicaciones para corroborar requisitos y procedimientos. Dado que en primera instancia me informaron que se requería acreditar domicilio en CABA vía certificado emitido por la Policía, me comunico con ATAJO para indagar respecto a la situación judicial-penal actual de P a los fines de identificar posibles obstáculos en la gestión del certificado de domicilio, y posteriormente del DNI. Me remiten al Juzgado donde se encuentra el legajo. Al comunicarme allí me informan que se encuentran a la espera de la certificación del estado de la sentencia de una causa. Superviso con una de las psicólogas de la institución y acordamos informar a P lo averiguado, de manera conjunta.*

*Se mantiene una entrevista con aquel, en la que se transmite lo recabado en el marco de la gestión del DNI. Le informamos que nos comunicaremos con ATAJO para que indaguen respecto al estado de esta causa, y que regrese en unos días para que le brindemos novedades. Luego, la abogada de dicha institución corrobora la vigencia de una causa por hechos ocurridos años atrás. Desde la institución nos sugieren que el señor se acerque allí para ser orientado sobre cómo proceder al respecto, y si podría presentarse alguna dificultad en la gestión del DNI.*

*Le informo a P junto con la psicóloga. Reconoce e identifica los hechos, no obstante menciona no encontrarse notificado de la causa. Se muestra preocupado. De este modo, lo orientamos para que concurra a ATAJO, se compromete a hacerlo.*

*Días después, desde la Dirección General de Registro Civil me responden un mail especificando que la constancia de domicilio en CABA es declaratoria, que no se requiere certificado de domicilio. Le informo a P.*

*Luego de varias semanas, P aún no concurrió a ATAJO. En la supervisión del mes de octubre con profesionales del equipo técnico se acuerda no insistir al respecto de la gestión de DNI y tramitación de la causa penal.*

*No obstante, por otra parte mantengo conversaciones con P en las que progresivamente puede dar cuenta de su modalidad de consumo y las consecuencias que le genera el vínculo con la sustancia. Refiere que en ocasiones siente malestar físico como producto del consumo de alcohol, sin embargo no concurre a ningún efector de salud.*

*Expresa que aumentó su frecuencia y dosis, que consume por la noche y madrugada lo que genera que duerma durante el día hasta las 14:00 aproximadamente cuando sale con el carro a cartonear. Agrega que cuando discute con su pareja, lo que ocurre asiduamente, se queda tomando. Considera que lo anteriormente mencionado genera que su concurrencia al Centro de Día no sea sostenida, como si lo era tiempo atrás, “ahora estoy muy quedado” (sic). Agrega que a veces desea acercarse al Centro pero despierta tarde por haberse quedado consumiendo el día anterior “me gusta mucho el alcohol, a mí sacame todo menos el alcohol” (sic). Comenta que también se siente “raro” (sic) porque discute o se irrita más fácilmente. Le ofrezco la posibilidad de retomar espacio terapéutico con psicología.*

*Dos meses después, P solicita que lo acompañe a pedir un turno para atención por medicina general en el Centro de Salud y concurre a ATAJO junto a su pareja por su causa judicial.*

*Finalmente en entrevista, P manifiesta “tengo miedo de ir y no volver”(sic), teme que su pareja se quede sola, dado que desde la institución mencionada le sugirieron que concurra a hablar con abogados defensores del Juzgado correspondiente. Hasta mi último día de rotación, a fines del mes de noviembre, P aún no había concurrido allí.”*

Es entonces que me pregunto ¿cuál fue el rol de P en todo este camino?, ¿qué lugar efectivamente le habilité?, ¿leí su demanda?, ¿respeté sus tiempos?, ¿nos habilité a pensar en conjunto, a co-construir la demanda y las líneas de acción?, ¿mi práctica promovió o canceló autonomía? En síntesis, ¿cómo construyo al sujeto de intervención?, ¿cómo involucrarlo, mejor

dicho, involucrarnos en los procesos salud-enfermedad-cuidado de intervención? Esta situación despertó en mí profundas reflexiones.

No puedo dejar de vincular la trayectoria de la intervención con la idea de “subjetividad heroica” (De la Aldea y Lewcowicz, 2004). Había detectado un derecho vulnerado: la falta de documento de identificación. Y “yo sabía” cómo hacer para que P pudiera acceder al mismo ¡había que aprovechar que él había expresado esa inquietud! Y para ello, a mi entender, “era necesario allanar el camino” lo mejor posible, para que no se le presentaran mayores obstáculos. En mi lugar de “héroe”, “tenía que estar” lo suficientemente informada para utilizar ese saber en beneficio de P, mi accionar “era fundamental” para que accediera al DNI. La situación revestía carácter de “urgencia” y había que actuar en el corto plazo para reparar esa vulneración. Y “yo sabía” cómo eliminar ese problema, con mis averiguaciones la efectivización del derecho a la identidad sería posible. El señor, desde su lugar, poco podía hacer al respecto.

Entonces me encontré accionando en el lugar de P, por él y no con él. Lo había colocado, sin quererlo, en el lugar de receptor de información frente a lo cual debía actuar en concordancia con lo que yo consideraba que era el camino indicado, el que solucionaría su problema, el que le posibilitaría efectivizar su derecho y reparar la vulneración. ¿Alguna vez le pregunté a P cómo se sentía con todo esto, qué es lo que efectivamente él quería, cuál era su objetivo, en qué pretendía que lo acompañara, qué estaba dispuesto a hacer, qué podía hacer en el aquí y ahora? ¿Logré interpretar su lenguaje corporal, sus ausencias, aquel componente no verbal de toda comunicación? Durante un período de tiempo me encontré realizando numerosas llamadas telefónicas, enviando mails, con poca reflexión al respecto y en ocasiones frustrada, porque P no actuaba como le había sugerido. Pero ¿P realmente formaba parte de la estrategia de intervención?, ¿habíamos puesto en común nuestros pareceres, nuestros objetivos? Mejor dicho, ¿habíamos construido conjuntamente objetivos y líneas de intervención? Entiendo que poco de esto había ocurrido, pero no me detuve a pensar en habilitar lo posible, establecer un compromiso, una reciprocidad desde las posibilidades del sujeto.

¿Por qué podía ver tan claramente la autonomía progresiva en niñas, niños y jóvenes y trabajar en torno a su potenciación y al encontrarme con estos adultos no la contemplaba en primera instancia?

Para mí no se trataba de cualquier adulto sino de adultos en situación de calle, atravesados por múltiples vulnerabilidades, entre ellas el consumo problemático de sustancias psicoactivas. A esto se suma la posición actual aún preminente del modelo abstencionista en el imaginario social respecto a las personas usuarias de sustancias psicoactivas. De este modo, considero que continúan enraizadas en el colectivo las ideas que asimilan a estas personas como “enfermos, delincuentes, peligrosos, desviados, carentes de”. Y esto genera una profunda y siempre creciente segregación y exclusión social (Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, op.cit; Quevedo, op. Cit). Es así que nos encontramos con sujetos que presentan una nula o muy debilitada red vincular, dificultades en el acceso al sistema de salud, a la vivienda y múltiples derechos vulnerados.

Se trataba de subjetividades arrasadas, de redes significativas y de pertenencia debilitadas, de una profunda exclusión social y es así que yo creía que tanto sufrimiento, que tanta vulnerabilidad, podría repararse con mi pronta respuesta. ¡Había que “hacer algo ya” para favorecer la reconstrucción de ciudadanía!

De La Aldea y Lewcowicz (op cit) expresan que “*el ideal deja de lado lo posible*” y es aquí donde quiero dar cuenta de un punto de inflexión respecto a esta intervención y a otras que me encontraba ejecutando. Fue en el marco de la supervisión externa junto a mi compañera de rotación

que pude darme el espacio para reflexionar sobre mis prácticas. Algunas ideas fueron sumamente esclarecedoras. Entre ellas, el supervisor mencionó que para que un proceso de intervención sea construido conjuntamente con el usuario, para lograr que se posicione como protagonista de sus decisiones cotidianas, debe reconocerse primero como sujeto de derechos. Este acto requiere que identifique que es un ciudadano, que es titular de derechos y obligaciones y que puede exigir que aquellos se garanticen cuando son vulnerados.

Retomo algunas frases provenientes de una de las supervisiones externas que conservo en mi cuaderno de campo, *“se trata de respetar el tiempo del otro para darse cuenta que tiene derechos, que es un sujeto de derechos.”* De esta manera, es fundamental habilitar la construcción de qué es hoy lo que quiere y necesita, que se constituya en *“sujeto de la pregunta, de la demanda”*. Para ello se requiere interpelar a los sujetos desde las prácticas cotidianas sin perder de vista los múltiples atravesamientos que construyen la singularidad de cada situación. Se trata de trabajar el involucramiento del sujeto desde el compromiso de lo posible construyendo accesibilidad en términos de sus posibilidades reales (lo que desea y puede hacer en el aquí y ahora), *¿cómo le hacés lugar en tu rutina a esto que querés?*

Otra cuestión a destacar de la supervisión, también mencionada de manera recurrente por las/os profesionales del equipo técnico de la institución, es la idea de *“construcción del espacio de demora”*, que hace referencia a la importancia de no otorgar respuestas inmediatas a demandas compulsivas, mediante conductas que tiendan a desarmar o deconstruir la inmediatez.

Esto encuentra su correlato en una idea que sostienen los autores mencionados: “

*La idea de solución es diferente a la de respuesta. El que viene no siempre tiene que llevarse una respuesta-solución. La solución puede ser sencillamente mirar el problema, aportar una ampliación en la mirada sobre cómo son las cosas. A veces se piensa que dar una solución es resolver el problema tal como uno lo definió. Pero tal vez la solución sea hacer una redefinición del problema.”* (Ibid: 14).

Por otra parte, el proceso de trabajo con P me permitió acceder a un texto de Laura Salazar (2006) que motivó diversas reflexiones y me permitió repensar acerca de mi posicionamiento ético-político.

La autora plantea que el ejercicio profesional puede contemplar diversas orientaciones. Por un lado, puede tender a “lo seguro”, y aquí la intervención se reduce a la entrega del recurso frente a esta demanda obvia, concreta, que puedo verificar y constatar; en donde ese otro no tiene nada para decirme. De esta manera la intervención permanece en la lógica formal, positivizada, en lo repetitivo, lineal, unívoco; sin posibilidad de complejización. Otra variable a considerar al respecto es el “mandato institucional” que en general nos exige que como trabajadoras/es sociales constatemos o verifiquemos la situación motivo de intervención, sin interpelación posible:

*“(…) en este caso nos quedamos en lo obvio, en lo aparente, y ni nos imaginamos, ni nos interesa saber, cuáles son las consecuencias que en el otro genera no sólo su carencia, sino la obtención o no de un recurso, y más aún, mi sola presencia como trabajadora social.”* (Ibid: 273).

O podemos animarnos a saltar a “lo inseguro”, lo que la autora denomina el punto de inflexión en la intervención que me permite mirar más allá de lo aparente, *“buceando en esa demanda,*

*buscando las significaciones*” (Ibid: 273). Implica un encuentro con el otro en el que se desarrolla una mutua interpelación de modo tal que se contemplan las significaciones propias y del sujeto respecto a la situación planteada y, en función de eso, se piensan y elaboran las estrategias de intervención. Así, a partir de esa interacción, ambos mundos de representaciones se transforman. Habilitar esta posibilidad comprende valorar al otro como sujeto capaz, *“que no sólo tiene condiciones sino que tiene el derecho de decidir sobre sí mismo.”* (Ibid: 273). Saltar a “lo inseguro” es dar lugar a los cuestionamientos que me provoca la intervención *“(…) y que cuando sufro por lo que observo, no es en sí por lo que veo, sino por el cuestionamiento interno que me provoca, en este caso, la vulnerabilidad del otro.”* (Ibid: 274). Según la autora, desde este posicionamiento epistemológico y ético-político, considerar al otro como sujeto capaz de tomar sus propias decisiones y pensar la intervención como un espacio de mutua transformación significa apostar a la potenciación de su autonomía. En conclusión, sostiene y destaca que *“(…) la mayor o menor autonomía del otro-en cuanto sujeto de intervención- es la mayor o menor autonomía mía en cuanto profesional.”* (Ibid: 275).

Y yo, ¿de qué lado me encontraba? O mejor dicho, ¿de qué lado quería quedarme?

Considero que la construcción de este proceso de intervención viró su rumbo. Reconozco que en un principio mi intervención tomó un tinte formal y lineal dado que me proponía brindar el recurso para reparar esa carencia, desdibujando a P como sujeto legitimado a decidir al respecto.

No obstante, supervisiones y reflexiones mediante, fui reconfigurando mi intervención y reconocí que la mutua interpelación es el camino que permite construir procesos de intervención de los que el sujeto se sienta parte, habilitado en tanto sujeto de derechos con la potestad de decidir sobre su vida y que esas decisiones sean respetadas. Considero que reconocer al otro como actor con quien pensar las líneas de acción potencia su margen de agencia (lo que la persona puede hacer en el aquí y ahora), lo que impactará en el fortalecimiento de su autonomía. Y ese fue el rumbo que finalmente le dí a la intervención, el cual me hubiera gustado profundizar.

Sin dudas, este fue mi mayor y mejor aprendizaje.

### **Reflexiones finales**

Considero importante mencionar que si bien el presente trabajo expresa el proceso de análisis y reflexión atravesado en relación a la promoción de autonomía en los sujetos de intervención, no se trata de un debate acabado. En cada encuentro con cada sujeto se recrean y reconfiguran estas reflexiones.

En la práctica profesional cotidiana me propongo constantemente que las intervenciones presenten la autonomía como horizonte, tanto la propia como profesional, como así también la de las personas con quienes trabajo. Y me pregunto, ¿cuántas veces el propio quehacer cotidiano enmarcado en el mandato institucional condiciona la emergencia de procesos de mutua interpelación (Salazar, op.cit)? ¿Nos brindamos ese tiempo para reflexionar y planificar como sostienen De La Aldea y Lewcowicz (op cit)?

Considero que en ocasiones mi práctica se torna lineal, repetitiva, con escasos momentos de reflexión. No obstante, intento constantemente disponer de tiempo y espacio para analizar, debatir con colegas, profesionales de otras disciplinas y reflexionar acerca de los ejes que pretendo que guíen u orienten mi ejercicio profesional. En general, es en el marco del encuentro semanal de ateneo y reunión de equipo de residencia donde, como grupo, nos habilitamos un espacio de

intercambio sobre el quehacer profesional, nuestras competencias, incumbencias y el posicionamiento ético-político que fundamenta y sostiene nuestras prácticas. Del mismo modo, durante la rotación por los diversos efectores de salud, salas y programas, también se desarrollan espacios de supervisión con referentes en los que reflexionamos sobre estos temas.

Ya en primer año de la residencia comencé a interesarme por indagar acerca de la autonomía de los sujetos de intervención, ya que considero que es una dimensión fundante del abordaje profesional desde la disciplina. Y es en esta instancia, habiendo finalizado la residencia y desempeñando el rol de jefatura de residentes, que considero que puedo entender a qué se refiere Salazar (op cit) cuando expresa que el grado de autonomía de los sujetos con los que trabajamos es directamente proporcional al nuestro como profesionales.

¿En qué consiste nuestra libertad como profesionales?

Reconocer y habilitar al otro como sujeto de derechos, potenciar su margen de agencia al favorecer su involucramiento en los procesos de intervención construyendo de manera conjunta la demanda y líneas de acción, nos interpela constantemente como profesionales. Nos exige identificar y traer a la superficie -y consolidar- nuestro posicionamiento ético-político, repensar los lineamientos de nuestras prácticas en el trabajo cotidiano, nos convoca a disponernos a la incertidumbre, a la mutua interpelación, a la transformación, al aprendizaje con ese otro, a la construcción de un “nosotros”. Saltar “a lo inseguro” implica la posibilidad de reinventar nuestro trabajo en el encuentro con otras/os, lo que posibilita prácticas instituyentes que nos convocan a hacernos preguntas acerca de qué trabajador/a social pretendemos ser o estamos siendo. Y esto es lo que nos hace autónomos, decidir con seguridad y convencimiento que nuestro crecimiento como profesionales está directamente relacionado con la disposición (en cuerpo y mente) a la mutua transformación con otras/os.

Es importante recordar que si bien en general la tarea transcurre dentro de un encuadre institucional que condiciona nuestras intervenciones, no las determina en su totalidad ya que somos sujetos de nuestro trabajo y podemos definir la dirección y fundamentos de nuestro accionar. Es así que yo decido apostar diariamente por la promoción de la autonomía de las personas, ya que entiendo que su libertad de decisión también impacta en la mía. Me siento más autónoma en la medida en que otras/os también lo son, en la medida en que se constituyen y reconocen como sujetos protagonistas de su vida, toman decisiones. De este modo, mi trabajo cobra sentido y también me vuelvo protagonista de mis intervenciones porque me encuentro decidiendo su sentido y horizonte. Por otra parte, sostengo que no es posible la construcción, desarrollo y fortalecimiento de la autonomía de los sujetos en nuestras prácticas profesionales si no está acompañada de prácticas de cuidado, que tal como se planteó en la introducción y el desarrollo del artículo, son constitutivas del proceso salud-enfermedad y contemplan “alojar” al otro en acto a través de la empatía y el miramiento.

Y ahora y siempre, el desafío cotidiano de reflexionar, tensionar y recrear nuestras prácticas profesionales desde nosotras/os mismas/os y con las/os otras/os.

## Notas

**-I-** La Residencia en Salud es un posgrado de capacitación en servicio remunerado y de dedicación exclusiva, con actividad programada y supervisada de tres años de duración. Se integra al Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Apunta a la formación de un profesional crítico-reflexivo que se inserte en el ámbito intra y extra hospitalario.

-2- Con respecto a la noción de cuidado, los/as autores mencionados retoman la categoría proceso salud/enfermedad/cuidado procedente de la Salud Colectiva Latinoamericana/ Medicina Social. En concordancia con lo que consideran son los supuestos de este movimiento adscriben a la idea de pensar al cuidado como *“un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas”* que se caracteriza por *“la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de ‘alojar’ al otro en acto”* (Chardon y Scarímbolo, 2011). Con respecto a la noción de ternura las autoras citadas mencionan a Ulloa (1995) quien la entiende como la conjunción de dos aspectos: la empatía como lazo social cercano que garantiza la provisión adecuada de recursos tangibles e intangibles; y el miramiento que implica considerar las necesidades e intereses del / de la otro/a reconocido como sujeto ajeno, semejante y distinto a uno mismo.

Finalmente, Michalewicz et al expresan que *“(…) podría afirmarse que no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, posibilitando ello la inclusión en el mismo de la empatía, el miramiento y el buen trato (...) Asimismo, podría proponerse cierto fundamento ético común a cualquier práctica definida como cuidado: se trata del reconocimiento del otro como semejante- como sujeto de derechos- (...)”* (2014:222)

-3- El programa de la Residencia de Trabajo Social CABA (2003) prevé que durante el primer semestre de tercer año el/la residente desempeñe su práctica laboral en instituciones que aborden una temática de su interés para profundizar el conocimiento y la experiencia al respecto. En mi caso, decidí insertarme en una institución que trabaja en torno al consumo problemático de sustancias desde el primer nivel de atención.

-4- El consumo problemático de sustancias psicoactivas consiste en una modalidad de vinculación con las sustancias que produce una afectación clínica significativa y genera obstáculos o impedimentos en las actividades cotidianas (trabajo, estudio, deporte) y en las relaciones interpersonales (con familiares, amigos/as, pareja, compañeros/as de trabajo, vecinos/as, etc). Asimismo, cuando el consumo no presenta esa cualidad de frecuente sino que es episódico y/o esporádico, es problemático cuando implica un riesgo para la persona y/o para otros/as. Otra dimensión importante a contemplar es si la persona representa subjetivamente como problemático su consumo. (Damin, s/f; Quevedo, s/f).

## Bibliografía

Asociación Civil Intercambios. “Reducción de riesgos y daños”. Recuperado de: <http://intercambios.org.ar/es/biblioteca/reduccion-de-danos-2/#1473881800576-c48dd06a-7c35>

Baldelli, B. et al. (2013) “Dispositivo de abordaje extramuros con personas en situación de calle y escenarios de consumo”.

Bekinschtein, P. et al (2017). “Un libro sobre drogas”. Pág 3.3 ¿Qué es la reducción de riesgos y daños? Editorial el Gato y la Caja. Recuperado de: <https://elgatoylacaja.com.ar/sobredrogas/que-es-la-reduccion-de-riesgos-y-danos/>

Berti, A (2018) Informe de rotación electiva por el Centro de Día.

Carballeda, A (s/r). “La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud.” Recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>

Cazzaniga, S. d. V (s/r). “El abordaje desde la singularidad”. Desde el Fondo Cuadernillo Temático N°22.

Damin, C (s/r). “Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema”. Recuperado de: <http://www.vocesenelfenix.com/content/consumo-de-sustancias-psicoactivas-cu%C3%A1ndo-es-un-problema>

Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones (Ex CENARESO) (2015): “Modelo de Reducción de riesgos y daños.”

Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones (Ex CENARESO) (2015): “Revisión y evolución histórica de los modelos preventivo-asistenciales”.

Lewkowicz, I y De la Aldea, E (2004). “La subjetividad heroica”. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Recuperado de: [https://lacasona.org.ar/media/uploads/la\\_subjetividad\\_heroica\\_escrito\\_por\\_elena\\_de\\_la\\_aldea.pdf](https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf)

Marlatt, A. (1998) “Reducción del daño: principios y estrategias básicas.” V Encuentro Nacional sobre drogadependencias y su enfoque comunitario.

Michalewicz, A et al. (2014) “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado. Elementos para su conceptualización.” Facultad de Psicología (UBA). Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XXI. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n1/v21n1a21.pdf>

Quevedo, S. (s/r). “Los tratamientos que sólo hacen eje en la desintoxicación naufragan”. Revista Quiero Vale 4. Recuperado de: <https://studylib.es/doc/8320457/silvia-quevedo---revista-quiero-vale-cuatro>

Salazar, L (2006). “La intervención interpelada”. En Cazzaniga, S: Intervención Profesional: legitimidades en debate. Espacio Editorial. Recuperado de: <http://ingresounlats.blogspot.com/>