



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**CUIDADOS EN SALUD Y PSICOANÁLISIS**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**FELIPE MATIAS BERNAL TERÁN**

**Profesor Guía:**  
Esteban Radiszcz Sotomayor

**Informantes:**  
Gabriel Abarca Brown  
Svenska Arensburg Castelli

**Santiago de Chile, año 2017**



# **CUIDADOS EN SALUD Y PSICOANÁLISIS**

## RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo analizar las relaciones de cuidado en salud en tanto relaciones de poder. Con tales propósitos, en base a una metodología de análisis bibliográfico y documental, se revisan las principales teorías de los Estudios del *Care*, en torno a la dependencia y la politización del cuidado, para acotar el estudio a las prácticas de cuidado en salud.

Luego se consideran los desarrollos teóricos de Michel Foucault respecto al poder en las sociedades occidentales contemporáneas, específicamente las relaciones desde la lectura del biopoder. Con ello, se recogen los aportes del psicoanálisis, principalmente de Sigmund Freud y Jacques Lacan, para caracterizar el poder siempre presente en la relación al Otro.

La investigación concluye con una revisión del poder implicado en toda relación de cuidado. Para ello se toma la transferencia en psicoanálisis como herramienta teórica y práctica que permite analizar las relaciones de cuidado en salud, así como un breve comentario sobre el *don* en tanto recurso que podría aportar al estudio de las relaciones de poder en ellas.

## PALABRAS CLAVE

**Cuidado, dependencia, poder, psicoanálisis**

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, agradecer al proyecto de investigación MECESUP UCH 1410 "Innovando los modelos de docencia, gestión y atención clínico-comunitario en un Centro de Salud Familiar", particularmente a su director, el profesor Rubén Alvarado de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, por permitir que la presente tesis formara parte de dicho proyecto.*

*De igual manera, agradecer el apoyo de los profesores Esteban Radiszcz y Svenska Arensburg por el patrocinio desde la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile en el mismo proyecto, junto al profesor Gabriel Abarca por su orientación en el tema de investigación.*

*Sin duda este proyecto no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi familia, quienes acompañaron durante toda su realización. Especial mención para la paciencia mostrada por Fernanda con el entendimiento mostrado a los intereses de su padre y a Natalia, por el cariño en los momentos más complejos, incluyendo sus observaciones y lectura crítica del texto, que favoreció significativamente al resultado final.*

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	1
1.    Estados de bienestar y cuidado	1
2.    Políticas de cuidado y políticas de salud	4
3.    Relaciones de cuidado	6
4.    Aclaración respecto al concepto <i>Care</i>	10
<b>1.    El Care</b>	13
1.1.    El cuidado de otros en las sociedades occidentales	13
1.2.    La problemática de los cuidados en Ciencias Sociales	15
1.3.    El problema del cuidado en la psicología moral	18
1.3.1.    Desarrollo moral y ética de la justicia en Lawrence Kohlberg	20
1.3.2.    Ética del cuidado en Carol Gilligan	24
1.3.2.1.    Crítica al dilema de Heinz y desarrollo de la ética del cuidado	26
<b>2.    Estudios sobre la ética del cuidado y la politización del <i>Care</i></b>	38
2.1.    La politización del <i>Care</i> : dependencia y vulnerabilidad	39
2.2.    Los trabajos del <i>Care</i> , trabajos de dependencia	45
2.3.    Trabajo de cuidado en salud	50
2.3.1.    Estudios del <i>Care</i> en salud	50
2.3.2.    Cuidados profesionales en salud: enfermería y teorías del cuidado	59
2.4.    El cuidado como trabajo: el problema de la valorización del trabajo de cuidado	68
<b>3.    Poder y <i>Care</i></b>	72
3.1.    Conceptualización del poder en los trabajos de Michel Foucault	73

3.2.	El dispositivo saber/poder	75
3.3.	Biopoder	76
3.3.1.	La sociedad disciplinaria: la transformación de la cárcel y el surgimiento del hospital médico	77
3.3.2.	Biopolítica	84
3.4.	Poder y relaciones de poder	89
3.5.	Biopoder y salud	92
<b>4.</b>	<b>Psicoanálisis y relaciones de dependencia</b>	<b>95</b>
4.1.	La dependencia en el origen del aparato psíquico	95
4.2.	La dependencia al Otro	103
4.3.	El grafo del deseo en su célula elemental	105
4.4.	La <i>Hilflosigkeit</i> y el Otro	109
4.5.	Origen del cuidado como disposición a otro	112
	<b>Conclusiones</b>	<b>117</b>
	<b>Bibliografía</b>	<b>128</b>

# INTRODUCCIÓN

## 1. Estados de bienestar y cuidado

En los últimos encuentro regionales de la CEPAL, es cada vez más presente la preocupación por los cuidados y su situación en cada uno de los países miembros. Las diferencias de género en el trabajo de cuidado, al cuidado de niños/as, enfermos/as y adultos mayores ha producido recurrentes discusiones y propuestas en las políticas públicas de cada país para hacerse cargo de la necesidad creciente de cuidados que demanda la población, de acuerdo a los modelos de desarrollo local (Batthyány, 2015).

En este contexto, uno de los acuerdos transversales a los que llegan los países participantes durante el 2013 refiere a reconocer el cuidado como un derecho de las personas, una responsabilidad compartida por hombres y mujeres, las familias, las empresas privadas y el Estado. Lo anterior con el propósito de adoptar medidas, políticas, así como programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad, en la vida familiar, laboral y social (Batthyány, 2015).

De esta manera, el cuidado es cada vez más una problemática inevitable para las sociedades contemporáneas, consecuencia del desarrollo y los cambios demográficos en las últimas décadas (Arriagada, 2010). Las consideraciones de la CEPAL al respecto nos sitúan en un campo que atraviesa el centro del Estado de bienestar y su configuración actual.

Es en este punto donde la literatura feminista ha puesto el cuidado estratégicamente como una herramienta para el análisis de los regímenes de bienestar respecto a la división sexual del trabajo y la respuesta a las necesidades personales de la población. Por lo tanto, el cuidado es entendido como un trabajo en la dimensión de relaciones interpersonales, así como una responsabilidad para la sociedad en su conjunto (Batthyány, 2015).

Por otra parte, distintos regímenes de bienestar implican distintas formas para resolver el problema de los cuidados. De esta forma, se consideran habitualmente cuatro



actores intervinientes que incluyen el Estado, el mercado, las familias y las comunidades, al mismo tiempo que se diferencia en quién cubre los costos de las tareas de cuidado. Las distintas combinaciones de estas variables van a determinar el arreglo particular de cada sociedad respecto al cuidado (Arriagada, 2010; Batthyány, 2015).

En la misma línea, tres son los pilares clásicos del Estado de bienestar: salud, seguridad social y educación. Tradicionalmente, el cuidado de personas dependientes era para los casos de abandono familiar, pero desde un enfoque de derechos cada vez más presente en los países europeos, el Estado es responsable de estos cuidados de forma regular, no sólo en excepciones, a tal punto que el derecho a recibir cuidados en situaciones de dependencia se ha llegado a considerar el “cuarto pilar” del Estado de bienestar (Montaño, 2010).

Llegando a este punto respecto al cómo un régimen de bienestar responde a la dependencia, es que nos acercamos a las distintas formas con que cada sociedad se hace cargo de los cuidados, aquello que los estudios especializados denominan Organización Social del Cuidado (OSC). Específicamente, la OSC es la interrelación entre políticas económicas y sociales en torno al cuidado, para sustentar el funcionamiento de una sociedad determinada. Se consideran para su estudio las demandas de cuidado en una población, las personas que proveen los cuidados así como el régimen de bienestar que se hace cargo de ello, en una distribución particular entre Estado, mercado, familia y comunidad (Arriagada y Todaro, 2012).

A esto podemos complementar con la perspectiva del *Social Care*, que considera una tipología de cuatro niveles que aportan a los cuidados: un componente informal (familia, amigos, etc.), uno de beneficencia (iglesias, organizaciones de beneficencia, etc.), uno comercial (empresas de asistencia, independientes que brindan servicios de cuidado) y uno público-estatal (aparataje de gobiernos locales y nacionales). Según la configuración local, de los tipos de vulnerabilidad y dependencia, se harán distintas combinaciones originales de los recursos para cubrir los cuidados (Martin, 2008).

Junto a lo anterior, el estudio de la OSC en cada región ha puesto en evidencia una *Crisis del cuidado* producto de los procesos de modernización, aludiendo a la agudización de la demanda de cuidados en las sociedades debida a los cambios que estas han sufrido durante las últimas décadas. En Chile como en otros países, la *Crisis del cuidado* ha significado reformas y esfuerzos centrados en tres grupos prioritarios que concentran los cuidados: niños, adultos mayores y enfermos (Arriagada, 2010).

Como señaláramos, la OSC está íntimamente relacionada a la configuración del Estado de bienestar, que para el caso de Chile se ha organizado en un modelo liberal de proveedor único mercado-céntrico, cuya característica principal es el desplazamiento acelerado de la prestación de servicios desde el Estado al sector privado (Sunkel, 2007). En este sentido, los cuidados se distribuyen en un sistema mixto: en el espacio público y privado, dentro y fuera de los hogares, otorgado por la familia o por terceros (Arriagada, 2010).

Esta organización del bienestar en Chile y lo que implica para los cuidados no es ajena a su historia. Hasta los años 70 el rol del Estado en la políticas de bienestar era preponderante, estas se orientaban a la mayoría de la población y a la universalidad de los derechos, llegando a constituir una institucionalidad avanzada en términos de acción social. Desde el año 73, con la implementación de un modelo neoliberal durante la dictadura, se reduce el gasto social y la participación del Estado, con la consecuente incorporación del sector privado y la focalización de los recursos fiscales en los sectores más empobrecidos de la población. Desde el retorno a la democracia en los años 90 hasta la actualidad, las políticas de bienestar entran en una forma mixta, que amalgama el modelo neoliberal con un incremento en el gasto público para reducir brechas sociales (Olmos y Silva, 2010).

En este camino, durante los últimos diez años se han desarrollado en Chile políticas públicas de bienestar en distintos sectores del Estado, que suelen reunirse bajo el concepto de Sistema de Protección Social (Batthyány, 2015). Sistema que, desde nuestro punto de vista, es una política del cuidado a nivel Estatal, centrándose en los aspectos más relevantes de la crisis del cuidado y sus respectivos grupos prioritarios: reforma al sistema de pensiones, con el pilar solidario que asegura un mínimo de cobertura a los/las jubilados/as,

para responder a la demanda creciente de cuidados producto del envejecimiento de la población; creación de un sistema integral de protección a la primera infancia con el Chile Crece Contigo, para responder a los cuidados desde el embarazo hasta los primeros años de vida; reforma al sistema de salud para establecer prioridades y garantizar el acceso universal a determinadas prestaciones en salud con el plan AUGE, respondiendo a la demanda de cuidados<sup>1</sup> especializados en salud de la población general.

Estos antecedentes nos muestran que el cuidado efectivamente representa una problemática no resuelta en distintos contextos, que demanda la revisión de los Estados de bienestar y de las políticas locales para dar respuesta a necesidades cada vez mayores. Para el Estado de Chile, esta revisión desprende que una de las prioridades del cuidado está en la salud de la población.

## **2. Políticas de cuidado y políticas de salud**

El plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) representa una reforma del sistema de salud en el ámbito de financiamiento, de estructura ministerial, de patologías prioritarias (GES), de regulación de ISAPRES y de derechos y deberes de los pacientes (Valdivieso y Monterol, 2010). Nosotros destacamos aquí esta propuesta como una forma de cuidado a nivel macrosocial en la salud, un arreglo particular de la política de bienestar chilena para responder a uno de los grupos que han monopolizado los cuidados en la realidad contemporánea: los/as enfermos/as.

A esta propuesta se suma lo hecho en el campo de la salud mental, con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) como el principal hito de una reforma significativa en el funcionamiento de la salud mental en el país, fomentando un

---

<sup>1</sup> Si bien en salud se entienden los cuidados como una labor específica, en este párrafo se toma en el sentido amplio del término, como desarrollaremos a lo largo de esta investigación. La estrategia de atención en salud que implica el AUGE es una práctica de cuidado de nivel Estatal, el cuidado del Estado hacia su población.

cambio en el modelo de atención y gestión desde lo manicomial y hospitalocentrico hacia propuestas de tipo ambulatorio-comunitario (Minoletti y Zacaria, 2005).

Las estrategias nacionales realizadas en Chile en esta área se han orientado desde un enfoque biopsicosocial, priorizando acciones preventivas y de intervención temprana. Estas guías estructuran el sistema y la red de salud mental. Esta política realiza una apuesta por aumentar el gasto para prevenir mayores costos a futuro, mediante una lógica de promoción, prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades (MINSAL, 2000).

A este Plan Nacional le siguió la Estrategia Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2011), que continuaba las líneas desarrolladas por su antecesor, ampliando los objetivos para la década 2010-2020. Se trabajó desde una perspectiva consultiva y participativa con entidades de la población general, grupos académicos y de la salud. No obstante lo anterior, la *Estrategia* no avanzó hacia un nuevo Plan Nacional como el anterior, que implicara una implementación concreta de nuevos procesos. Los equipos de salud quedaron a la espera de su versión final.

En este sentido, rescatamos la última iniciativa del Ministerio de Salud en esta materia, con la reciente publicación del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (MINSAL, 2017), que continúa las líneas generales establecidas el año 2000, incorporando nuevas estrategias para la resolución de las principales problemáticas en el área.

De este Plan destacamos el lugar explícito que asumen los cuidados en su formulación. Ya en la normativa vigente que establecía la Red de Salud Mental (MINSAL, 1999), se asignaba la tarea de coordinación para asegurar la continuidad de los cuidados, concepto proveniente de la la salud biomédica que se ha trasladado con ciertas modificaciones al trabajo en salud mental. En el nuevo Plan (MINSAL, 2017), esta tarea se vuelve explícita y se articula en la totalidad de las prestaciones, proponiendo que la continuidad de los cuidados en salud mental se encuentre inserta en la totalidad de los Servicios de Salud para el año 2020, según los estándares definidos en dicho Plan.

Podríamos tomar este proceso desde la institucionalización hacia la atención comunitaria, desde el énfasis en la enfermedad hacia el énfasis en la salud que caracteriza las estrategias nacionales en salud mental, la incorporación progresiva de los cuidados en tanto una tarea específica, como muestras de una reorientación en la gestión y presencia del cuidado en la salud. Debido al carácter preventivo de los cuidados respecto a la aparición o complejización de las problemáticas y el gasto en salud, podemos decir que lo que tenemos actualmente en el sistema de salud mental chileno es una apuesta que busca *cuidar de* antes que *curar*.

De esta manera, desde la lectura de la política en salud mental pública, el cuidado se transforma progresivamente en un elemento relevante dentro de los cambios en el modelo, siguiendo la línea de las políticas de bienestar en la particularidad del Estado chileno (Sunkel, 2007; Miranda, 2011).

Por lo tanto, el problema del cuidado no puede estar ajeno a las políticas de bienestar particulares que lo atraviesan, ya sea en su dimensión privada o pública, en el ámbito formal o informal, pagado o no remunerado. Nuestro interés en esta investigación es de orden teórico, no obstante acercarnos al contexto en que el problema del cuidado se ha desarrollado en la región y en nuestro país nos ha permitido considerar de modo general su configuración local así como la relevancia creciente en el campo de la salud. Relación entre teoría y práctica que no abandonaremos al momento de problematizar las relaciones de cuidado en salud.

### **3. Relaciones de cuidado**

El cuidado en salud no se da sino en una relación con otros, sean estos cuidadores directos, equipo profesional, instituciones o políticas estatales, por mencionar algunos. De esta gran gama de posibilidades en el cuidado se han hecho cargo los Estudios del *Care*, grupo heterogéneo de investigaciones que se abocan al problema desde distintas disciplinas.

De manera inicial, podríamos considerar el análisis de Martin (2008), para situar distintas dimensiones de los Estudios del *Care*.

Martin (2008) considera que existen tres niveles principales de discusión en torno al cuidado, que implican disciplinas y métodos distintos. El primero alude al debate en la filosofía moral en torno a la ética del *Care*, que considera por una parte la discusión sobre la construcción social de las diferencias de género y su vinculación con el cuidado, contra visiones esencialistas sobre la femeneidad, defendiendo el derecho a la igualdad (Martin, 2008).

El segundo alude al debate sobre las prácticas del *Care* y las relaciones de cuidado, una discusión que el autor considera más “sociologizable”, analizando el sistema normativo que regula las mismas relaciones. Aquí el problema no es tanto la diferencia entre los géneros, sino que la cuestión circula en torno a las diferentes prácticas y la repartición de las tareas de cuidado, abriendo la discusión hacia la desigualdad en la asignación de estas tareas según género, clase, raza para develar aquellas prácticas no remuneradas, desvalorizadas y gratuitas que son asumidas por los grupos dominados: mujeres, extranjeros, pobres, entre otros (Martin, 2008).

El tercero es el debate en torno a las reflexiones políticas del *Care*, que el autor propone calificar como *Social Care*. En este último nivel, está la posibilidad de articular todas las discusiones en torno a las normas y prácticas de cuidado con las políticas sociales y la participación del Estado en ello, incluyendo los análisis sobre la repartición entre lo público y lo privado de las tareas de atención y cuidado (Martin, 2008).

De los tres niveles que mencionamos se ha establecido el terreno para contundentes críticas que ponen de manifiesto la presencia de relaciones de poder externas a las relaciones de cuidado, que determinan cómo se realiza y a quién se asignan los cuidados. Partiendo en el primer nivel con los estudios de Gilligan (1985) sobre el sesgo de género implícito en la psicología del desarrollo moral y la negación de carácter patriarcal que se ha ejercido sobre el cuidado manifestado en la voz de las mujeres. Le siguen numerosos estudios feministas que denuncian el orden opresor de las sociedades hacia las mujeres al

asignarles las tareas de cuidado de manera desigual, no remunerada y menospreciada. En esta línea, los estudios de Tronto (1987; 2009) se orientan hacia una politización del *Care* en sus distintas dimensiones y a la instalación de la dependencia como una verdad antropológica que trasciende no sólo a las relaciones de cuidado, sino también a la vida de todos. Aquellos estudios desde la perspectiva del *Social Care* permiten visualizar en mayor medida las relaciones de poder desde los Estados hacia quienes ejercen y demandan cuidados, donde la dependencia vuelve a estar presente desde la organización del bienestar.

Es un acuerdo transversal en los Estudios del *Care* que existe un poder por sobre el cuidado, sea del patriarcado, del modelo económico, de orden étnico o de clases que en tanto condición externa lo limita. En este sentido, es frecuente que el *Care* se presente como una alternativa de resistencia o de huida de un poder opresor para los sujetos (Molinier, 2015).

No obstante lo anterior, surge a nuestro parecer un ángulo de la problemática del cuidado que no ha sido investigado en profundidad. Si toda relación de cuidado implica un grado de dependencia, necesariamente conlleva una distribución particular del poder al interior de dicha relación. Es decir, el poder implicado en las relaciones de cuidado no desde el exterior, sino como parte de la misma.

Desde el punto de vista de las relaciones de cuidado en salud pareciera ser aun más escaso el tratamiento de este problema. En este campo, las investigaciones en torno al cuidado han estado principalmente asociadas a estudios teóricos de la enfermería, profesión comúnmente identificada con la experticia en el área. En las teorías más importantes de la enfermería, el cuidado tiende a ser caracterizado como una actividad profesional interpersonal cargada de caridad, altruismo y espiritualidad (Alligood y Tomey, 2011; Venes, 2013), que oscurecen aun más la posibilidad de analizar las relaciones de poder que contiene.

De esta manera, en la presente investigación nos proponemos como objetivo analizar las relaciones de cuidado en salud en tanto relaciones de poder. Para cumplir con este propósito, primero nos abocamos a revisar los aportes de los Estudios del *Care* y de las

teorías del cuidado en enfermería para una caracterización general del cuidado; segundo, analizar las relaciones de cuidado desde un punto de vista político para considerar la presencia del poder en su interior; y tercero, revisar algunas consideraciones teóricas que desde el psicoanálisis pueden contribuir a una analítica del poder en las relaciones de cuidado en salud.

Durante nuestra investigación tomaremos elementos de cada uno de los grupos de investigaciones en torno al cuidado que hemos señalado, para desarrollar su presencia en tanto objeto de estudio en las ciencias sociales, así como también para rescatar elementos que nos sirvan en la comprensión de las relaciones de cuidado en salud.

La metodología utilizada para cumplir estos objetivos ubica a nuestra investigación en el campo teórico y adscribe a un enfoque bibliográfico, basado en la revisión de documentos, libros y artículos de revistas especializadas en las líneas propuestas (Bassi, 2015).

Para ello se realizó una selección de documentos de acuerdo a la definición de cuidado en los Estudios del *Care*, la noción de dependencia incluida en ellos, la politización del cuidado y la forma específica de este en salud. Paralelamente, se seleccionaron aquellas teorías más significativas del cuidado en enfermería en lo que respecta a las relaciones interpersonales, de acuerdo a lo referido en la bibliografía especializada.

De igual forma, se consideraron aquellos documentos que daban cuenta de la concepción de Michel Foucault respecto al poder y al biopoder, principalmente de escritos y conferencias del autor durante los años 70, época en que desarrolló mayormente estos tópicos.

Por su parte, se seleccionaron los documentos de Sigmund Freud y Jacques Lacan respecto a la dependencia y a la relación al Otro que se encuentran en el desarrollo de la subjetividad y en la situación analítica.

La escritura sigue un plan argumentativo desde la presencia creciente del cuidado como objeto de estudio para las ciencias sociales en occidente, hacia el surgimiento de los Estudios del *Care* como campo reconocido durante las últimas décadas. Luego se describen



las investigaciones que avanzan hacia la politización del *Care*, para dar paso a las concepciones del cuidado en salud que ha desarrollado la enfermería, en tanto profesionalización de los cuidados sanitarios.

A continuación se dedica un capítulo específicamente a la comprensión de las relaciones de poder, con una definición general del mismo, así como de la disciplina y la biopolítica, de acuerdo a lo establecido por Foucault.

Un cuarto capítulo busca hacerse cargo de algunas relaciones que se podrían establecer entre *Care* y psicoanálisis, tomando como ejes articuladores la dependencia y el estado de desamparo que configuran la subjetividad.

Finalmente, se concluye con un análisis de las relaciones de cuidado en salud en tanto relaciones de poder a partir de la definición que se extrae de Freud y Lacan sobre la transferencia, leyéndola como una relación interpersonal de cuidado que involucra una forma de relación de poder.

#### **4. Aclaración respecto al concepto *Care***

Como hemos señalado, la presente investigación se aboca a la relevancia de los cuidados en el campo de la salud y específicamente para la salud mental. Para ello, hemos recurrido a diversas fuentes bibliográficas que tratan el problema del cuidado e intentan delimitarlo, lo cual no se encuentra exento de dificultades. Por otra parte, debido a las diferencias idiomáticas y sus consecuentes problemas semánticos, es necesario tener en cuenta la polifonía que el *cuidado* en tanto objeto de investigación implica.

En primera instancia, podemos diferenciar en el español el uso de la palabra *cuidado* en tanto interjección; al dar aviso de un peligro, dar precaución para actuar con recelo o temor y cuando exclamamos “¡Cuidado!”. Además, usamos el vocablo para referirnos a la solicitud, diligencia y atención para hacer bien algo o hacerlo con cuidado para tener buenos resultados. El uso que más se acerca al tema de nuestra investigación es

aquel que refiere al cuidar de otros, que implica asistir, guardar, mantener, atender, “estar pendiente de” y “estar a cargo de”.

Por su parte, en la lengua inglesa los estudios del cuidado distinguen los conceptos *care* y *cure*. El primero más asociado a aquella atención y asistencia para el sostén de cierto bienestar, mientras que el segundo más asociado a las acciones curativas que se realizan para sanar una patología. En este último sentido, suele asociarse *cure* a *treatment*.

Por último, en el lenguaje francés encontramos al menos tres palabras que en la bibliografía consultada aluden al cuidado. *Attention* alude a una manera de percibir el mundo y a los otros, es decir, estar “atento” a los otros; *souci* y *solicitude* refieren al estar preocupado por los otros; *soin* alude a una manera de estar ocupado concretamente del cuidado de los otros, realizar tareas de cuidado.

Para la presente investigación, tomaremos específicamente cada uno de estos usos de acuerdo a sus referencias, cada vez que resulte pertinente detallar aquel aspecto del cuidado que puede perder dicha resonancia de su uso en el castellano. De igual forma, seguiremos aquí la tendencia que dejara la popularidad de los estudios anglosajones sobre el cuidado y las políticas públicas, que llevó desde los años 80 en adelante a hegemonizar relativamente el concepto *Care* para aludir a este amplio y heterogéneo campo de investigación que suele denominarse bajo el nombre Estudios del Care (Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Garrau y Le Goff, 2010; Molinier, 2012).

Lo anterior debido a nuestro interés por vincular las prácticas de cuidado en salud con las lógicas sociales y políticas que las trascienden. En este sentido, el término *Care* facilita el tránsito y vinculación de las lógicas que subyacen tanto a las relaciones de cuidado individuales como colectivas y poblacionales (Molinier, 2012).

Por lo tanto, para dar claridad a nuestra exposición, cada vez que nos refiramos de manera amplia al cuidado, incluyendo estudios de la ética, psicología, ciencias políticas, economía, etc. que engloban relaciones macrosociales y microsociales del cuidado, se encontrará escrito el término *Care* (con mayúscula), con el propósito de diferenciarlo de

aquellas alusiones específicas a relaciones de cuidado en contextos determinados: oposición *care-cure*, trabajos del *care*, teorías del cuidado en enfermería, entre otros.

## **2. El *Care***

### **1.1. El cuidado de otros en las sociedades occidentales**

Es posible abordar el cuidado considerándolo como una actividad, un trabajo (remunerado o no) que se realiza por alguien concreto dentro de la sociedad. Seguiremos esta línea de lectura para revisar el origen del trabajo de cuidado en las sociedades occidentales.

El estudio del trabajo de cuidados tiene sus orígenes en cuatro grandes subdisciplinas historiográficas: la segunda ola de la “escuela de los Annales”, interesada por el mundo privado, la historia de la familia, de la infancia y la natalidad; la historia de la infancia y de las mujeres, cómo los cambios que implicó el cuidado de la infancia en la transición hacia la modernidad (maternidad, lactancia, higiene doméstica, entre otros ámbitos); la historia de la medicina, especialmente sobre la salud infantil; y los estudios feministas sobre la división sexual del trabajo, el trabajo doméstico y de reproducción en el modelo liberal (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

A propósito de estos cuatro puntos de partida para estudiar el cuidado, Carrasco, Borderías y Torns (2011) destacan que los puntos conflictivos sobre los cuidados en las últimas décadas no son fenómenos tan recientes, sino más bien problemáticas que se gestaron en el tránsito del antiguo régimen a la sociedad moderna, principalmente respecto al problema de la reproducción social, el trabajo doméstico y de cuidados.

En las sociedad preindustriales, las familias campesinas u obreras aunaban las labores productivas y reproductivas entre sus integrantes, siendo la división sexual del trabajo muy distinta a lo que conocemos hoy. Los hombres participaban de las habituales labores domésticas y de cuidados, mientras los niños y niñas se incorporaban tempranamente a las labores productivas con ellos. Por su parte, la burguesía se caracterizaba por delegar las tareas de cuidado infantil a manos del servicio doméstico

(Carrasco, Borderías y Torns, 2011), lo cual fue ya en el siglo XVI objeto de críticas, al asociarlo a mayores tasas de desviación moral y mortandad infantil (Donzelot, 1977)

De esta manera, el control de la mortandad infantil a fines del siglo XIX le otorga a la infancia un valorpreciado e implica un aumento del tiempo destinado a los cuidados (Knibiehler y Fouquet, 1977).

Los cambios en el paso a la sociedad industrial, sumado a la expansión de la sociedad de masas y a la configuración del Estado de Bienestar, produjeron modificaciones en la configuración y funciones de la familia, la maternidad, la infancia y los cuidados. Lo anterior, de manera más significativa sobre los niños/as, ancianos y enfermos, grupos prioritarios en tanto receptores de cuidados hasta el día de hoy, pero también sobre los hombres trabajadores, que con sus largas jornadas de trabajo requerían de los cuidados de las mujeres en el plano reproductivo de la fuerza de trabajo. Es en este momento que se sitúa a las mujeres como responsables “naturales” del cuidado en el trabajo doméstico, surgiendo el conflicto entre la actividad productiva y la maternidad, desconocido hasta entonces. Un proceso de normativización del cuidado de la infancia y de construcción de nuevas identidades femeninas (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Desde mediados del siglo XVIII, las madres comenzaron a tomar un papel relevante en la percepción de una población sana y abundante, riquezas para el Estado al aportarle una nación poderosa. En la construcción de esta percepción contribuyeron fuertemente la medicina, que atribuyó la mortandad infantil a las malas prácticas de la lactancia tradicional y a la ignorancia de las mujeres (Donzelot, 1977; Knibiehler y Fouquet, 1977). Por lo tanto, hay un movimiento de desplazamiento de los cuidados desde el servicio domestico y la comunidad, hacia el ámbito privado de la familia y la maternidad.

Tal fue la relevancia de este cruce entre cuidados maternos y trabajo productivo, que a fines del siglo XIX, en el proceso de industrialización, se comenzaron a habilitar espacios de cuidados en las fábricas: salas de lactancia y primeras guarderías infantiles. No obstante, la jornada laboral aumentaba continuamente su extensión, por lo cual se comienza

a recurrir a las redes familiares de apoyo para el cuidado de los/as niños/as (Tilly y Scott, 1978 citado en Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Son las teorías que a finales del siglo XIX establecieron la relación entre higiene, morbilidad y mortandad infantil, así como nutrición y salud a los cuidados domésticos, lo que terminó por afianzar la relación entre maternidad y cuidados, agreguemos también entre mujer y cuidados. Por lo anterior se establecieron rígidas normativas de higiene para la ama de casa, en pro del bienestar de los niños/as como del resto de la familia, normativas que seguían principios científicos para su aplicación. Esto llevó posteriormente al desarrollo de toda una educación para la maternidad y los cuidados, que se instalaron curricularmente durante el siglo XX (Bourke, 1993 citado en Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

## **1.2. La problemática de los cuidados en Ciencias Sociales**

El cuidado no siempre fue parte de las ciencias sociales, su incorporación responde a la delimitación de las problemáticas señaladas con anterioridad y se convierte en objeto de estudio en cada disciplina en tiempos distintos. Ya hemos mencionado su incorporación en la historia en las subdisciplinas de la escuela de los Annales, de la historia de las mujeres, niños y de la medicina, así como en los estudios sobre división sexual del trabajo.

Junto a lo anterior, los primeros escritos relevantes fueron en las décadas de los 60 y 70, con el llamado *Debate sobre el trabajo doméstico*, destacando la puesta en escena de las labores necesarias para la reproducción social, especialmente de la fuerza de trabajo. De este debate se rescató la importancia de la producción de bienes físicos (alimentos, higiene, etc.) para la reproducción, así como de los cuidados directos con niños/as y adultos que contribuían a la fuerza productiva, incluyendo la gestión de los afectos en esta tarea (Picchio, 2011).

En esta línea, el *Debate* trajo la pregunta si en el avance de la sociedad capitalista, la mercantilización absorbería los trabajos de cuidado, siendo extraídos de la esfera

femenina-materna. La respuesta fue que estas labores, de cuidado, guardaban la particularidad de la relación entre cuidadora y cuidado (*caregiver – care-receiver*), por lo tanto no podían enajenarse en la mercantilización de un producto sin pagar el costo de bajar la calidad de su servicio (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Por su parte, la sociología presenta los primeros estudios más representativos a cargo de las sociólogas feministas italianas, quienes lo circunscribieron en el concepto *lavoro di cura* para dar en primera instancia la especificidad de sus investigaciones. De ello migraron los intereses a grupos de investigación franceses y finalmente anglosajones. En efecto, es desde la sociología anglosajona en la década de los 80 donde se establece la acepción de los cuidados bajo el vocablo *Care*, tomando hegemonía en la literatura especializada hasta la actualidad, manteniendo el debate respecto su contenido y alcances (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

En este camino, lo que consolidó la aparición del *Care* en los estudios sociológicos fueron aquellas investigaciones feministas que lo vincularon con las políticas públicas, denunciando las quejas de las mujeres respecto a sus labores de sostén para el Estado de Bienestar, inteligentemente llamando el *malestar del bienestar*. Estas investigaciones se incorporaron progresivamente en el estudio de las políticas de bienestar. No obstante esta hegemonía lograda con el *Care*, la sociología mantiene una dificultad para su incorporación como objeto de estudio, ya que conserva la confusión entre trabajo y empleo, donde el trabajo domestico pierde legitimidad (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Por otra parte, la economía ha tenido una resistencia aun mayor a la incorporación de los cuidados como objeto de estudio. Ello ha llevado a desarrollar casi en paralelo una economía feminista, encargada de relevar la dimensión de los cuidados en la conceptualización y medición de los mismos. Desde la economía feminista, el trabajo de cuidado toma relieve en la década de los noventa, principalmente a partir de definiciones del mismo en la problemática de su difícil cuantificación para ser traducida a valores de intercambio, rescatando principalmente las dimensiones subjetivas y emocionales que incluye (Picchio, 2011).

Para Carrasco, Borderías y Torns (2011), la principal conclusión de todo este proceso en las ciencias sociales es que son los estudios feministas europeos quienes pusieron de manifiesto el tema de los cuidados en la agenda pública y de investigación, principalmente al mostrar las problemáticas en torno al Estado de Bienestar.

Una de las consecuencias de la visibilización del *Care* para las ciencias sociales y su vinculación al Estado de Bienestar es que el problema de los cuidados se extiende desde la lucha por relevar los trabajos de cuidado feminizados y subvalorados, hacia plantearlos como una problemática que atraviesa una sociedad determinada y sus transformaciones. En este sentido es que se establece el concepto *Social Care*, para que el Estado de Bienestar incluya la Organización Social del Cuidado (OSC) (Martin, 2008).

Junto a lo anterior, otro de los grandes temas con los que se cruza el trabajo de cuidado es su vinculación con la reproducción social. En los estudios feministas que abordan la reproducción social, se aboga por la inclusión de las labores de cuidado como una de las dimensiones relevantes al momento de analizar aquellas actividades que permiten la reproducción social.

Resulta interesante que a estas alturas no se oculta como antaño, que el cuidado sea parte de las actividades económicas a considerar, no obstante se opaca la relación que este tiene con el sistema de producción capitalista, por ejemplo al desplazar los costos de la producción al ámbito privado-femenino. Así, se disminuye el costo que implica la reproducción de la fuerza de trabajo, siendo imposible una división radical entre el trabajo doméstico y el trabajo de mercado, ya que el primero es estrictamente necesario para la existencia del segundo.

Específicamente, tomando en consideración lo que nos interesa profundizar en esta investigación, el cuidado de la fuerza de trabajo incluye procurar el resguardo de la afectividad, las relaciones interpersonales y/o instituciones que, entre otras, permiten mantener una fuerza de trabajo en condiciones óptimas o aceptables para cumplir su función en el sistema de producción.



Por lo tanto, desde un análisis de la OSC que visibiliza la importancia de los cuidados para la mantención del sistema de producción, vemos que en su ejecución estos implican una actividad específica en la relación interpersonal, por ejemplo, doméstico (recordemos lo señalado previamente sobre el interés respecto a los cuidados durante el siglo XIX en su asociación con la mortandad infantil). Esta especificidad afectiva será la que tomará relevancia en los estudios del *Care* en el campo de la psicología durante los años 80, principalmente a la luz de las investigaciones de Carol Gilligan, permitiendo abrir las interrogantes que orientarán nuestra investigación en tanto relaciones de cuidado en salud mental.

### **1.3. El problema del cuidado en la psicología moral**

Al momento de revisar los estudios del *Care* desde mediados de los 80, es frecuente encontrar como primera referencia en la problematización de los cuidados las investigaciones de la psicóloga estadounidense Carol Gilligan sobre la ética del cuidado, principalmente reunidos en su libro *In a different voice* (1985). No obstante, como señalamos en el apartado anterior, los cuidados ya se encontraban presentes en las ciencias sociales unas décadas antes.

Los resultados de Gilligan (1985) suelen ser tratados como el origen de los cuestionamientos a una ética no sólo racional, basada en los criterios de la justicia de tradición Kantiana, sino también relacional, basada en el plano afectivo con el otro, principalmente por filósofos/as y politólogos/as que buscan reivindicar políticamente el cuidado.

Si bien no desconoceremos esta distinción esencial, cabe señalar que en el debate en la moral y la ética sobre los aspectos racionales y afectivos (este último en un sentido amplio del término) remontan a un cuestionamiento bastante anterior a los estudios de la psicología moral. En este sentido, revisaremos un preámbulo histórico sobre este debate antes de ingresar a las distinciones de la ética de la justicia y del cuidado.

Kakkori y Huttunen (2010) remiten como primera referencia a la polémica obra de Mandeville, filósofo del siglo XVII que consideraba el vicio privado más favorable para el bien público que el altruismo, una moral basada en el egoísmo como una esencia constante del hombre. Este es el punto de partida para las respuestas de Rousseau y Hume.

Para este último, la razón es inerte, imposible de originar alguna acción, mientras que las pasiones son el verdadero móvil del hombre. La razón puede corregir y reorientar los sentimientos morales, pero de ninguna manera los sentimientos morales pueden derivar de la razón. En este sentido, la simpatía y el bien común no son sino secundarios a la pasión individual que origina la moral. Por su parte, Rousseau considera que el proceso de civilización ha llevado a que el hombre perdiera la sensibilidad natural al dolor y sufrimiento del semejante. Al igual que Hume, piensa que el interés propio es esencial al alma humana, pero se acompaña de la compasión, el rechazo a ver sufrir al otro (Kakkori y Huttunen, 2010).

Este era el escenario de la teoría de los sentimientos morales hasta la aparición de Immanuel Kant en el siglo XVIII. Para Kant, el sujeto trascendental puede ejercer la libertad de su voluntad y elegir seguir un deber. En este sentido, una acción moralmente digna debe seguir un deber, independiente si los resultados posteriores superan el motivo original. El deber se deriva de los imperativos categóricos (universales) que una persona racional y libre toma para orientar sus acciones moralmente (Kakkori y Huttunen, 2010).

Esta concepción de la moral, en base a la razón y la justicia trascendental, se enfrentan a las visiones antes descritas que resaltaban el origen pasional de la moral, ubicando en un lugar secundario a la razón.

A principios del siglo XIX, Hegel intenta resolver la tensión de las pasiones y la razón en la teoría moral. Considerando la familia, la sociedad civil y el Estado, establece que en la primera es donde el amor gobierna y sobreviene posteriormente la razón; en el segundo rigen el egoísmo y la razón fría; mientras que el tercero media estableciendo el buen comportamiento recíproco y el cuidado de uno con otro. En este hábito que establece

el Estado, las personas sienten la solidaridad y la compasión hacia el otro (Kakkori y Huttunen, 2010).

Llegado a este paralelo, para aquella filosofía moral que sigue a Kant, existen principios morales formales y universalmente válidos basados en la racionalidad. Por su parte, aquellos que siguen a Hegel afirman que los principios morales son válidos siendo situados histórica y socialmente, adquiriendo la validez dentro del conjunto de valores culturales, en sus prácticas e instituciones políticas (Kakkori y Huttunen, 2010).

Con esta breve revisión se evidencia que la tensión entre las pasiones, el afecto, el amor y la razón como fuentes de la moral y su validación, representa una discusión anterior a lo que ha emergido desde las investigaciones de Kohlberg y Gilligan. En efecto, la tradición de una moral trascendental, universalmente válida que origina Kant es la base para los estudios y la búsqueda empírica de Lawrence Kohlberg (1992). Por su parte, podríamos asociar, artificialmente, la moral que se valida histórica y socialmente a la postura avanzada por Carol Gilligan (1985) en su ética del cuidado. Teniendo en cuenta estas consideraciones, podremos describir más detalladamente ambas corrientes en el campo de la psicología moral.

### **1.3.1. Desarrollo moral y ética de la justicia en Lawrence Kohlberg**

El paso de este debate, entre la razón y el amor en la moralidad hacia la psicología, va a tomar relieve gracias a los trabajos de Lawrence Kohlberg (1992). La psicología interesada en el desarrollo moral ha tenido dos vertientes principales, una que interpreta la moralidad como una copia de los valores de la sociedad, donde lo principal es que los individuos internalizan las normas sociales y lo convencional se confunde con el valor moral.

La otra postura es a la que pertenece Kohlberg (1992) y que toma relevancia desde la psicología cognitiva. Asume que la moralidad es la construcción de principios morales

autónomos por parte de cada individuo, siendo el producto de una interacción entre las estructuras del sujeto y del medio ambiente.

En este sentido, el concepto de “moral” que utiliza el autor se basa en la universalidad del principio de justicia, caracterizado porque: la moralidad se define por el carácter formal del razonamiento moral, no por sus contenidos; y porque los juicios morales se basan en principios morales universales, no en la moral entendida como normas y reglas. De esta manera, el psicólogo estadounidense en sus primeras investigaciones se preocupa más por el razonamiento moral subyacente antes que por las situaciones, contextos y contenidos específicos de sus entrevistados (Kohlberg, 1992). Estas consideraciones ya acercan el trabajo de Kohlberg a la perspectiva de la moral que sigue de la ética kantiana, es decir, juicios de validez universal que orientan la moral.

En sus primeros estudios, en la década de los 50, Kohlberg (1992) diseñaba investigaciones que se basaban en la concepción del desarrollo moral de Jean Piaget. El autor suizo consideraba dos bases para el juicio moral; en primera instancia una moral heterónoma que se basa en el respeto a los padres u otras autoridades y las reglas que de ellos emanan, donde el juicio moral está sujeto a la respuesta de obediencia frente a la autoridad. Por otra parte, una moral autónoma que se basa en el respeto mutuo entre iguales y a las reglas que regulan dicha interacción, hallando la justicia en el sentido de reciprocidad. Desde un punto de vista evolutivo, la moral heterónoma sería el punto de partida del desarrollo moral, para avanzar, no en todos los sujetos, a la moral autónoma (Piaget, 1984).

Piaget (1984) no establece estadios totalmente estructurados respecto los juicios morales, solamente distingue ambas formas de moralidad. No obstante, Kohlberg (1992) los toma como base para distinguir un desarrollo lineal del juicio moral que debe avanzar en su complejización desde el juicio externo hacia uno propio del sujeto.

Para Kohlberg (1992), tanto la concepción de Piaget en la psicología, como las de Kant en la filosofía, se transforman en las bases conceptuales para sus investigaciones empíricas. Estas consistían principalmente en la presentación de dilemas éticos, analizando

posteriormente la forma de proceder y las bases que se utilizaban para resolverlos, antes que las respuestas mismas.

Uno de los primeros dilemas usados por Kohlberg es el famoso dilema de Heinz: Una mujer padece un cáncer muy extraño, cuya medicina se ha descubierto recientemente. En la ciudad donde vive esta mujer, un farmacéutico ha comenzado a elaborar la medicina y a comercializarla a un elevado costo. El esposo de la mujer, Heinz, consigue dinero para comprarla, logrando sólo la mitad de este. Habla con el farmacéutico, le cuenta que su esposa está muriendo y le pide pagar la mitad faltante más adelante. Este se niega, lo cual lleva a Heinz a la desesperación y considerar robar por la fuerza la medicina. A este enunciado le siguen una serie de cuestionamientos para establecer el dilema si el esposo debe o no robar la medicina, así como los fundamentos detrás de la acción que realice (Kohlberg, 1992).

A partir de los razonamientos que se encuentran a la base de las respuestas de los entrevistados/as, Kohlberg (1992) extrae sus principales conclusiones. Para él, el desarrollo moral es un proceso de una sola vía, una secuencia universal en el razonamiento moral que conduce a estructuras de mayor categoría, lo que se condice con una secuencia invariante de estadios<sup>2</sup>. De todas maneras, considera que deben darse las condiciones suficientes en el medio para que se desenvuelvan las conductas morales.

Las investigaciones en torno a los dilemas concluyen en una extensa publicación que sintetiza seis estadios del desarrollo moral (Kohlberg, 1969) que luego se agruparán en tres grandes niveles (Kohlberg, 1969; 1992), que presentamos a continuación.

En primer lugar se desarrolla un nivel de moral Preconvencional, donde la base del juicio moral es que el valor se fundamenta en hechos y necesidades cuasi-físicos (recibir un castigo “muy grande”), en los malos actos, más que en las personas y los estándares. Las

---

<sup>2</sup> Kohlberg (1992) considera que esta forma dura de definir los estadios del desarrollo moral sólo es posible desde una perspectiva de la justicia deóntica, es decir, aquella que define lo correcto y lo obligatorio. Hacemos esta observación ya que, respondiendo a las críticas de Carol Gilligan, él ubica los estudios de esta última en el campo aretaico de la moral, aquello que es probable y meritorio en la acción y el carácter humanos.

dos etapas que se incluyen aquí son la *Orientación a la obediencia y el castigo* (hay una referencia al poder y el prestigio desde un punto de vista egocéntrico, así como una tendencia a evitar problemas y el castigo) y la *Orientación ingenuamente egoísta* (lo correcto es lo que satisface las necesidades de uno y ocasionalmente las de otros, siendo lo principal el deseo de recompensa, la búsqueda del beneficio personal). En esta última etapa hay una consciencia relativa del valor de la perspectiva personal y las necesidades de cada quien, existiendo una orientación al intercambio y la reciprocidad que prepararán el paso al segundo nivel (Kohlberg, 1992).

En el segundo nivel, de moral Convencional, el juicio moral es que el valor reside en la realización del bien, del derecho, para mantener un orden convencional en la relación con los demás y que se ajuste a las expectativas de los otros. Este incluye las etapas de *Orientación del buen chico* (lo principal es la anticipación a la aprobación del otro y dar ayuda a este, existiendo una conformidad por las imágenes estereotipadas de la mayoría y el juicio de las intenciones) y la *Orientación de mantenimiento de la autoridad y el orden social* (es crucial “cumplir el deber”, mostrar respeto por la autoridad y mantener el orden social dado) (Kohlberg, 1992).

Finalmente se desarrolla el nivel moral Posconvencional, cuya base es el juicio moral que reside en el valor de la conformidad del yo con estándares, derechos y deberes compartidos y compartibles. Este nivel incluye las etapas de *Orientaciones legalistas contractuales* (se acepta la existencia de puntos de partida arbitrarios para llegar a un acuerdo y el deber se define en términos de contrato, evitando transgredir a otros, considerando además la voluntad y el bienestar de la mayoría) y de *Orientación de conciencia o principio* (no se orienta solo por reglas sociales, sino que también por principios de elección que requieren de consistencia y universalidad lógica, agentes que dirigen incluyendo el respeto y la confianza mutuas) (Kohlberg, 1992).

Como hemos visto, el desarrollo moral que extrae Kohlberg de sus investigaciones se basa en un curso de perfeccionamiento del juicio moral desde la heteronomía hacia la autonomía, en base a criterios abstractos y universales. Estos elementos van a ser la base de la crítica que realizará Carol Gilligan, punto de partida para numerosos estudios del *Care*.

### 1.3.2. Ética del cuidado en Carol Gilligan

Como señaláramos anteriormente, Carol Gilligan no es la única encargada de abrir la problemática del cuidado en la ética, no obstante es de especial interés para esta investigación, ya que representa una reflexión desde el interior de la psicología, a diferencia de otras provenientes de la educación o la filosofía. Junto a ello, como señala Joan Tronto “Aunque otros escritores pueden ser identificados con este enfoque, ninguno ha sido tan ampliamente leído y tan extensamente interpretado como defensores de este concepto como Gilligan.” (Tronto, 1987 p 2).

Siguiendo la línea de investigación de Kohlberg para abordar el desarrollo moral, Carol Gilligan, en su libro *In a different voice* (1985)<sup>3</sup> se propone aplicar el instrumento de medición elaborado por su antecesor para dar una nueva revisión a los resultados obtenidos. Lo anterior bajo el supuesto que las conclusiones y teorías que se han levantado a partir de observaciones exclusivamente con hombres, representan un sesgo de género en las ciencias.

Con este propósito, la autora va en busca de una alteridad en las respuestas que las mujeres dan a dilemas morales particulares. En este encuentro, es enfática en señalar que se trata aquí de dos modos de hablar sobre los problemas morales, dos voces posibles de encontrar en la diversidad de entrevistados y entrevistadas (Gilligan, 1985). Resulta importante rescatar este punto, ya que no se establece una relación directa entre la voz distinta y el sexo, como lo detalla la siguiente cita:

“La distinta voz que yo describo no se caracteriza por el sexo sino por el tema. Su asociación con las mujeres es una observación empírica, y

---

<sup>3</sup> En este párrafo como en los que siguen, se referencia la versión en español de la obra, publicada bajo el nombre “La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino”, por el Fondo de Cultura Económica. No obstante, utilizamos el nombre original en inglés, que permite conservar la intención de resaltar una *voz diferente*, aquella de las mujeres y contraria al androcentrismo, propósito que busca la autora.

seguiré su desarrollo básicamente en las voces de las mujeres. Pero esta asociación no es absoluta; y los contrastes entre las voces masculinas y femeninas se presentan aquí para poner de relieve una distinción entre dos modos de pensamiento y para enfocar un problema de interpretación, más que para representar una generalización acerca de uno u otro sexo... Es claro que estas diferencias surgen en un marco social donde ciertos factores de posición social y de poder se combinan con la biología reproductiva para moldear la experiencia de varones y de mujeres y las relaciones entre los sexos” (Gilligan, 1985 p 14).

De esta forma, el interés se encuentra en dar seguimiento al desarrollo de estas voces y cómo dialogan en ese transcurso, para el caso de hombres y de mujeres, con diferencias en sus épocas de crisis y de cambio. Estos diálogos son tanto de las personas con otros como consigo mismas y se grafican en el diseño de los estudios que sustentan su investigación en la obra *In a different voice* (Gilligan, 1985).

El primero de ellos aborda la visión del yo y el pensamiento acerca de la moral en veinticinco estudiantes, entre hombres y mujeres, que seguían un curso sobre moral y elección política. En el segundo estudio se centra en la relación entre experiencia y pensamiento y el papel del conflicto en el desarrollo, con veintinueve mujeres de quince a treinta años de distintas clases sociales y antecedentes étnicos, que tenían la intención de abortar, siendo entrevistadas durante el periodo de consejerías en un centro especializado y dos años después de tomar su decisión. Finalmente, el tercer estudio aspira a ampliar la visión del desarrollo humano, incorporando a diez grupos etarios desde los seis a los sesenta años, compuestos por hombres y mujeres, abordando la relación de derechos y responsabilidades (Gilligan, 1985).

Estos tres estudios se basan en el supuesto de la autora que la forma en que la gente habla de sus vidas tiene importancia, que el lenguaje que utilizan y las conexiones que establecen revelan el mundo que percibe y en el cual actúan (Gilligan, 1985). Para



nuestra investigación, nos detendremos brevemente en el análisis que realiza del dilema de Heinz con sus entrevistados/as, así como en las principales discusiones que rescata la autora del estudio sobre el aborto.

### **1.3.2.1. Crítica al dilema de Heinz y desarrollo de la ética del cuidado**

Como ya señaláramos, la puerta de entrada para establecer el camino alternativo de la autora respecto las investigaciones previas, se instala en la revisión del dilema de Heinz elaborado y utilizado por Kohlberg. Consiste en una revisión crítica del instrumento, de los eventuales resultados que puede arrojar y del análisis de los mismos.

Gilligan (1985) toma de los estudios de Kohlberg el dilema de Heinz y siguiendo los conocimientos del desarrollo psicológico, realiza su ejercicio de análisis con niños y niñas de 11 años. Elige esta edad de corte ya que sería el momento crítico antes de la pubertad, donde se ha observado que los cambios en cada sexo se siguen de una pérdida de la ventaja que las niñas presentan en el desarrollo moral durante sus primeros años de escuela (Gilligan, 1985).

En su análisis, Gilligan (1985) observa que en el caso de los varones, estos se plantean resolver el dilema según la lógica matemática, ya que está da soluciones certeras y ajenas a la variabilidad del contexto, pudiendo establecer una diferencia clara entre lo justo y lo injusto, independiente de sus consecuencias. Por su parte, las niñas entrevistadas no consideran el dilema como un problema matemático, sino como una serie de relaciones que se extienden en el tiempo, percibiendo "...un mundo que se vuelve coherente por medio de conexiones humanas y no por sistemas de reglas" (p 57).

De esta forma, si bien ambos grupos consideran que se podría llegar a un acuerdo entre el farmacéutico y Heinz, el niño media este eventual acuerdo a través de sistemas lógicos y de ley, mientras que la niña lo propone mediante una comunicación basada en las relaciones. Con esto, según los criterios del desarrollo moral de Kohlberg, la niña se encontraría en un estadio de desarrollo moral inferior respecto del varón (Gilligan, 1985).

Una de las principales denuncias radica en que el instrumento y las instrucciones para su aplicación invisibilizan otras dimensiones del razonamiento moral. Si la niña establece relaciones interpersonales como el sustento para dirimir el dilema y considera la responsabilidad que tienen unos con otros en la sociedad, da cuenta de una complejidad que queda fuera de las mediciones del instrumento. Al compararlo con el proceder del varón, mejor evaluado en la escala de Kohlberg, destaca que se trata de un juicio moral a partir del enfoque jurídico, mientras que la niña establece juicios a partir de una ética del cuidado mutuo (Gilligan, 1985).

Una diferencia clara en las respuestas y los sustentos de estas, pero ¿por qué una falencia del instrumento?. Como revisamos anteriormente, a la presentación del dilema le siguen una serie de preguntas para detallar el razonamiento expuesto, principalmente de preguntas cerradas al tipo *¿sí o no?*, *¿por qué sí?* y *¿por qué no?*. Al momento de entrevistar a la niña, la autora observa que esta intenta responder no al *si debe o no* Heinz actuar de determinada manera, robar o no la medicina, sino que al *cómo* debe actuar respecto la necesidad de su esposa. Siguiendo las instrucciones del instrumento, se considera esto como una evasión del dilema y se oscurece la lógica distinta que ella propone (Gilligan, 1985).

La autora critica la tendencia de las teorías del desarrollo a identificar las diferencias y ordenarlas de acuerdo a una jerarquía. En este caso, la resolución del dilema mediante las relaciones y la relatividad de acuerdo al contexto se presenta como anterior, inferior, de menor complejidad que aquella que usa el razonamiento lógico abstracto. Para Gilligan (1985) esta tendencia es errada, ordena secuencialmente ambas posibilidades en vez de verlas como complementarias.

Las diferencias rescatadas en el razonamiento moral son expuestas respecto el yo de los entrevistados. Para el caso de los varones, la autora describe un yo definido por la separación y medido por un ideal abstracto, mientras las niñas presentan un yo definido por la conexión y medido por actividades particulares de atención a otros. Estas diferencias marcarían el cómo ambos niños resuelven un conflicto entre responsabilidad consigo mismo y con los otros (Gilligan, 1985).

La pregunta por la responsabilidad nos permite avanzar en la identificación de dos lógicas del individuo, pasamos de ubicar al yo de los entrevistados a identificar las voces que expresan estas diferencias. Tenemos entonces una lógica del individuo autónomo identificado por la voz masculina, donde "...la responsabilidad corresponde a una limitación de la acción, un freno a la agresión, guiado por el conocimiento de que sus actos pueden afectar a los demás, así como los de ellos pueden afectarlo a él. De este modo las reglas, limitando la intromisión de los demás, hacen más segura la vida en comunidad, protegiendo la autonomía mediante la reciprocidad..." (Gilligan, 1985 p 70).

Por su parte, la voz femenina muestra una lógica del individuo relacional, que responde contextualmente, "...la responsabilidad significa respuesta, extensión, y no limitación de la acción. Connota así un acto de cuidado y atención, más que contención de la agresión." (Gilligan, 1985 p 71).

De esta forma, en ambas voces hay una responsabilidad por el otro y una preocupación por evitar el daño, aunque para el niño, el daño proviene de la expresión de la agresión, mientras que para la niña el daño surge por una falta de respuesta (Gilligan, 1985).

Ambos caminos funcionan de manera contrapuesta, en tanto los puntos de partida pueden ser la separación o la conexión entre los involucrados: "ella, presuponiendo una conexión, empieza a explorar los parámetros de la separación, mientras que él, presuponiendo la separación, empieza a explorar los parámetros de la conexión. Pero la supremacía de la separación o la conexión produce diferentes imágenes del yo y de las relaciones." (Gilligan, 1985 p 71).

En este punto es cuando las teorías del desarrollo entran en conflicto con el yo relacional que la voz femenina releva. El desarrollo del individuo ideal se propone desde una serie sucesiva de separaciones que apuntan a una mayor individuación, aspecto problemático cuando el desarrollo de las niñas se caracteriza por una continuidad de relaciones en sus vidas (Gilligan, 1985).

Aquí la autora critica la noción de las teorías del desarrollo respecto el manejo de la agresión en las mujeres. Refiere que se tiende a interpretar la ausencia de agresión a partir de una negativa al peligro en diversos contextos o derechamente a una represión de la misma. Gilligan (1985) plantea que si las mujeres ven la agresión como una fractura de la conexión humana, las actividades de cuidado y atención son las que hacen seguro el mundo social, evitando el aislamiento e impidiendo la agresión. De esta forma, la agresión se previene por las relaciones y no por reglas que limiten, agregando “Bajo esta luz, la agresión ya no parece un impulso ingobernado que hay que contener sino, antes bien, la señal de una fractura de conexión, el signo de que ha fallado una relación.” (p 80).

Llegado el momento de la pubertad en el desarrollo, los cuestionamientos provenientes de un orden social basado en criterios de justicia y jerarquía llevan a que las mujeres comiencen a dudar de estas formas distintas de interpretar lo moral, invadiendo el sentido y la imagen de sí mismas. En este periodo de la vida, donde el pensamiento se vuelve reflexivo, la interpretación toma un papel relevante y junto al cuestionamiento antes señalado, mermaría la capacidad de acción en base la cuidado (Gilligan, 1985).

En la adolescencia, la individualidad en torno a la autonomía llevará a que en el varón las relaciones de apego serán rechazadas por la dificultad de representarlas, manteniéndolas en secreto. Por su parte, la adolescente intentará acallar la individualidad relacional cuándo entre en conflicto en el contexto determinado (Gilligan, 1985).

El paso de la adolescencia dudosa de sus propias experiencias y criterios de cuidado, da pie a una adultez que sostiene el mismo conflicto y que se resuelve en comprender que la responsabilidad por sí misma y por los otros están conectadas, no son opuestas (Gilligan, 1985).

Lo anterior se corrobora cuando replica sus investigaciones respecto el dilema de Heinz en una mujer adulta. Tanto niña como adulta equiparan la responsabilidad con la necesidad de respuesta que surge del reconocimiento que los otros cuentan con uno y que el sujeto en cuestión está en posición de ayudar (Gilligan, 1985).

Como señaláramos anteriormente, la autora es enfática en destacar el sesgo que contienen las categorías para estudiar el desarrollo, provenientes de estudios realizados con muestras mayoritariamente masculinas. Una vez especificado el desarrollo moral diverso que muestran las mujeres, agrega que esta no es la única causa del sesgo, ya que las mismas mujeres padecen una censura en lo público para poder manifestar sus opiniones morales, a partir de la carencia de poder que se desprende de las relaciones entre los sexos. Por lo tanto, aunque la mujer adulta equipare responsabilidad con cuidado, esta consideración será invisibilizada por la cultura patriarcal (Gilligan, 1985).

Siguiendo lo relevante que resulta en el razonamiento moral de las chicas una mirada contextual, Gilligan (1985) continua su crítica al dilema de Heinz ya no en los resultados del mismo, sino que en tanto instrumento de recolección de datos. Observa que este método de estudio para el desarrollo moral implica extraer conclusiones a partir de situaciones hipotéticas, supuestos a los que la persona entrevistada no se encuentra enfrentado concretamente. Con ello, se plantea estudiar el razonamiento moral en mujeres adultas entrevistándolas mientras enfrentan dilemas éticos reales en su vida cotidiana.

Para tales propósitos, se centra en el uso de métodos para el control natal y el aborto. Una solución bastante hábil, ya que permite estudiar la interpretación del dominio moral en lugares en que las mujeres tengan el poder de elegir y donde se pueda escuchar su propia voz. Junto a ello, esta problemática evita la pasividad femenina que les otorga el sistema sexo-género patriarcal, reproducida en la narración del dilema de Heinz, además de abrir el cuestionamiento por lo que ellas desean (Gilligan, 1985).

Este juicio no es categórico ni generalizable, a la vez que es conflictivo y difícil de nominar de acuerdo al lenguaje habitual. La autora rescata este conflicto de contingencias, pese a su dificultad de expresión. Más que centrar sus esfuerzos en cómo se resuelve el dilema, la autora se empeña en demostrar que en esa duda, en esa tensión que manifiesta la voz femenina, existe un terreno no estudiado por la psicología del desarrollo moral, concluyendo que este es nuevamente un ejemplo donde “un juicio absoluto cede ante la complejidad de las relaciones” (Gilligan, 1985 p 105).

Este estudio consistía en entrevistar a mujeres entre los quince y treinta y tres años, de distintas clases sociales y etnias, quienes tenían la intención de abortar y estaban vinculadas a un centro especializado en el acompañamiento a mujeres en dicho proceso. Se les entrevistó en el primer trimestre del embarazo y luego de un año de tomar la decisión, permitiendo tener datos respecto el razonamiento moral durante el conflicto, así como las elaboraciones que hacían posteriormente, ya sea que hubiesen abortado o decidido continuar con el embarazo. El principal objetivo fue aclarar cómo las mujeres se plantean y resuelven las decisiones de abortar (Gilligan, 1985).

Frente a este dilema, Gilligan (1985) observa que persiste el criterio ético de no perjudicar a los demás como tema principal, teniendo la esperanza que en la moral se encuentre una manera de resolver los conflictos sin que nadie salga dañado. De esta manera, las mujeres suelen mostrar criterios de empatía y compasión en los juicios morales cuando se trata de la resolución de dilemas reales y no hipotéticos.

El aborto instala el dilema entre la compasión y la autonomía, entre la virtud clásicamente asociada a la femeneidad (natalidad) y el poder que pueda ejercer sobre sí misma. Una de las principales conclusiones que desprende de este estudio es que las mujeres interpretan de una manera diferente a los hombres el dominio moral, como un problema de cuidado y responsabilidad en las relaciones y no de derechos y reglas, además de asociar el concepto de moral como justicia respecto una lógica de igualdad y reciprocidad. De esto concluye que "...subyacente en una ética de cuidados y atención hay una lógica psicológica de relaciones, que contrasta con la lógica formal de imparcialidad que imbuye el enfoque de la justicia." (Gilligan, 1985 p 126).

Con estos descubrimientos y siguiendo la línea de Kohlberg, Gilligan (1985) propone tres niveles en que se desarrolla una ética del cuidado, mediados por dos momentos de transición.

En primera instancia, lo que el dilema del aborto muestra es que la ética inicialmente se centra en el Yo, desde una preocupación pragmática en torno a la supervivencia, graficado en afirmaciones donde las mujeres se preocupan de cuidar de sí

mismas, el interés propio prima en un contexto de abandono y falta de poder (Gilligan, 1985).

A esto le sigue una transición movilizadora por la visualización del egoísmo hacia la responsabilidad. Desde el Yo surge una redefinición del interés propio con el cuestionamiento en torno al apego y la conexión con otros. En este momento, las mujeres entrevistadas frecuentan afirmaciones respecto pasar de la niñez a la adultez mediante asumir una responsabilidad en la maternidad, desde el egoísmo a la responsabilidad.

Esta transición implica un paso hacia la participación social, dando pie al segundo nivel de la ética del cuidado, donde el juicio moral depende de normas y expectativas compartidas, adoptando valores sociales. La preocupación primordial es el juicio consensual acerca de la bondad, pasando de la supervivencia en la etapa anterior a depender de la aceptación de los demás. Para Gilligan “Aquí se levanta la voz femenina convencional, con gran claridad, definiendo el Yo y proclamando su valor, sobre la base de su capacidad de cuidar a otros y protegerlos.” (1985 p 135).

Los conflictos que en esta etapa movilizarán la última transición son aquellos en que la mujer debe tomar una opción donde inevitablemente se sacrifica la necesidad de alguien y las responsabilidades entran en conflicto. Debido a que las afirmaciones que aquí se esgrimen incluyen el dañar potencialmente a otros, resulta una contradicción a respecto la perspectiva de la bondad y protección a otros, es decir, es potencialmente inmoral. Aquí se presenta un punto de detención, una parálisis de iniciativa mientras se resuelve el juicio (Gilligan, 1985).

Con ello, la transición está marcada por un cambio de interés, desde la bondad a la verdad, que implica reconsiderar la relación entre el Yo y los otros, bajo la lógica del autosacrificio al servicio de la moralidad del cuidado y la ayuda. En ello, la mujer reconoce una separación en el propio juicio, el Yo se distancia de los otros para asumir su responsabilidad en el juicio moral, “La norma de juicio pasa, así, de la bondad a la verdad cuando la moral del acto no se evalúa sobre la base de su apariencia a los ojos de los demás, sino por las realidades de su intención y su consecuencia.” (Gilligan, 1985 p 140).

De esta manera, en la primera transición se pasa del egoísmo a la responsabilidad, sometiendo a su consideración necesidades que no son propias. Por su parte, en la segunda transición, de la bondad a la verdad, hay que descubrir deliberadamente las necesidades del Yo (Gilligan, 1985).

En este sentido, el tercer nivel de la ética del cuidado se basa en replantear el dilema de no dañar necesariamente a otros, basado en la convención de la abnegación femenina, para asumir la responsabilidad por la elección moral bajo el entendido del cuidado como un mandamiento universal. Para ello, se reconstruye el dilema otorgando una forma en la que se pueda tomar una decisión. Característico de este proceso es la culpabilidad de abortar a partir de juicios contra la imagen convencional de lo femenino, una concepción defectuosa de la realidad, ya que plantea un dilema imposible de resolver. Considerando al Yo fuera del autosacrificio, puede tomar una decisión de la cual ser responsable en sus consecuencias (Gilligan, 1985).

La conclusión de la última etapa es que “El cuidado se convierte en principio autoescogido de juicio que sigue siendo psicológico en su preocupación por las relaciones y la respuesta pero que se vuelve universal en su condena de la explotación y el daño... Esta ética, que refleja un conocimiento acumulativo de las relaciones humanas, gira en torno de una visión central: que el Yo y los otros son interdependientes.” (Gilligan, 1985 p 128). No se trata aquí de un juicio posconvencional basado en el relativismo moral, sino más bien de un reconstruido entendimiento moral que vuelve al juicio posconvencional desde el cuidado.

Las tres formas de pensar esta interconexión y cómo se apropia de ella en los conflictos va a ser lo que marca cada una de las etapas en el desarrollo de la ética del cuidado y la atención, viendo los dilemas morales en términos de responsabilidades conflictivas. La secuencia de las tres etapas representa un entendimiento cada vez más complejo de la relación entre el Yo y el otro, en que cada transición abarca una reinterpretación crítica del conflicto entre egoísmo y responsabilidad, para llegar finalmente a la comprensión reflexiva de la atención y el cuidado como guía más adecuada para la resolución de conflictos en las relaciones humanas.



En esta breve descripción del desarrollo de la ética del cuidado en los juicios morales, la autora destaca que aquí no se trata de una moralidad nueva, sino que por el contrario de una moralidad que había sido opacada en un sistema patriarcal:

“Así, al liberarse de la intimidación de la desigualdad, finalmente pueden las mujeres expresar un juicio que antes habían retirado. Lo que las mujeres enuncian, por tanto, no es una nueva moral, sino una moral liberada de los frenos que antes confundían su percepción y obstaculizaban su expresión. La decisión de expresar y de asumir responsabilidad por el juicio brota de un reconocimiento de los costos psicológicos de la acción indirecta, para sí misma y para los demás, y por lo tanto, para las relaciones. La responsabilidad del cuidado incluye a al vez al Yo y a los otros, y el mandamiento de no causar daño, liberado de frenos convencionales, sostiene el ideal de cuidados y atención mientras enfoca la realidad de la elección.” (Gilligan, 1985 p 159).

Hay un reconocimiento de la responsabilidad e interdependencia que se libera de los juicios convencionales, tal como ocurriera respecto a la justicia en la moral posconvencional, último estadio del desarrollo moral de Kohlberg (1992), pero en este caso en torno al cuidado. La teoría de Gilligan reconoce la fase última de la ética del cuidado como el estado de desarrollo moral más alto, donde integra tanto la ética de la justicia como la del cuidado (Kakkori y Huttunen, 2010).

Por tanto, la integración que realiza Gilligan (1985) sobre estos descubrimientos y el desarrollo moral clásicamente descrito desde la perspectiva de los varones se establece sobre la justicia y el cuidado, es decir, la integración de los derechos y las responsabilidades. Para las mujeres, esta se logra mediante el entendimiento de la lógica psicológica de las relaciones, afirmando la necesidad de dar cuidado a todas las personas. Para los hombres, se logra mediante el reconocimiento en la experiencia de una

responsabilidad más activa al atender a otros, corrigiendo la indiferencia potencial de una moral de no interferencia, desviándose hacia las consecuencias de la elección. La ética posconvencional de las mujeres llega a ver la violencia inherente a la desigualdad, mientras que la de los hombres llega a ver las limitaciones de una concepción de justicia que ignore las diferencias en la vida humana (Gilligan, 1985).

Estos descubrimientos no sólo proponen una matriz de cotejo del desarrollo moral complementaria a la realizada por Kohlberg (1992), sino que también permiten cuestionar el real acceso que otorga al estudio de la dimensión moral el uso de instrumentos con dilemas hipotéticos: “Los dilemas hipotéticos, en lo abstracto de su presentación, despojan a los actores morales de la historia y la psicología de sus vidas individuales, y separan el problema moral de las contingencias sociales de su posible surgimiento.” (Gilligan, 1985 p 166-167).

En este punto, dejando establecido el plano descriptivo del desarrollo moral que evidencian las mujeres, se abren las conclusiones hacia una ética contextual e historizada, no abstracta y trascendental. Es decir, los juicios morales y la ética a la base pareciera funcionar de manera bastante diferente cuando se tiene que resolver un dilema impersonal, que no involucra consecuencias reales ni afectos con otros que en algún grado sean significativos.

Junto a lo anterior, las descripciones hechas sirven de contrapunto para levantar una crítica a los modelos teóricos del desarrollo psicológico. Estos han presentado, como se señalara anteriormente en base de poblaciones predominantemente masculinas, modelos del ciclo vital donde lo saludables es el apego en los primeros años para avanzar hacia una individuación y separación hacia la adolescencia, manteniendo distancia en las relaciones afectivas. La capacidad de relacionarse que disminuye y la baja expresión emocional se consideran la norma de la madurez (Gilligan, 1985).

Más que considerar esta perspectiva del desarrollo como totalmente equivocada, Gilligan (1985) propone complementarla con una perspectiva del desarrollo psicológico que incorpore la línea de la madurez en la interdependencia. Agrega “Aunque la verdad de

la separación es reconocida en casi todos los textos sobre el desarrollo, la realidad de una conexión continuada se pierde o queda relegada al trasfondo, donde aparecen las figuras de mujeres.” (p 252).

De esta manera, la madurez estaría representada por ambas perspectivas: una ética de la justicia que aboga por la igualdad entre todos junto a una ética del cuidado, que apunta a no dañar. La convergencia y cúlmene del desarrollo sería la constatación de que tanto como la desigualdad afecta adversamente a ambas partes de la relación desigual, así también la violencia es destructiva para los participantes (Gilligan, 1985).

Esta es una perspectiva distinta para el desarrollo, en tanto la separación entre el yo y las relaciones no son indicativas de un daño o reacción a un trauma, antes que a procesos saludables del desarrollo psicológico. De esta manera, la autora invierte la pregunta respecto a ¿cómo aprendemos a cuidar?, por ¿cómo se pierde la capacidad de cuidar de otros? (Gilligan, 2013).

La respuesta la encuentra en la pérdida producida por un daño moral asociado a la experiencia de vivir en una cultura patriarcal. Tal es el caso descrito en el desarrollo de las mujeres, que llegado el momento, deben renegar del cuidado de otros para avanzar hacia una individuación, proceso que la autora considera una iniciación característica de la adolescencia en el patriarcado. Sus separaciones y pérdidas son más bien impuestas por la cultura que parte de un proceso natural, llevando a una interiorización de esa voz diferente (Gilligan, 2013).

Este proceso llevaría a una experiencia traumática en el sentido de enfrentar esta pérdida sin posibilidad de simbolizarla en lo público, quedando oculto en una consciencia más privada. Esta disociación, como la llama la autora, es la respuesta al trauma moral. En el plano público se niega la relación y la interdependencia, mientras que en plano privado de la consciencia se conserva el aprecio por dichas experiencias (Gilligan, 2013).

En este sentido, las diferencias de género en el estudio de la moral no son producto ni de la naturaleza ni de los estilos de crianza particular de cada quien. Por el contrario, son

el resultado de un modelo heteronormativo y jerárquico que existe para el establecimiento y la conservación del patriarcado (Gilligan, 2013).

Como se puede apreciar, los estudios de Gilligan (1985; 2013) comienzan desde un análisis crítico de las teorías del desarrollo psicológico, en el plano de la psicología moral, cuestionando la marginación y subvaloración de las mujeres en dichas perspectivas. Posteriormente, a partir de nuevos datos, pone en relieve el cuidado y la interdependencia como elementos cruciales para la moralidad y el ejercicio de una ciudadanía democrática. Es decir, en las últimas líneas de su obra *In a different voice* ya perfilaba lo que se convertiría en una serie de argumentos filosóficos y políticos feministas a favor del cuidado.

## 2. Estudios sobre la ética del cuidado y la politización del *Care*

Rápidamente, los hechos y argumentos expuestos por Gilligan encontraron lugar principalmente en la discusión feminista, tanto desde estudios de la psicología, la filosofía y la política. Este paso de la psicología moral hacia la política feminista no es casual, debido a que el cuestionamiento contra las éticas formalistas basadas en concepciones presuntamente neutrales, trascendentales, permite levantar las complicadas consecuencias sociales, políticas y morales que estas han significado para las minorías, especialmente para las mujeres (Durán, 2015).

En primera instancia, se deja entrever la posibilidad de definir una moralidad exclusiva de las mujeres asociada al cuidado de otros, sin dejar de acercarse, en algunos casos, a posturas esencialistas para comprender la diferencia. En esta línea, la discusión avanza dentro de los estudios de género y el feminismo en la polémica de considerar esta nueva ética como elemento constitutivo de lo femenino o parte de la socialización en los contextos estudiados (Tronto, 1987).

Frente a dichas perspectivas, es la propia Carol Gilligan quien sale tempranamente a cuestionar esta orientación, que desde su inicio traiciona el interés por desmitificar los roles tradicionalmente asociados a las mujeres. Pareciera que, si bien esta observación se encuentra presente en numerosos pasajes de su obra inicial (referencia inevitable para la gran mayoría de los estudios en ética del cuidado), muchos de sus lectores se vieron y se ven aun tentados/as a naturalizar cierta exclusividad del cuidado en las mujeres, ignorando la matriz simbólica del patriarcado en la cual se desarrollan y determina las diferencias de género.

Esta insistencia lleva a que aun hoy la autora se mantenga afirmando, casi treinta años después, que la ética del cuidado no es una ética femenina, sino feminista y que esta confusión se da en el contexto cultural predominante: “En un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina... en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana” (Gilligan, 2013 p 50), agregando que el conflicto no está entre el cuidado y la justicia, entre mujeres y hombres, sino entre la democracia y el patriarcado.

Finalmente, cabe la precaución de entender esta postura feminista asociada a la ética del cuidado como un intento desde la reflexión feminista por complejizar la discusión en torno a la ética y la moral. La ética feminista no apuntaría así a la búsqueda de una ética del cuidado que se configure en tanto una peculiaridad de las mujeres (Durán, 2015).

Citando aquí esta breve pero necesaria aclaración, demos pie para revisar los estudios que, sin caer en dicho esencialismo, toman como insumo las conclusiones de Kohlberg y posteriormente de Gilligan para desarrollar análisis filosóficos y políticos en torno al cuidado. Para ello nos centraremos en los aportes de Tronto (1987; 2009), así como en la revisión de Garrau y Le Goff (2010), para figurar algunas consideraciones respecto al cuidado, la dependencia y la vulnerabilidad.

### **2.1. La politización del *Care*: dependencia y vulnerabilidad.**

Joan Tronto (1987) propone que la discusión del *Care* no debe agotarse en las diferencias de género, sino en la competencia del estudio por la ética del cuidado para abrir una gama más amplia de opciones, por ejemplo, hacia el lugar del cuidado en la sociedad y la vida moral, su relación con los valores, la vida pública y las políticas del cuidado.

El cuidado se propone como una práctica cotidiana, sin heroismos ni mortificaciones sacrificiales, se trata de cuidar de la vida en su significado más amplio, siendo responsabilidad de todas las personas. En este sentido, el cuidado es en última instancia un a priori ontológico para que exista una ética, ya que se requiere de él para toda instancia posterior que permita una reflexión sobre las relaciones y la responsabilidad con otros (Duran, 2015).

De esta manera, para Tronto (1987) inicialmente el debate en torno al cuidado y la ética que manifiesta Gilligan debe centrarse no en discusiones acerca de las diferencias de género, sino en un discurso sobre la competencia de la ética como teoría moral. Realizando la separación de género y cuidado, se presenta una gama más amplia de opciones que

cuestionan el lugar del cuidado en la sociedad y la vida moral, junto con cuestionar el modelo de desarrollo moral de Kohlberg.

Cuándo Gilligan (1985) circunscribe la ética del cuidado en torno a la responsabilidad, un pensamiento contextual y narrativo, así como la moralidad centrada en el cuidar de otros y de sí mismo, Tronto (1987) observa en ello tres características fundamentales que diferencian la ética del cuidado. Primero, que la responsabilidad y las relaciones son conceptos morales distintos a los que originan la ética de la justicia. Segundo, que esta moralidad en particular se vincula a circunstancias concretas y no a formalidades. Y tercero, se expresa no como un dilema de principios, sino que como una actividad concreta, la actividad de cuidado en experiencias cotidianas.

En este sentido, no es de extrañar que los resultados de las investigaciones de Gilligan surgieran de grupos poblacionales que en sus vidas cotidianas se encontraban en circunstancias que propiciaban el cuestionamiento respecto la responsabilidad y el cuidado con los otros. Por lo tanto, se desplaza la causalidad del cuidado desde lo meramente psicológico hacia el orden social, donde las minorías desempeñan las funciones de cuidado en nuestra sociedad. Es decir, una desigualdad que posiciona forzosamente a las minorías a cargo del cuidado, las deja a la vez “aventajadas” para poder desarrollar una ética del cuidado (Tronto, 1987).

Uno de los puntos interesante que plantea Tronto (1987) para proponer una teoría moral que incorpore el cuidado, es partir desde el cuestionamiento de la noción contemporánea de la teoría moral. Esta deriva generalmente de la noción kantiana que señaláramos, la cual considera la moral como el juego de principios elegidos racionalmente y que tendrían una validez universal. Por su parte, la autora adhiere a un grupo de perspectivas que se agrupan bajo el nombre de Teoría Moral Contextual Metaética.

Estas últimas parten de un punto distinto al kantiano, ya que consideran que cualquier teoría tiene que ser situada concretamente, para actores específicos en una sociedad específica, para poder definir la moralidad, que se inserta en las normas de un contexto dado. Junto a ello, la Teoría Moral Contextual dirige la atención a la moralidad de un acto singular y a las capacidades morales generales de los actores. En este sentido, “ser moral significa poseer un carácter moral” (Tronto, 1987 p 12).

De esta manera, la moralidad no puede estudiarse mediante la resolución de dilemas hipotéticos o la afirmación de principios morales, sino que la imaginación, el carácter y las acciones morales singulares deben responder a la complejidad de la situación dada que configura el dilema. Por lo tanto, las teorías morales contextuales implican un desplazamiento de la cuestión moral esencial de ¿cuáles son los mejores principios? hacia la cuestión de ¿cómo equipar mejor a los individuos para actuar moralmente? (Tronto, 1987), un paso de la abstracción a lo contextual que implica necesariamente al sujeto en cuestión, ya no desde la manipulación anónima de principios sino que desde la responsabilización subjetiva sobre el actuar.

Con esto, la ética del cuidado se puede considerar una Teoría Moral Contextual, ya que desde su teoría las situaciones no se definen en términos de derechos y responsabilidades, sino en términos de relaciones del cuidado. En la perspectiva del cuidado, el conflicto entre el yo y los demás requiere que los mismos se resuelvan sin perjudicar la continuidad de las relaciones (Tronto, 1987).

Junto a lo anterior, si la tarea moral por excelencia es el cuidado, el contexto dentro del que se encuentra el conflicto entre el yo y los otros, entre la competencia y la cooperación, será un factor importante para determinar la acción correcta en términos morales. El modo de resolución mediante la abstracción al estilo kantiano, implica negar y sustraerse de la red de relaciones que sostiene esta ética. Diferente al análisis de Kohlberg (1992), que considera el cuidado como secundario a la justicia, desde una perspectiva metaética distinta, el cuidado determina los límites apropiados de los problemas relativos a la justicia (Tronto, 1987).

De esta manera, para Joan Tronto la ética del cuidado debe ser utilizada para construir una teoría completa del cuidado, en términos de teoría política y moral, lo cual significa al menos tres grandes tareas:

“mirar críticamente la noción de una moralidad de mujeres propuesta por las interpretaciones de las investigaciones sobre la moral y las distinciones por género, y situar estas interpretaciones en el contexto de



las investigaciones sobre la moral y las distinciones de clase, raza, y etnia... Además, significaría reconocer las limitaciones de una teoría moral basada en el género en nuestra sociedad. Por último, supondría explorar las promesas, y también los problemas, involucrados en considerar a la ética del cuidado como una teoría moral alternativa, en vez de simplemente un complemento a las teorías morales tradicionales basadas en el razonamiento de justicia.” (Tronto, 1987 p 17).

La autora lleva la discusión sobre el cuidado fuera de las distinciones de la psicología moral que lo asocia al género, en tanto limitante para un análisis más enriquecedor, a la vez que permita entrar en relación con las perspectivas de la justicia, tal como fuera la intención original de Gilligan.

Con las reflexiones de Tronto hasta aquí expuestas, es posible visualizar que los estudios teóricos del cuidado pueden relanzarse hacia una investigación en el campo de la moral, la política y la sociología, reelaborando la cuestión del cuidado en diversos niveles (Garrau y Le Goff, 2010).

Tronto (2009) denuncia que los estudios del cuidado no han sido lo suficientemente eficaces para denunciar la devaluación del cuidado. En un nivel social, el hecho característico que estos estén a cargo de los grupos más dominados de la población; en un nivel político, que las necesidades y el cuidado, su definición y su prioridad, rara vez son objeto de atención en la discusión pública y se mantienen al margen de las cuestiones políticas centrales; en un nivel ético, la devaluación se manifiesta en oponer la ética de la justicia a la ética del cuidado, dejando a esta última como un mero suplemento moral exclusivo de las relaciones interpersonales más cercanas.

Según Tronto (2009), el error de las primeras teorías del *Care* fue ignorar el contexto ideológico, social y político en el que se elaboraron sus propuestas. Su idea es que si se de-genera el *Care*, es posible marginalizar la feminización de los cuidados y llevarlo al ámbito político. Por el contrario, si se feminizan los cuidados, se marginaliza su potencial político.

La propuesta de Tronto (2009), una vez de-generado el *Care*, es crear una definición holística del mismo. Para ello, lo primero va a ser posicionarlo en la centralidad de la vida humana. Así, define el *care* como una dimensión esencial de la vida humana comprendida como existencia relacional y social. La ética del cuidado define las modalidades de respuesta adecuada al hecho de la vulnerabilidad humana, que incluye tanto una condición, un título universal y necesario, así como la ocasión de instaurar un tipo de relación con el otro y el mundo, en un tipo de prácticas o actividades sociales específicas para su fin. Según Garrau y Le Goff (2010), esta insistencia en las prácticas constituye el aporte más importante de Tronto al estudio del *Care*.

Tronto se inscribe en un movimiento que podría llamarse de politización del *Care*, que busca por un lado cuestionar las condiciones en que el cuidado se aprende y se practica, para revelar su importancia social, por otro lado destacar el interés de esas prácticas para repensar la cooperación social, sus valores y sus instituciones (Garrau y Le Goff, 2010).

Hay una consideración antropológica importante en el abordaje de Tronto (2009) sobre el *Care*. Ella insiste en el hecho que todos/as somos vulnerables y que nos mantenemos en redes complejas de relaciones de cuidado a lo largo de nuestras vidas. Es en este cuadro, que la dependencia se comprende como interdependencia y vulnerabilidad, constituyendo una condición común a la que no se puede escapar y a la que responden un conjunto de prácticas específicas: las prácticas del *Care* (Garrau y Le Goff, 2010).

Junto a lo anterior, la visión política del *Care* permite poner de manifiesto la participación conjunta en los cuidados; por lo tanto, la interdependencia lleva a la necesaria conclusión que el cuidado es una responsabilidad compartida (Molinier, 2012).

Con todo lo anterior, Joan Tronto propone la siguiente definición para el *Care*:

“una actividad genérica que comprende todo lo que podemos hacer por mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, de forma que podamos vivir tan bien como sea posible. Este mundo comprende nuestros cuerpos, a nosotros mismos y a nuestro entorno, todos elementos que

buscamos relacionar en una red compleja, para sostener la vida.”  
(Tronto, 2009 p 143).<sup>4</sup>

De esta manera, el *Care* se concibe como un proceso integral que reúne un conjunto heteróclito de prácticas, en el cual cada fase implica una disposición específica. La primera fase implica el “preocuparse por” (*se soucier de / caring about*), reconociendo que hay una necesidad que demanda ser satisfecha, lo que presupone una forma de atención hacia una persona o grupo. La segunda fase es “cuidar de” (*prendre en charge / taking care of*), que implica asumir una responsabilidad por la necesidad previamente identificada y buscar las formas de responder a ella. La tercera fase corresponde al momento de “dar cuidados” (*prendre soin / care-giving*), implicando satisfacer la necesidad realizando el trabajo material específico, con la consecuente puesta en práctica de las habilidades. La cuarta fase sería la de “recibir cuidados” (*care-receiving*), implicando el momento de la adecuación de los cuidados de acuerdo a la necesidad y la recepción de los mismos por parte de una persona o grupo. Las buenas prácticas de cuidado pondrían en juego estas cuatro fases del cuidado (Garrau y Le Goff, 2010; Garrau y Le Goff, 2012).

Las buenas prácticas de cuidado incluyen en un proceso integral a las cuatro fases del *Care* en un todo apropiado y su distinción permite visualizar el proceso social complejo que implica, para evidenciar la centralidad social de las prácticas de cuidado (Garrau y Le Goff, 2010).

Uno de los puntos que Garrau y Le Goff (2010) destacan de esta definición del *Care* que establece Tronto, es que este se amplía a todo objeto de cuidado, desde el cuidado de sí mismo hasta por ejemplo, el cuidado del medio ambiente. Además, destacan la complejidad social de las relaciones en las actividades del *Care*, expresada en que sus prácticas se desarrollan según dos ejes temporales y relacionales, que superan el nivel local en que solemos circunscribir el cuidado.

---

<sup>4</sup> Todas las citas textuales de textos en inglés y francés son traducciones nuestras de los textos originales referenciados al final de esta investigación.

Desde el eje temporal, generalmente las prácticas de cuidado tienen una temporalidad larga, requiriendo la anticipación y la predicción. Desde el eje relacional, ellas requieren una coordinación entre distintos actores, que se vuelve más compleja en la medida que implica a más niveles en el proceso del *Care* (Garrau y Le Goff, 2010).

Siguiendo lo anterior, debido a que en cada una de estas fases hay actores con formas de deliberación distintas, se presentan conflictos entre las distintas fases y al interior de las fases mismas. De esta manera, las fases del *Care* pueden responder a intervenciones que se desarrollan en distintas escalas, incluyendo acciones distintas, desde la acción íntima sobre el cuerpo hasta la acción pública en nombre de una colectividad y mediada por instituciones e individuos (Garrau y Le Goff, 2010).

Para Garrau y Le Goff (2010), la definición holística del *Care* realizada por Tronto, reubica a este en un plano crítico y novedoso. Crítico en el sentido de cuestionar las teorías morales de los primeros estudios del *Care* y novedoso en el sentido de abrir el análisis a cada uno de los lugares en que se dan relaciones de cuidado que le conciernen a todo el mundo.

## **2.2. Los trabajos del *Care*, trabajos de dependencia**

El *Care* en tanto práctica se puede posicionar como un trabajo que se aboca específicamente a la dependencia, por ello gran parte de las investigaciones que abordan el cuidado toman como punto de partida un tipo de persona que requiere atención de otro (Arriagada, 2010). Es en este sentido que Garrau y Le Goff (2010) precisan la caracterización de un “trabajo de dependencia”, con el fin de extender los análisis de Joan Tronto.

Las autoras se proponen dos objetivos: por una parte realizar una descripción de en qué consiste el trabajo de dependencia, ilustrando las propias dificultades que conlleva; por otra, establecer desde un punto de vista histórico y sociológico, la desigual repartición

del trabajo de dependencia, que lleva la discusión al plano de la justicia social (Garrau y Le Goff, 2010).

En este sentido, el trabajo de la dependencia refiere al conjunto de actividades que responden a las exigencias que caracterizan a las relaciones de dependencia, es decir, pensar lo que efectivamente se hace para cuidar del otro. Específicamente, “es producir cierto trabajo que participa directamente en la mantención o en la preservación de la vida del otro, esto es ayudar o asistir en las necesidades primordiales como comer, limpiarse, descansar, dormir, sentir seguridad y poder dedicarse a los intereses propios.” (Molinier, 2005 p 301 citado en Garrau y Le Goff, 2010 p 89).

El acento está puesto aquí en la materialidad del trabajo de cuidado, en la relación entre un proveedor (*caregiver*) y un beneficiario (*care-receiver*), desde donde se puede analizar un compromiso del trabajador del *Care*. Esto lleva al terreno de la asociación entre el trabajo de dependencia y un trabajo de amor, es decir, el cuestionamiento de si es necesario para un trabajo de cuidado que exista un compromiso afectivo del trabajador, entendiendo este como la actitud apropiada para con el bienestar del otro (Garrau y Le Goff, 2010).

Garrau y Le Goff (2010), van a considerar que para que exista un trabajo de cuidado no es necesario que haya un compromiso afectivo del cuidador con el beneficiario. No obstante, para que exista un “cuidado bueno” o de calidad, este compromiso sería una cualidad distintiva.

Recordemos aquí que esta asociación es el paso previo para la feminización de los cuidados, para su naturalización en el maternaje y por consiguiente, para su invisibilización política. Con ello, se obstaculiza la posibilidad de discutir el cuidado como un trabajo que implica competencias, una formación y un reconocimiento (Garrau y Le Goff, 2010).

La disponibilidad del otro ha de ser una propiedad de la relación de cuidado y no de la relación de amor, sobre la base que tomar en cuenta esta disponibilidad es tomar en cuenta la misma posibilidad estructural y paradójica de la explotación de quien da cuidados (*caregiver*). Este último está aparentemente en una posición de poder en la relación, en

tanto que el beneficiario está a su merced para satisfacer sus necesidades, no obstante, el cuidador/a debe estar atento al otro, abrirse física, psicológica y emocionalmente al otro, que los posiciona en un lugar de *vulnerabilidad de segunda categoría*, en tanto la dependencia del otro de él es demasiado grande (Garrau y Le Goff, 2010).

Esta particularidad del trabajo de dependencia toma en cuenta los sentimientos que surgen en el mismo, tanto gratificantes como alienantes, parte del dilema al que se expone el *caregiver*. Este señalamiento no apunta al retorno del romanticismo del cuidado, sino más bien a especificar las características de este trabajo (Garrau y Le Goff, 2010).

Pascale Molinier (2009) se cuestiona sobre los límites de la disociación entre la dimensión práctica y de la actitud en el trabajo del *Care*. Para ella, el constante señalamiento de Tronto (1987; 2009) respecto la invisibilización del *Care* se relaciona con que las prácticas del trabajo del cuidado incluyen un saber-hacer discreto, cuya invisibilidad es la condición de su éxito.

Para Molinier (2009), el trabajo de cuidado siempre tiene algo de actitud que excede lo práctico, ya que implica reflexión y debe anticiparse a los hechos perjudiciales. Este aspecto es posible gracias a la comunidad que se genera entre los trabajadores del *Care*, que comparten sus experiencias para elaborarlas, otorgando reconocimiento. El ejemplo quizá más visible de ello es el del personal de enfermería en los hospitales, trabajos subvalorados que requieren del conocimiento del enfermo para su ejecución y cuya experiencia (tanto de malestar como de gratificación) es elaborada en la convivencia cotidiana con los pares.

No abrir este análisis de los trabajos de cuidado puede llevar a oscurecer los mismos bajo la idea de una mera actividad instrumental, que ignoraría el propio compromiso que los trabajadores reconocen en sus prácticas, que al ser denegado, resulta en una incompatibilidad con el sufrimiento reconocido en los cuidados de calidad (Molinier, 2009).

Los trabajos de Pascale Molinier (2009; 2015), al modo de Gilligan, toman una voz diferente a la oficial, en este caso la voz de los/as trabajadores/as del *Care* que expresa

la particularidad de su saber-hacer, una voz crítica contra la perspectiva gerencial que domina la gestión en salud contemporánea.

Junto a lo anterior, considerar que la descripción de un “buen cuidado” que responde a las necesidades del otro, no se puede pensar sin el sufrimiento que ello implica para los proveedores del mismo. En este sentido, el abordaje de Molinier (2009; 2015) permite elaborar una crítica a la organización del *Care* en los distintos niveles antes descritos.

Esta aproximación permite ver a su vez que el trabajo de cuidado nunca es meramente reducible a una relación dual. Esta diada es la que frecuentemente sustenta la definición del *Care* como trabajo de amor, por lo cual definirlo en tanto trabajo de dependencia incorpora las dimensiones prácticas y de actitud, así como reposiciona su complejidad en una perspectiva sociológica más amplia (Garrau y Le Goff, 2010).

Dicha amplitud se encuentra ya en la idea que el *Care* está siempre vinculado al contexto en el cual se desarrolla y en tanto trabajo, las condiciones para que este se lleve a cabo, la división social del mismo, tanto entre las esferas pública y privada, como entre los distintos grupos de la sociedad (Garrau y Le Goff, 2010).

Recordemos aquí las observaciones de Tronto (1987) respecto a la desigualdad en la distribución de las tareas de cuidado de acuerdo a género (quizá la categoría más evidente), raza o clase, así como nuestras primeras consideraciones respecto el lugar de los cuidados en la sociedad occidental durante los últimos siglos (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

No obstante lo anterior, cabe señalar que posterior a la feminización de los cuidados siguió el acceso masivo de las mujeres al mundo laboral público, remunerado y los consecuentes cambios en la distribución del trabajo de cuidado que forma parte de la crisis de los cuidados. En esta línea, la crisis de los cuidados significa que el éxito del cuidado en las discusión contemporánea se debe a la amenaza de su desaparición. Esta falta que acrecienta su importancia ha aportado a la visibilización de los cuidados, a su

profesionalización, mercantilización y el consecuente reconocimiento de los mismos (Garrau y Le Goff, 2010; Molinier, 2015).

Y aquí otro problema: que la mercantilización y profesionalización de los trabajos de cuidado puede llevar a una estandarización de las prácticas del *Care*, sometiéndolas a normas de eficiencia que perjudicarían las dimensiones éticas y afectivas del trabajo del cuidado. Para Garrau y Le Goff (2010), el problema no pasa por retroceder hacia una mistificación del *Care* en el plano femenino, sino que se resuelve en que la profesionalización del *Care* incorpore la reducción de las desigualdades en la división del trabajo de cuidado. En otras palabras, la propuesta pasa por la Organización Social del Cuidado para hacerse cargo del trabajo de cuidado evitando dichas desigualdades.

Tal como se ha visto en este apartado, la discusión en torno a la ética del cuidado abandona progresivamente las lecturas de Gilligan al modo de datos psicológicos dados que se basan en la diferencia sexual, para dar paso a reflexiones en la teoría moral, el cuestionamiento a los criterios de la ética tradicional y develar las desigualdades que ella encubre.

Retomando las fases del *Care* descritas por Joan Tronto, las dos últimas refieren a la descripción clásica del cuidado, una relación cara a cara donde hay una persona dadora de cuidados y una beneficiaria. Por su parte, las dos primeras fases que incluyen el “preocuparse por” y el “cuidar de”, en un nivel institucional de decisiones y modalidades de organización, pueden condicionar las interacciones directas que definen a las primeras fases (Garrau y Le Goff, 2010).

Es por este motivo que realzamos esta descripción más amplia del *Care*, para situar un escenario mayor a la relación cara a cara del cuidado que lo afecta, junto con distanciarnos de la feminización de los cuidados, del riesgo de reducirlo al maternaje y a una práctica que se orienta de una ética meramente complementaria a la dominante. En este escenario, revisaremos a continuación algunas perspectivas del trabajo del *Care* en la especificidad de los cuidados en salud.

En síntesis, el amplio campo del *Care* incluye tanto estudios de la ética, la moral, la política, considerando atenciones directas como los cuidados en salud, así como las



disposiciones del Estado para quienes dependen en algún grado de otros. *Care* es un término que oscila entre una *disposición* – una percepción de los otros que se desarrolla en la consciencia de una responsabilidad para con el resto, de una preocupación por su bienestar – y una *actividad* – que reúne las actividades individuales y colectivas hacia favorecer este bienestar (Garrau y Le Goff, 2010).

En la heterogeneidad de conceptualizaciones que ya hemos señalado, existirían dos tesis comunes a todas las teorías: que todos somos fundamentalmente vulnerables; y que esta condición compartida es oscurecida por un número de prácticas y representaciones sociales, es decir, que mantiene la frontera entre individuos autónomos y vulnerables (Garrau y Le Goff, 2010).

### **2.3. Trabajo de cuidado en salud**

#### **2.3.1. Estudios del *Care* en salud**

Para comenzar un análisis detallado de los cuidados en salud, tomaremos nuevamente una salvedad en el uso de los términos para referirnos al mismo, en este caso desde la lengua inglesa, donde se distinguen dos palabras para designar las actividades sanitarias destinadas a ello. Por una parte *cure*, que alude a las acciones específicas que buscan la sanación o cura de una enfermedad, tradicionalmente asociado al actuar del médico sobre el cuerpo del paciente (Mol, 2008; Molinier, 2015, Pachoud, 2010).

Por otra parte *care*, que refiere a la preocupación y la atención para la persona enferma, considerando aquellas actividades como la asistencia en higiene, vestimenta, atención de heridas, etc. que buscan otorgar una mejor calidad de vida y colaborar en la mejoría del paciente. En este sentido, *care* no es aquello que asegura la curación de la enfermedad, pero sí es una de las condiciones para lograrlo (Mol, 2008; Molinier, 2015, Pachoud, 2010).

Ambas prácticas, *care* y *cure*, muchas veces se superponen, siendo indivisibles en el proceso de atención de un paciente. Esta distinción sitúa que el cuidado, en el sentido del *care*, designa a otras actividades más allá de la sanación y a un conjunto amplio de trabajadores además de los médicos. (Molinier, 2015). Los cuidados pueden ser parte de las indicaciones a largo plazo para lograr la *cura* de una enfermedad, a la vez que en las enfermedades crónicas, donde no hay cura, el *care* puede transformarse en el tratamiento mismo (Mol, 2008).

De igual manera, cabe señalar que en sus usos, suele asociarse *cure* a la tradición médica que orienta su actuar en un saber empíricamente validado de la enfermedad y de los tratamientos disponibles, mientras que *care* se asocia sobretodo a un saber-hacer o a un saber-ser en la atención de salud (Pachoud, 2010).

Con esta distinción, el trabajo del *Care* tendría características específicas en su multiplicidad de presentaciones. Pascale Molinier (2015), tomando las definiciones de los estudios en ética del cuidado, se centra en el análisis de los trabajadores hospitalarios (enfermeras, paramédicos, asistentes, personal de aseo, etc.) para destacar la particularidad del trabajo de cuidado.

Este trabajo moviliza saberes y acciones discretas que tienen eficacia muchas veces en su invisibilidad, a la vez que implican habilidades, ajustes emocionales y pequeñas cosas de lo cotidiano para su efecto, que guardan sentido en una temporalidad extensa que puede incluir un *aposteriori* que mostrará su valoración (Molinier, 2015).

Un ejemplo paradigmático de esta caracterización es el caso del cuidador (sea o no profesional) que se abstiene de realizar determinadas acciones en pro del bienestar de la otra persona. En este sentido, el cuidado siempre requiere de un proceso psíquico de reflexión, de anticipación y/o de elaboración de la ansiedad o la irritación en determinado acto para prevenir un agravamiento del estado basal. De esta manera, el “no hacer nada” puede ser una forma cuidadosa de tratar a alguien y representa “el grado cero de la visibilidad del trabajo de cuidado” (Molinier, 2015 p 4).

Por este motivo, el trabajo de cuidado en salud no es objetivable ni reproducible. Si bien puede ser un trabajo protocolizable, que en sus aspectos más procedimentales se estructure bajo instrucciones precisas, reproducibles y medibles, siempre contiene en su ejecución variaciones que responden a una adecuación al paciente, muchas de las cuales van a quedar fuera de – o decididamente van a omitir a – las normas. Este tipo de particularidades comprenden lo discreto del trabajo de cuidado en salud, que de no ser considerados, concluyen en aquello que los propios trabajadores llaman “el mal cuidado”, como por ejemplo, cuidar mecánicamente a un paciente (Molinier, 2015).

Para especificar el trabajo de cuidado, Molinier (2012) va a realizar cinco distinciones del cuidado en la línea de una actividad hacia un otro concreto. Primero destaca el *cuidado como dulzura*, en tanto cuidar de otro representa un gesto de amabilidad cuando este no se ha solicitado, sólo se realiza por el afán de ayudar a otro cuando se le percibe en algún tipo de necesidad. Esta distinción del cuidado en tanto actitud muestra que este es adecuado, ya que responde a la situación de fragilidad del otro y quien da los cuidados tiene la responsabilidad de atender. Es una respuesta apropiada al otro según las circunstancias y no debe exceder la necesidad que intenta cubrir, de lo contrario puede darse un exceso de cuidados que resulte nocivo para el receptor de los mismo (por ejemplo, un niño sobreabrigado). A su vez, esta forma de cuidado abre una gama mas amplia que el amor y la femeneidad vinculadas al cuidado, hay atributos como la generosidad y el “tacto” que pueden trascender los estereotipos del amor femenino.

Segundo, el cuidado puede ser entendido como un *saber-hacer discreto*, ya que ciertas funciones de cuidado, sobre todo de cargos subalternos, deben anticiparse y “cuidar” que la otra persona no se enfrente a la necesidad. Esto puede llegar al punto de la invisibilización de quien presta los cuidados, reduciendo su presencia a la función que cumple, una especie de cuidado sin sujeto, el empleado perfecto que no deja huella de su paso, donde sólo queda el trabajo bien hecho (Molinier, 2012).

Tercero, el *cuidado como trabajo sucio* muy notorio en el trabajo de enfermería hospitalaria, donde se debe hacer lo que nadie quiere hacer, manejar la corporalidad y sus humores, así como los cuerpos de los fallecidos, entre otros. De igual forma, se incluye en

esta distinción del cuidado, de interés para nuestra investigación, aquellos cuidados implicados en la contención psiquiátrica, donde hay que enfrentar dicho cuerpo con la violencia de la agitación psicótica o con un uso del mismo fuera de las normas de pulcritud social (por ejemplo, lidiar con el paciente que vierte sus heces sobre sí mismo o las lanza al resto) (Molinier, 2012).

El *cuidado como un trabajo inestimable* representa la cuarta distinción y alude a aquellos trabajadores que se desempeñan en labores poco reconocidas, pero las valoran porque tiene un significado para ellos, un plus que los mantiene en dicha actividad, muchas veces asociado a la idea que es un trabajo indispensable que alguien tiene que hacer. Esta dimensión que plantea un trabajo de cuidado que no puede ser medido, la autora lo ejemplifica con la típica pregunta retórica “¿cómo medir una sonrisa? ... una presencia?” (Molinier, 2012 p 9).

Aquí, el valor del cuidado se relaciona al goce implicado en su realización, es el reconocimiento personal, íntimo, de significados construidos en la historia de cada quien, lo que va a sostener el trabajo poco reconocido, sin estar aislado de la necesaria estima traducida en la valorización monetaria del trabajo. Llegado el momento, si no hay pago que le corresponda, se puede llegar a “evitar” proveer cuidados, otra forma de gozar de la posición de cuidador/a (Molinier, 2012).

Finalmente, la quinta distinción del cuidado alude a este en tanto una *narrativa ética*. Lo primero aquí es que el cuidado no puede prescindir de la dimensión del género, porque en su gran mayoría es proporcionado por mujeres. Es un cuidado que se entrecruza con las trayectorias de las distintas mujeres según raza, clase, etc., donde aquellas que no gozan de privilegios socioeconómicos, experimentan los cuidados de maneras distintas. Por ejemplo, mujeres de escasos recursos no viven los cuidados de la maternidad necesariamente como dichosos; estos muchas veces son una carga de la cual desearían librarse. La autora rescata que estas narraciones que ponen en juego la ética son discursos que también forman parte de la voz diferente del cuidado (Molinier, 2012).

Con esta caracterización de los trabajos de cuidado, la autora aboga por una empresa transformadora sobre la visión estereotipada del cuidado como expresión del amor (madres, familias e incluso cuidadores) a la vez que derrocar la estigmatización que da mala reputación a las cuidadoras (madres solteras negligentes, cuidados abusivos, etc.). Considera que hay visiones morales específicas donde la preocupación por los demás se expresa en actividades más o menos agradables, que son concretas y que evocan sentimientos o emociones que pueden ser angustiantes, contradictorias, ambivalentes y teñidas de defensas. Es una experiencia compleja que más que ser delimitada y restringida a una definición, ha de ser descrita en su variabilidad, para darle forma (Molinier, 2012).

Esta particularidad descrita por Molinier (2015) establece el trabajo de cuidados como representante de una lógica distinta a aquella que opera en el discurso formal de los cuidados hospitalarios. Una oposición que para la autora va a representar la brecha entre el *Care* y las lógicas políticas contrarias a esta particularidad.

Dicha brecha se da entre el cuidado y los intentos de protocolizarlo en salud. Estos últimos serían propios del modelo imperante, que busca guiar el proceder sanitario a partir de criterios de mercado. Molinier (2015) toma esta oposición para delimitar dos idiomas que coexistirían en la salud: por una parte el que sigue la lógica del *management* en salud, que se orienta por criterios de eficiencia mercantil en la gestión. Por otra, las prácticas de cuidado, que se filtran como excepciones al protocolo, adecuaciones que hacen quienes atienden directamente a pacientes o familiares en vista de la relación cotidiana y/o el bienestar de esa otra persona.

De esta forma, el lenguaje de la gestión o *management* de la salud se encontraría, en los mismos espacios de atención, con el lenguaje del cuidado, generándose la existencia de varios “idiomas” legítimos en un mismo territorio (Molinier, 2015).

Pascale Molinier (2009; 2015) considera este desencuentro entre gestión y cuidado como parte de un contexto social y político más amplio. Establece que ambas posturas pueden entenderse como idiomas o lenguajes que provienen de distintos lugares respecto al poder en la sociedad, que se expresa en el campo de la salud en la gestión y el *management*,

aquel idioma que apunta a la autonomía, valor clave del neoliberalismo, sin poder incorporar el cuidado desde la lógica de la administración, la eficiencia y la calidad.

El lenguaje del cuidado se presenta como una perspectiva política alternativa dentro del dispositivo que gestiona la salud. Se basa en la dependencia del ser humano a los demás, llevando el proyecto del cuidado a una dimensión política. Es una visión alternativa que critica el monolingüismo del *management* neoliberal, siendo el carácter discreto de los cuidados una muestra de la falacia que implica la autonomía como valor neoliberal (Molinier, 2015).

Siguiendo esta línea de especificidad de los cuidados en salud y su contraposición a ciertas formas de gestión sanitaria, encontramos los trabajos de Annemarie Mol (2008), que detallan dos lógicas que conviven en los cuidados ejercidos por trabajadores de la salud en contextos hospitalarios. Su revisión nos permitirá complementar la particularidad de los cuidados en salud detallada desde los estudios del *Care*.

En *The Logic of Care*, Mol (2008) profundiza en una serie de prácticas y racionalidades que se levantan en torno a la enfermedad, a partir de una investigación etnográfica en una unidad hospitalaria holandesa para el tratamiento de pacientes con diabetes.

A partir de sus observaciones y análisis, en el contexto de investigar cómo son puestas en acción (*enacted*) dichas racionalidades, delimita dos lógicas distintas que coexisten en la atención de los pacientes. Estas lógicas no son evidentes para quienes las practican y van a ser definidas por la autora como un estilo, coherencias locales, que son frágiles y pertinentes a la situación que responden, aunque no sea necesariamente obvia para las personas involucradas (Mol, 2008).

De esta manera, por una parte tenemos la *lógica de la elección*, que se relaciona a la idea, imperante en salud, del empoderamiento individual del paciente en la relación con los profesionales, quienes operan como proveedores de información para que la persona elija la mejor opción de procedimientos diagnósticos y tratamientos. El paciente es un

ciudadano y consumidor, en base a la autonomía del individuo y el privilegio de la elección individual (Mol, 2008).

Esta lógica ha asumido durante la última década dos formas claramente identificables: la del paciente-consumidor y la del paciente-ciudadano. Lo interesante para nuestra investigación, es que ambas formas se sustentan en el supuesto de la autonomía de los sujetos y el privilegio otorgado a la elección personal, elementos que cuestionaron profundamente las investigaciones posteriores a la ética del cuidado de Gilligan (1985), tal como señaláramos anteriormente. Mol (2008) defiende que esta lógica ha tomado prevalencia en las formas que se reflexiona sobre la salud contemporánea, llevando a modificaciones en las prácticas de cuidado.

Aquellas prácticas que se orientan desde la lógica de la elección mantienen la discusión en el par “elegir-forzar”, en el sentido que todos aquellos que atienden al paciente pueden o no ejercer libremente un poder sobre aquello, propiciando o limitando el empoderamiento de los mismos (Mol, 2008).

La lógica de la elección, que sitúa al paciente en tanto consumidor, delimita la atención al campo del mercado, donde los tratamientos pasan a ser ofertas para que un cliente elija lo que quiere y puede dentro de opciones claramente definidas. En este sentido, el paciente-consumidor se basa en su autonomía, su capacidad de decisión y consecuente responsabilidad individual por las alternativas tomadas (Mol, 2008).

Una vez definido este escenario predominante en la salud actual, la autora busca realizar una crítica a la salud biomédica que lo sustenta, no tanto para eliminarla en su hegemonía, sino más bien para desplazar la discusión hacia el par “cuidar-descuidar” que coexiste con lo antes señalado. En este sentido, se esfuerza por caracterizar la compleja interacción entre personal de atención, enfermeras, médicos, tecnologías, infraestructura e institucionalidades médicas que conforman la salud. Con ello, rescata una lógica distinta a la de elección, que orienta prácticas que se encuentran invisibilizadas, a la cual llama *lógica del cuidado* (Mol, 2008).

Mol (2008) parte desde la observación que la atención en salud no es necesariamente un intercambio claramente delimitado entre proveedores y consumidores, donde se da una libre elección, sino que más bien trata de una interacción en distintas direcciones, con múltiples tareas ejecutadas por diferentes actores que cambian constantemente. Esto debido a que el cuidado tiene el carácter de crónico y las prácticas que se orientan desde la lógica del cuidado tendrían un mejor repertorio para adecuarse a las personas que padecen una enfermedad. El cuidado es permanente y debe recurrir a estas variaciones para su existencia, que están fuera de la lógica de la elección.

De esta manera, el cuidado alude a una lógica que interfiere en las prácticas de atención sanitaria que, formalmente, se orientan desde la lógica de la elección. En el ejercicio, las categorías diagnósticas sufren una adecuación respecto a qué elementos, de qué maneras y quiénes pueden favorecer el proceso de enfermedad de un paciente en particular. En este sentido, el *Care* es un proceso difícil de adecuar a la lógica de mercado, ya que actúa sobre lo ordinario, que pasa desapercibido pese a su importancia, sin tener los límites claros para convertirlo en mercancía a consumir (Mol, 2008; Pachoud, 2010).

La atención sanitaria que se adecua a la particularidad del paciente se orienta desde esta lógica del cuidado y es contraria al reduccionismo de un conocimiento universal que opera sobre los sujetos individuales. En otras palabras, es sólo la práctica lo que definirá lo “bueno” en la atención de cada paciente, que incluirá necesariamente la historia particular de ese sujeto en un tiempo y espacio determinado, así como las necesarias adecuaciones mínimas para dicha práctica. Es el valor de la clínica, la contingencia del caso a caso y lo singular, aquello que ponen de manifiesto estas prácticas (Mol, 2008; Pachoud, 2010).

En la práctica de la medicina, la autora reconoce acciones que se llevan a cabo desde esta lógica, que define como *doctoring*, aludiendo a los esfuerzos de médicos por articular aquellos conocimientos provenientes de la epidemiología, el conocimiento universal de la salud-enfermedad, la exactitud y habilidad de su formación, con la capacidad de ser atentos, creativos, persistentes y comprensivos. Esto se complementa con el *attunement*, una especie de adecuación (“ponerse en el tono de”) en que no sólo el



médico, sino también todo el equipo tratante y el paciente ajustan las distintas opciones en busca del bienestar de este último (Mol, 2008).

Retomando la discusión respecto la interdependencia y la vulnerabilidad, aquí el paciente no se yergue sobre su autonomía, sino más bien sobre las acciones en conjunto con el equipo de salud para obtener una buena vida. La lógica del *Care* se vale de una ética que emite juicios a partir del contexto específico del paciente y de su tratamiento, son juicios que no preexisten al acto mismo de decidir ni a la interacción con el equipo sanitario (Mol, 2008).

Finalmente, lo que la autora busca no es reemplazar la lógica de la elección por una del cuidado, sino más bien mostrar que esta última existe en las prácticas cotidianas de la salud y que frente a determinadas circunstancias (por ejemplo vivir con una enfermedad crónica), puede representar un repertorio de acciones más adecuadas al fin propuesto (Mol, 2008).

Con lo que hemos revisado hasta aquí de los estudios del *Care*, su politización y particularidad en los trabajos de la dependencia y del cuidado en salud, vemos que para Molinier (2009; 2015) y Mol (2008), las prácticas de cuidado en salud significan una forma de resistencia a la cultura de la gestión sanitaria orientada por el mercado, una resistencia desde el interior mismo de la atención, de los dispositivos de salud.

Si bien sus análisis permiten mostrar la especificidad de los trabajos de cuidado en salud así como su relación con un contexto político más amplio, de una manera indirecta vuelven sobre cierta mistificación de los cuidados, al volverlos marginales a la comprensión de la gestión. Una especie de resistencia heroica que los deja en un margen fuera de simbolización, dificultando nuevamente nuestros esfuerzos por describirlos.

Tanto la problematización de los trabajos de cuidado en salud desde los estudios del *Care*, así como el riesgo al parecer siempre presente de su mistificación, nos acercan a los esfuerzos que desde un conocimiento disciplinar como es la enfermería, han tratado de teorizar el cuidado en salud.

### **2.3.2. Cuidados profesionales en salud: enfermería y teorías del cuidado**

Como hemos visto, el cuidado se ha convertido en objeto de estudio para las ciencias sociales desde distintas perspectivas. Particularmente como trabajo, ha tenido especial interés en el área de la salud, donde se encuentra uno de los grupos prioritarios del *Care* (Arriagada, 2010), aquellos que “monopolizan” los cuidados: los enfermos. En este sentido es que el cuidado en salud ha sido objeto de profusos análisis por filósofos, politólogos, antropólogos, etc.

Junto a lo anterior, cabe preguntarse por el lugar que han asumido los cuidados justamente en aquella profesión de la salud que indiscutiblemente se hace cargo de ellos, es decir, la enfermería. Esta ha tomado los cuidados como su objeto distintivo, planteando diversas conceptualizaciones, siendo estas últimas el desarrollo más valorado dentro de la disciplina (Alligood y Tomey, 2011; Urra, 2009; Venes, 2013).

La enfermería utiliza el conocimiento teórico como guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones, lo que a su vez estructura la práctica para una mayor calidad de los cuidados que provee (Alligood y Tomey, 2011).

El punto de partida para la conceptualización de la enfermería en tanto profesión especializada en los cuidados se encuentra en Florence Nightingale (2002), fundadora de la enfermería moderna, cuyos esfuerzos a principios del siglo XX se centraban en establecer las bases de una enseñanza formal de la disciplina. Este interés obligó a las académicas de la época a teorizar sobre los conocimientos que se encontraban en juego en la atención que brindaban, diferenciándolos de los conocimientos médicos. En este sentido, los desarrollos teóricos de la enfermería están íntimamente ligados a su establecimiento en tanto disciplina académica (Alligood y Tomey, 2011).

Si bien el conocimiento teórico de la enfermería se divide en filosofías, modelos conceptuales, teorías y teorías intermedias, para efectos de nuestra investigación los tomaremos en su conjunto como modelos y teorías que han surgido desde diferentes autoras para orientar la práctica. Considerando que cada teoría de la enfermería da un énfasis particular a distintos aspectos dentro del procesos de asistencia a los pacientes, tomaremos

específicamente los aportes de las teorías que se extienden en algún grado sobre la relación de cuidado (Alligood y Tomey, 2011; Venes, 2013).

En su emblemática obra *Notes on nursing*, Florence Nightingale (2002) definía la enfermería como íntimamente ligada a lo femenino, respondiendo al contexto de los cuidados sanitarios en la época, algo no menor de acuerdo a lo revisado previamente. Para ella, toda mujer en algún momento de su vida ejercía la enfermería, ya que implicaba ser responsable de la salud de otra persona. De hecho, la obra estaba dirigida a mujeres sin formación académica, para que toda mujer pudiera pensar como una enfermera al cuidar de un enfermo; quienes se formaran en la profesión debían tener esta misma instrucción aun más rigurosa.

Junto a lo anterior, creía que las enfermeras eran agentes morales, cuyo compromiso vocacional debía expresarse en el cuidado del paciente, acompañándolo en sus necesidades físicas y mentales, incluyendo la confidencialidad en la relación con el paciente (Nightingale, 2002). Este elemento no era ajeno a su origen vocacional: según describe en su diario, durante su juventud recibió el llamado de Dios que le indicaba servir, enunciado que ella interpretó como estar al servicio de otros (Alligood y Tomey, 2011; Venes, 2013).

Por su parte, Jean Watson (2007), teórica contemporánea seguidora de Nightingale y de esta *llamada* que apunta al compromiso y ética para el servicio humano, desarrolla *los aspectos humanos del cuidar*, buscando dar un fundamento ético-filosófico al cuidado. Basándose en la filosofía y psicología humanista-transpersonal, establece siete principios rectores que organizan los diez Factores Caritativos, que posteriormente en su teoría evolucionarán hacia el Proceso Caritas de Cuidado, un puente entre lo científico y la misión solidaria para con la humanidad, donde el fin va más allá de la disciplina (Urrea, 2011).

De los diez elementos que componen el proceso caritas, destacaremos aquellas menciones a una relación amable y amorosa con el paciente, que permiten una experiencia interpersonal y transpersonal, que alinee mente-cuerpo-espíritu para cuidar no sólo del cuerpo, sino también del alma (Watson, 2007). En este sentido, para la autora el cuidado implica una relación interpersonal de carácter “positivo”, como un acto de altruismo,

bondad, espiritualidad que entre otros aspectos, debe ver a la persona como un ser humano integral y no como un objeto a manipular (Watson, 2007; Alligood y Tomey, 2011).

Debido a estas características trascendentales del cuidado enfermeril, la autora presenta a la enfermera como el único representante de una escucha real, de acoger y de la posibilidad de humanizar al paciente y su padecimiento (Watson, 2007).

En esta misma línea, la teoría de Katie Eriksson (1990, citado en Alligood y Tomey, 2011) se orienta desde la caridad y una concepción religiosa del ser humano, formado por cuerpo, alma y espíritu, con un núcleo de dignidad y santidad. Define que el *Caritas* es el amor sin condiciones y la base del cuidado, tanto lego como profesional. Para ella, el cuidado es una misión en la que intervienen la fe, la esperanza y el amor a través de una inclinación, el juego y el aprendizaje.

En este sentido, la relación de cuidado se da en lo que ella llama la Comunión del cuidado, unión del contexto y la estructura que determinan su realidad, dando una forma de conexión íntima de reunión en el tiempo y espacio, que requiere de una presencia absoluta y duradera, todo ello en un esfuerzo consciente por estar con la otra persona (Erikson, 1990 en Alligood y Tomey, 2011).

Es interesante que Eriksson concluya que el cuidado está en la base de la ética, sin referir necesariamente a los desarrollos de la ética del cuidado que revisamos previamente. Desde la especificidad de la enfermería, para esta autora la ética del cuidado refiere a la relación básica con el paciente y al modo de entrar en contacto con él, basado en el caritas. En este sentido, la llamada a servir a otro precede a cualquier dialogo, por lo tanto la ética es lo más importante en cualquier relación con otros (Alligood y Tomey, 2011).

Por su parte, la teoría de la atención burocrática de Marilyn Anne Ray (2002 en Alligood y Tomey, 2011) realiza un intento por ver los cuidados de forma holística, interrelacionando a las personas, sus entornos y los episodios concretos de enfermedad. Específicamente, define el cuidado como un proceso relacional transcultural complejo que se da sobre un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción concreta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento, la necesidad y la justicia en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene un lugar en la cultura personal, local, organizacional y global.

Su teoría considera que el cuidado humanístico, que incluye las estructuras sociales, educativas, éticas y religiosas, se encuentra en antítesis con el cuidado burocrático, aquel que incluye las estructuras económicas, políticas, legales y tecnológicas. Ambas formas de cuidado interactúan en una dialéctica que configura los cuidados particulares en una persona (Ray, 2002 citado en Alligood y Tomey, 2011).

En este entendido, la persona es vista como un ser espiritual y cultural, creada por Dios, que participa de manera cocreativa en las relaciones con otros, dando significado a estas construcciones. Así, la relación de cuidado es una relación transpersonal, donde tanto enfermera como paciente se ven influidos por cada elemento humanístico y burocrático, cada uno con su mente, cuerpo y alma. Resulta interesante que para esta autora, incluir deliberadamente los aspectos ético-espirituales en el cuidado puede ser una forma de transformar las lógicas burocráticas y economicistas de la salud (Ray, 2002 en Alligood y Tomey, 2011).

Otra autora que nos interesa destacar aquí es Kari Martinsen (2003 citado en Alligood y Tomey, 2011), quien considera que el cuidado implica un interés personal y sociopolítico en los enfermos, desde una perspectiva crítica y fenomenológica. Para ella, los seres humanos, al ser relacionales, tendríamos todos una dependencia mutua y por tanto una responsabilidad para con los otros. Por lo tanto, el cuidado, la moral y la solidaridad serían realidades inevitables de nuestra condición, posición bastante cercana a los estudios del *Care*, sin que la autora los refiera directamente.

Inspirada por distintas teorías de las ciencias sociales y la filosofía, como la fenomenología, economía, sociología, existencialismo y la hermenéutica, elabora sus concepciones sobre el cuidado y el lugar de la enfermería en la sociedad contemporánea. Entre ellas, rescatamos la vinculación con la teoría marxista, que le permite ubicar a la enfermería como una práctica positivista del capitalismo que no incluía una praxis de liberación. La liberación potencial se puede ver en que quienes requieren de mayor atención sanitaria son quienes reciben menos. En este sentido, la autora apunta a una revisión crítica del lugar de la enfermería en su contexto histórico y social concreto, para relevar su potencial transformador (Martinsen, 2003 citado en Alligood y Tomey, 2011).

En este sentido, el cuidado es decididamente un valor básico para la vida, es su prerrequisito. Este incluye simultáneamente tres cosas: es en primer término relacional, es decir, requiere al menos de dos personas, una que padece y otra que se preocupa de esta. En segundo lugar, el cuidado es práctico, ya que se da en una acción concreta y se aprende a través de su práctica. Y en tercer lugar es moral, ya que debe tener una disposición que reconozca la particularidad del paciente y su situación (Martinsen, 2003 citado en Alligood y Tomey, 2011).

Así también, tomando comprensiones de la hermenéutica de Paul Ricoeur, la autora diferencia el lenguaje tradicional de la medicina como aquel abstracto que no siempre se coteja con la práctica real y concreta, mientras que en el lenguaje común al cuidado, las palabras adquieren un significado en la medida del contexto donde se da la situación de cuidado concreta, involucrando en esta significación a pacientes y comunidad profesional (Martinsen, 1996 citado en Alligood y Tomey, 2011).

Otra teoría que detallaremos brevemente es la de Gladys Husted y James Husted (2008 citado en Alligood y Tomey, 2011), quienes plantean un modelo para resolver los problemas éticos a los que se enfrenta la profesión en la clínica. Partiendo del análisis de las principales éticas deontológicas de la salud, reconocen que estas no aportan una guía satisfactoria para los dilemas bioéticos de los cuidados en salud. Con ello, plantean un modelo ético sinfonológico, que se basa en la singularidad de cada individuo y la aplicación del razonamiento lógico a través de la intuición y el discernimiento. En este contexto, la sinfonía representa el acuerdo entre paciente y enfermera, siendo esta última una agente para los objetivos del primero. Las decisiones éticas que se desprenden de esta relación son justificables e individualizadas para cada caso concreto, a partir del proceder ético. Más que representar un avance teórico original, la teoría de estos autores es un modelo para resolver los dilemas éticos específicos a los que se enfrentan los cuidados sanitarios, poniendo en relieve la particularidad de cada persona y contexto en que se dan dichos dilemas.

Finalmente, nos detendremos en una teoría relevante para los cuidados enfermeros que se aboca a la relación terapéutica. Hildegard Peplau (1952 citado en Alligood y Tomey, 2011), madre de la enfermería psiquiátrica, introduce el paradigma interpersonal para el

estudio y la práctica de la enfermería durante los años 50. Su teoría está fuertemente inspirada en desarrollos psicoanalíticos, principalmente de Freud y Sullivan.

A partir de esta orientación, buscará entregar las herramientas necesarias para que las enfermeras puedan escuchar y comprender sin restricciones la vivencia del paciente, tomando sus significados de la enfermedad. Tomando como referencia las concepciones del desarrollo psicológico en Freud y Sullivan, describió tareas psicológicas del desarrollo de la personalidad en cuatro etapas que se vinculaban a las fases y funciones propias de la relación enfermera-paciente durante un proceso de enfermedad. En este entendido, la enfermedad es una experiencia que remonta a vivencias anteriores y recreadas en la relación de cuidado, abriendo la oportunidad para elaborarlas (Townsend, 2011).

Para Peplau, cuatro son las tareas psicológicas que pueden elaborarse psíquicamente en la relación enfermera-paciente. En primer lugar el aprender a contar con otros, que se vincula a la experiencia básica de los primeros años de vida de otro incondicional que provee cuidados a nuestras necesidades, generalmente la madre, en la fase oral del desarrollo psicosexual. Observa que si esta figura materna no antepone las necesidades del bebé, esta relación de dependencia deja huellas de insatisfacción. Estas se pondrán en juego en determinados pacientes, ya sea por una patología psiquiátrica o por una dificultad física que los regresa al estado de dependencia. La enfermera, respondiendo a las necesidades del paciente como otro incondicional, pudiendo llegar a ser una madre sustituta, facilita en este el avanzar hacia niveles más maduros de funcionamiento en su personalidad (Townsend, 2011).

En segundo lugar está la tarea de aprender a retrasar la satisfacción, propia de la fase anal, que implica posponer la acción para aliviar la incomodidad corporal a fin de obtener gratificación de otros. Junto con observar las dinámicas relacionales de orden anal, de retención, control, acumulación y hostilidad, observa que en aquellos pacientes que los presentan de forma disfuncional, pueden verse ayudados en la relación con las enfermeras debido a la aceptación incondicional de estas, en tanto otro que les da reconocimiento pese a sus conflictivas en el manejo de sus productos (Townsend, 2011).

La tercera tarea alude a la identificación del Self, rescatando que este se basa en el juego especular del niño con el mundo adulto y sus figuras significativas, adecuándose a las

expectativas de los otros, coincidiendo con la fase fálica y la resolución del complejo de Edipo. En este sentido, para Peplau es esencial que la enfermera reconozca cómo se siente el paciente sobre sí mismo y sobre su enfermedad, para identificar progresivamente aquellos comportamientos que den cuenta de necesidades insatisfechas y promover el desarrollo hacia etapas superiores. En este punto, da importancia a que las enfermeras puedan comprender su propio Self para poder ayudar a los pacientes a identificar sus dificultades, sin el impedimento de los propios conflictos no elaborados (Townsend, 2011).

La cuarta tarea comprende el desarrollo de cualidades para la participación, época de la latencia, que abrirá las puertas para el trabajo colaborativo con los pares y la búsqueda de relaciones amorosas fuera del núcleo familiar. Peplau observaba que pacientes con dificultades de este tipo tenían problemas para enfrentar los problemas comunes de la vida, por lo cual la enfermería no debía tratar de resolverlos, pero sí tratar de mejorar sus habilidades de competencia, compromiso, cooperación, validación consensual, amor a uno mismo y a los otros (Townsend, 2011).

En síntesis, en esta teoría que estudia la relación terapéutica, la enfermería tiene la oportunidad de facilitar el aprendizaje en el presente respecto de conflictos y necesidades insatisfechas del pasado, en base al manejo de la transferencia que se da en la relación de cuidado y del propio Self. De ello que la relación con el paciente la define como “un proceso interpersonal significativo y terapéutico” (Peplau, 1952 p 16 citado en Alligood y Tomey, 2011 p 54).

Hasta aquí hemos presentado algunas de las principales referencias teóricas del cuidado en enfermería. A continuación rescatamos esfuerzos puntuales por incorporar visiones más críticas sobre las relaciones de cuidado en investigaciones contemporáneas.

Holmes, Rudge y Perron (2012) han realizado investigaciones sobre la enfermería y la violencia que le rodea, desde las instituciones, docentes y pacientes hacia las profesionales, o incluso desde los propios pares. Su obra reúnen distintas investigaciones que problematizan la violencia como un elemento que amenaza la práctica de la enfermería, es decir, una violencia desde fuera.



En el contexto de cuidados de pacientes psiquiátricos y tomando la teoría de Gilligan (1985) sobre la ética del cuidado, Hem y Pettersen (2011) se preguntan sobre la mejor manera de responder a las demandas que plantea la relación con pacientes psiquiátricos. En este sentido, establecen un cuidado maduro (*mature care*) como una conceptualización que permite profundizar en las relaciones de cuidado.

El cuidado maduro centra el cuidado en el plano relacional, el dialogo y la reciprocidad, que considera las necesidades del paciente y de la enfermera. Es importante que en esta teoría la reciprocidad existe en la medida que la enfermera trata de involucrar al paciente en una relación. De igual forma, la relación propuesta no alude a una igualdad entre ambos participantes, sino que más bien se presenta como un contrapunto al altruismo, una de las bases de muchas teorías de la enfermería y que representa un ideal problemático para la profesión, ya que al basarse en el autosacrificio puede llevar al ímpetu de ayudar a otros sin medir las consecuencias (Hem y Pettersen, 2011). Efectivamente, cuándo los intereses del otro está por sobre los propios, el borramiento de la propia persona es una posibilidad no muy lejana que resulta contraria a las expectativas de un cuidado maduro.

La reciprocidad implica también el adecuar la atención al otro según el contexto específico. De esta manera, la enfermera puede dar más atención a uno que a otro paciente según la situación, por lo tanto el cuidado no es ilimitado y no es simétrico, ya que ella cuenta con más posibilidades de dar cuidado que otras personas en dicha situación (por ejemplo, otros pacientes o familiares de estos) (Hem y Pettersen, 2011).

En el cuidado maduro de Hem y Pettersen (2011), la asimetría es propia de la relación de cuidado en enfermería, ya que el profesional es responsable de cuidar del paciente, relación que no puede ser invertida, es decir, el paciente no puede cuidar de la enfermera. Es en este sentido que la reciprocidad debe entenderse en una realidad asimétrica.

Parte de la relación madura es estar en contacto con el otro, que el yo y el otro aparezcan como identidades diferenciadas que no se mezclan. Establecer esta posición segura e integrada de sí misma, permite a la enfermera responder a las demandas de los pacientes sin perderse en el mundo de estos, para abrir una posibilidad de crecimiento

personal, valiéndose de la propia persona en la relación profesional (Hem y Pettersen, 2011).

De esta manera, Hem y Pettersen (2011) plantean que el cuidado maduro permite al paciente verse a si mismo a través de la interacción con la enfermera, en base a una relación y acción profesional tanto reflexiva como empática que asume la asimetría de la misma para establecer una reciprocidad.

Como vemos, distintas teóricas de la enfermería han realizado esfuerzos por establecer conceptualizaciones del cuidado en salud. Algunas visiones son más cercanas a comprender el cuidado como una acción altruista, caritativa, fuertemente cargada de elementos religiosos, mientras que otras intentan situar la enfermería en contextos sociales, políticos e históricos más amplios. Respecto a la relación de cuidado, destacan desarrollos sobre una ética del cuidado, contextual, que se presenta como una alternativa al pensamiento deontológico. De igual forma, la conceptualización de Peplau y posteriormente de Hem y Pettersen resultan la más nutritivas en cuanto al aspecto relacional en el cuidado sanitario.

En esta breve revisión es posible apreciar que en el campo profesional de la salud, gran parte de la teorización de los cuidados ha estado ajena a la problematización del poder. Mientras tanto, los esfuerzos puntuales en esta línea se han centrado en la existencia de este como un factor externo al ejercicio a las relaciones de cuidado, el poder del sistema sobre los profesionales del cuidado.

Siguiendo lo anterior, cabe señalar que se encuentra prácticamente ausente en la teoría sobre el cuidado en enfermería la mención a lo que se ha llamado estudios del *Care*, siendo que este es un campo donde se han problematizado los cuidados en muchos de los aspectos que las propias teóricas de la enfermería han hecho hincapié.

## **2.4. El cuidado como trabajo: el problema de la valorización del trabajo de cuidado**

Antes de finalizar nuestra revisión del cuidado desde los estudios del *Care* y desde los cuidados profesionales, tomaremos la problemática que surge al considerar los cuidados como un trabajo. La visibilización de los cuidados como una actividad concreta que alguien debe realizar ha significado una valoración cada vez mayor a nivel simbólico en la cultura occidental, pero también la discusión respecto el valor monetario que se podría asignar a esta actividad tan particular.

Tal como comenzáramos nuestra investigación, desde un punto de vista histórico los primeros trabajos de valorización de los cuidados datan de mediados del siglo XIX y principios del siglo XX (Carrasco, Borderías y Torns, 2011), aunque sin el corpus teórico que hemos reunido bajo el nombre estudios del *Care*. Dentro de los trabajos pioneros que plantearon esta problemática se encuentran los de Nancy Folbre (2011), Laura Balbo (1987) y Susan Himmelweit (2011), entre otros. Parte de sus contribuciones apuntaban a la visibilización del cuidado como un trabajo y en las posibilidades de valorización; nosotros nos centraremos en la dificultad metodológica que esta última empresa significa, donde uno de los instrumentos que más utilizados para la medición del trabajo de cuidado son las encuestas de uso del tiempo.

Las encuestas de uso del tiempo tomaron auge en los años 60 y 70, perfeccionándose hasta la actualidad. Permiten recoger mediante un diario de registro, las actividades que realiza una persona durante el día y saber cuanto tiempo destina a cada una de ellas. Para poder dar un valor a los trabajos domésticos no monetarizado, incluidos los de cuidado, se les asigna un salario proporcional a la actividad (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Los diarios para el registro del uso del tiempo tienen algunos inconvenientes. El primero es que el registro es cuantitativo, por lo cual toda actividad tiene el mismo valor si ocupa la misma cantidad de tiempo, sin importar las cualidades de esta. Lo anterior

representa un problema ya que en el cuidado se trata de un tiempo más subjetivo difícilmente medible, que incluye la subjetividad de la propia persona y se materializa en la experiencia vivida de esta. Es un tiempo vivido, no solamente trabajado (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

En segundo término, los diarios de registro no permiten graficar el uso simultáneo de tiempo entre tareas de cuidado y/o domésticas con las tareas de organización y gestión de las mismas. Son labores que se realizan de forma simultánea, difíciles de cuantificar por lapsos de tiempo separados, es decir, una persona que cuida a otra está al mismo tiempo respondiendo a los quehaceres del hogar o administrando un negocio desde su domicilio (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

En tercer término, cuidar de otros no implica solamente hacer algo concreto sobre ese otro, sino que también conlleva estar atento de él. Esto refiere a que cuidar es ser responsable y estar disponible para el otro, aunque no se esté realizando una actividad concreta en un periodo de tiempo determinado. Frente a esto, algunas encuestas han incluido si durante el tiempo medido se “está a cargo” de otros, principalmente niños/as. No obstante, se ignora el cuidado de sujetos saludables, que podrían requerir atención desde el plano emocional en determinadas situaciones (por ejemplo la contención emocional de un hijo adolescente, que demanda más tiempo y disponibilidad que un cuidado físico hacia un infante) (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Para ello se ha incluido la distinción de actividad principal y secundaria, que podrían realizarse simultáneamente. Nuevamente, tanto encuestadores como encuestados, tienden a valorar como principal aquellas labores más tangibles de lo doméstico y como secundarias aquellas de relaciones, atención, emocionales, entre otros (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Luego de estas problemáticas en la medición, vienen aquellas que se presentan toda vez que se desea monetarizar dicha medición. La medición del uso del tiempo puede, sin olvidar las dificultades metodológicas antes señaladas, entregarnos el valor de uso de esta actividad; el paso un valor que pueda cuantificarse y compararse al de otras actividades

en la sociedad implica llevar esa medida a un valor de cambio. Por lo tanto, implica pasar de una magnitud física (tiempo) a una más abstracta (monetaria), con lo cual se pierden las características propias de las actividades de cuidado que hemos descrito anteriormente. Con todo lo anterior, existe un consenso más o menos generalizado sobre que el cuidado no es posible de valorar y mercantilizar con los criterios de otras actividades productivas (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Además, debido a las particularidades de los trabajos de cuidado señaladas previamente, en especial sus dimensiones afectivas y relacionales, el paso para transformar el valor de uso en valor de cambio no es totalmente justo con dichas dimensiones.

Para poder valorar monetariamente una actividad, se la debe medir en cantidad de tiempo que exige su realización. En este sentido, los estudios de la economía feminista de Folbre (2011) mostraron lo difícil que es captar, categorizar y medir actividades que implican el soporte y el cuidado emocional. Es posible cuantificar el valor de tareas como la limpieza, la cocina, aseo, entre otros, pero las dimensiones más subjetivas del cuidado escapan a las formas tradicionales de valoración y monetarización.

Como hemos visto en los estudios del *Care* y en las teorías de la enfermería, cuidar no es sólo un conjunto de actividades y procedimientos, sino también un cierto “estado mental” de responsabilidad y disponibilidad continua, por lo tanto además del tiempo real representa un tiempo potencial, que incluye aspectos intangibles de la propia subjetividad de las personas involucradas. Entonces más que ser un tiempo medible y pagable, en uno de sus niveles de análisis es un tiempo vivido, generado y donado.

Es efectivamente esta cualidad la que han aproximado algunas investigaciones sobre el cuidado y su valor en tanto transacción social, ocupando el recurso conceptual del Don de Marcel Mauss (2009) para ello.

En esta línea, Chanal (2010) propone que los cuidados en tanto don reúnen cuatro características que se encuentran en su carácter relacional. En primer lugar lo que ya hemos detallado más arriba, que cuidar es dar tiempo. En segundo lugar, cuidar presupone conocer la particularidad de quien recibe cuidados, aquellas adecuaciones mínimas a la

particularidad. Tercero, cuidar no es meramente una actividad individual, ya que implica un acervo de saber colectivo, con transmisión de conocimiento, cooperación formal e informal. Finalmente, cuidar es en muchas oportunidades “dar vida”, por lo tanto es un don de vida; el cuidador identifica las necesidades y da lo necesario para sostener la vida, que en su faceta más sacrificial implica que el cuidador/a entrega su cuerpo, da su cuerpo a los cuidados del otro, al tiempo que quien recibe los cuidados entrega su gratitud.

Estos elementos del don nos entregan al menos dos conclusiones: dar cuidados siempre se enmarca en una transacción que implica retribuciones, en el marco más complejo de los circuitos de circulación del don que implican dar, recibir y devolver (Mauss, 2009). Junto a ello, la retribución que ya habíamos problematizado con la necesaria remuneración del cuidado, plantea una dificultad al momento de trasladar lo dado al plano monetario.

Para Chanal (2010), si lo que se da es vida, el cuidado lleva a que su valor de uso sea más elevado que su valor de intercambio. Esto debido a que aquello que se da, tal como lo atestiguan las diversas teorías del *Care*, es el vínculo, la relación, en último término la vida que se sostiene en la interdependencia y ese es un punto lo que se vuelve inestimable para los instrumentos de valorización del trabajo de cuidado.

Con esta breve revisión de la problemática en torno a la valorización de los cuidados para su monetarización, queremos entregar una reseña a un punto de discusión que no puede quedar fuera al momento de pensar en el *Care*. Específicamente, para pensar en el trabajo de cuidado profesional en salud y su necesaria incorporación a un mercado laboral. De igual forma, la valorización del trabajo de cuidado finaliza nuestro recorrido desde los Estudios del *Care*, de orden filosófico y moral, hasta las prácticas concretas de cuidado en salud y las comprensiones teóricas que de ello se han realizado, para dar paso a un análisis del poder que nos permita enriquecer la problematización de las relaciones de cuidado.

### 3. Poder y *Care*

Como se puede apreciar, existe una amplia gama de investigaciones sobre el *Care* y dentro de ellas específicamente sobre el cuidado en salud. Se ha incorporado al análisis la relevancia del poder implicado en ello, desde las diferencias de clase, la organización del patriarcado, la etnia, etc. y como estas oprimen a determinados sujetos en la asignación de dicha función (*caregivers*) (Glenn, 2000; Tronto, 1987). Por otra parte, en una visión más específica de las relaciones de cuidado, como por ejemplo los análisis de Mol (2008), Molinier (2015) y Pachoud (2010), el cuidado toma un lugar de *resistencia*, si es posible llamarlo así, al poder ejercido desde una organización mayor.

Estas perspectivas mantienen la discusión en torno al poder desde una opresión que se ejerce de manera vertical. El poder pasa a ser aquello que oprime, ya sea desde la lógica de la elección, del management, de la justicia que, entre otros, ya sea obstaculiza la tarea del *Care*, ya sea obliga a individuos definidos a realizarla (mujeres, migrantes, etc.). A su vez, las relaciones de cuidado en salud se figuran en un lugar de resistencia toda vez que el *Care* lucha contra el poder represivo de los sistemas de salud neoliberales, desde una posición reducida, a veces individual, que no escatima en la imagen heroica del cuidador/a.

En otras oportunidades se levantan los cuidados en el marco de una relación esencialmente altruista, principalmente desde su visión enfermeril, que dificulta analizar las asimetrías propias de una relación desigual como son los cuidados en salud.

En este punto nos preguntamos sobre algunas características de las relaciones de poder que podrían ampliar el análisis de las relaciones de cuidado en salud. Para ello acudimos principalmente a la conceptualización foucaultiana sobre el poder.

De acuerdo a Tirado y Domènech (2001), las definiciones que suelen darse del poder se agrupan en dos grandes categorías. El primer grupo de teorías ven el poder como una influencia inmediata en el comportamiento de las personas, una imposición concreta a la acción de estas. En estas, el poder se asocia a individuos antes que a instituciones, ya que

es una propiedad de las relaciones que establece con otros, es un “poder sobre” el otro, por ejemplo imponer la propia voluntad a otro.

El segundo grupo de teorías considera el poder como una propiedad estructural de la sociedad o rasgo emergente de un sistema. De forma tal que el poder configura el mundo y determina la constitución de los comportamientos de las personas, se trata entonces de un “poder para” determinados fines (Tirado y Domènech, 2001).

No obstante lo anterior, todas estas teorías no profundizan en los mecanismos que permiten operar y perpetuar el poder en lo material. Este es justamente el elemento, la materialidad, al que recurre Michel Foucault para analizar el ejercicio del poder, mediante la articulación del trinomio poder, institución y materialidad. Sin esta última, el poder queda reducido a cuestiones ideológicas o metafísicas, que es justamente el sentido contrario del pensador francés al incorporar la materialidad del cuerpo para el análisis del poder soberano, disciplinario, así como del biopoder (Tirado y Domènèch, 2001).

### **3.1. Conceptualización del poder en los trabajos de Michel Foucault**

Foucault no se dedica explícitamente a desarrollar una teoría del poder, mas bien presenta una serie de análisis acerca del funcionamiento del poder en distintos contextos sociales e históricos. Lo suyo será más cercano a una filosofía analítica del poder (Castro, 2004). En este sentido, el poder es un modo de entrar en el análisis del tema del sujeto y es este el que constituye el tema general de sus investigaciones (Foucault, 2001).

Considerando esta salvedad, la posibilidad de una teoría del poder en Foucault es siempre factible en la medida que no se comprenda a este como una sustancia que proviene de un grupo o individuo. Por lo tanto, inicialmente el poder sería “...un conjunto de mecanismos y procedimientos cuyo papel o función y tema, aun cuando no lo logren, consiste precisamente en asegurar el poder...sólo en este sentido, podríamos entender que el análisis de los mecanismos de poder pone en marcha algo susceptible de definirse como una teoría del poder.” (Foucault, 2009 p 16).



De esta forma, Foucault (2001) trata de producir una historia de los diferentes modos de subjetivación en la cultura, cada uno mostrando características de las relaciones de poder. Durante su obra describe tres modos de objetivación que transforman a los seres humanos en sujetos, a los cuales dedica su estudio consecutivamente: primero los modos de investigación que pretenden darse a sí mismos el estado de ciencia; segundo, las “prácticas divisorias”, que dividen a los individuos en ellos mismos o respecto de otros, como por ejemplo la división sanos/enfermos, cuerdos/locos; tercero, la manera en que el ser humano se transforma a sí mismo en sujeto, mediante el análisis de la sexualidad.

En esta propuesta, Foucault se vale de ciertos instrumentos conceptuales para analizar el poder, desde Hobbes para revisar la soberanía, Marx y Freud para cuestionar el poder como represión, Nietzsche para cuestionar el poder en tanto lucha. No obstante, el funcionamiento del poder estaría analizado de manera más acabada en el análisis del concepto de gobierno (Bert, 2011; Castro, 2004).

Nosotros seguiremos esta línea de interpretación para describir las formas de poder vinculadas a la disciplina y a la biopolítica, en tanto ejes centrales para nuestro análisis de las relaciones de cuidado en salud. Para este propósito tomaremos principalmente los trabajos del autor de la segunda mitad de los setenta, que entre libros, cursos y seminarios presenta los conceptos de disciplina, biopoder, biopolítica y gubernamentalidad para dar cuenta, de manera heterogénea, de los procesos de subjetivación (Fassin, 2009).

Didier Fassin (2009) rescata la articulación posible de estos conceptos para entender el estado del poder en la modernidad y propone la siguiente esquematización: la gubernamentalidad corresponde a la racionalización del arte de gobernar; biopoder es un poder sobre la conducta de los individuos que refiere principalmente a la normalización de estos mediante tecnologías; y la biopolítica es una política de la población en tanto comunidad de criaturas vivas.

### 3.2. El dispositivo saber/poder

La primera observación a realizar es que el poder y el saber son elementos inseparables del análisis que realiza Foucault. El poder requiere de ciertas formas de racionalización, en este sentido el saber aporta las configuraciones necesarias para la objetivación de los sujetos y las diversas formas de ejercicio del poder. En las distintas investigaciones de Foucault, marcadas por un carácter histórico, las estructuras que definen el saber y aquellas que definen el poder se articulan mutuamente en un refuerzo recíproco de dos ejes: el saber permite que el poder se reproduzca y conserve mientras que el poder permite que el saber se actualice (Bert, 2011).

El saber va a articularse mediante un discurso en el campo del conocimiento, que tomará la forma de verdad para el ejercicio del poder. En *El orden del discurso*, para Foucault (1992) el problema del discurso alude a un campo de existencia anónimo donde el sujeto no se encuentra con sus pequeñas manifestaciones. En este trabajo explicita la siguiente hipótesis: "...yo supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad." (p 11).

Según esta definición, el discurso permite el juego de la verdad como un sistema de exclusión, el discurso define una verdad a la vez que excluye ciertos elementos, quedando en una parte sombría del mismo. Por lo tanto, el discurso que organiza el saber selecciona y establece la verdad, lo posible y lo imposible, para definir las relaciones de poder a las que tributa (Foucault, 2006).

Siguiendo esta relación intrínseca entre poder y saber que se configura en un dispositivo, revisaremos como este se articula en organizaciones específicas en la sociedad moderna en torno al concepto de biopoder.

### 3.3. Biopoder

El biopoder trata sobre el poder sobre la vida y la muerte, en una doble faz. Su objeto no son ni los sujetos individuales ni el colectivo social, sino que la estatización de la vida biológicamente considerada, el hombre como ser viviente, cuyo factor común a todos es la posesión de un cuerpo (Foucault, 2009).

Es a este factor común al que se dirige la doble faz: por una parte en una anátomo-política del cuerpo mediante la disciplina para el examen meticuloso, la distribución en el espacio, la vigilancia, etc. con fines de normalización; por otro la biopolítica de la población, para el manejo y gobierno de los cuerpos en tanto especie, principalmente en sus fenómenos de nacimiento, mortandad y morbilidad. Estas formas del biopoder están estrechamente relacionadas, una individualizante y la otra especificante, para conservar la vida en ambos niveles (Foucault, 2009).

Por lo tanto, revisaremos algunas características del biopoder, siempre teniendo en cuenta esta dicotomía propia de su organización. Seguimos aquí la observación foucaultiana para el análisis del poder, así como el énfasis puesto por Fassin (2004) de considerar ambos niveles de discusión como representantes de las bio-lógicas, lógicas que ponen lo viviente (anátomo-política) y la vida (biopolítica) en el examen político.

Desde un punto de vista histórico, la soberanía como organización del poder característica de la Edad Media se vuelve inoperante para manejar políticamente la nueva realidad poblacional de la época. Por lo cual, durante el siglo XVII se desarrollan a nivel local las instituciones emblemáticas que dan origen a la disciplina: la cárcel moderna, la escuela, el hospital, la fábrica, etc. A mediados del siglo XVIII se vuelve necesaria otra adecuación del poder, para manejar los desafíos que imponía la población en sus procesos biológicos y sociológicos, permitiendo desarrollar la biopolítica (Foucault, 2001b). Ambas organizaciones del biopoder son las que revisaremos a continuación.

### **3.3.1. La sociedad disciplinaria: la transformación de la cárcel y el surgimiento del hospital médico**

Como señaláramos, la sociedad moderna abandona las prácticas y lógicas de la soberanía para pasar a una articulación en torno a la disciplina, todo ello a partir de instituciones que cambian progresivamente, como son aquellas abocadas a la penalidad, la educación, la milicia o la enfermedad, entre otras. Para nuestra investigación, nos centraremos en el proceso de transformación en los ámbitos de la penalidad para dar cuenta del panoptismo en tanto lógica predilecta de la disciplina, así como lo disciplinario en el ámbito de la salud, que repercute en las prácticas de cuidado hospitalarias que se reproducirán, con modificaciones por cierto, en las estrategias sanitarias contemporáneas.

En cuanto a la penalidad, la sociedad disciplinaria se organiza progresivamente pasando del castigo físico como ejemplo del poder soberano, hacia la vigilancia de las normas sociales vigentes para la época. En la época clásica, el poder del soberano se inscribía en el cuerpo, mostrando la capacidad y alcance de este en la potencia ejercida sobre la superficie del mismo, cuyo manifestación más ejemplar radica en el castigo corporal en la plaza pública (Foucault, 2002).

La pena se asociaba a una ofensa o daño moral a la religión, a Dios. Luego del siglo XVIII, la pena es por una ofensa a la ley civil, el crimen es un daño social y el criminal es el enemigo de la sociedad. Por lo tanto, al momento del juicio y la pena asociada, lo que importa es la restitución del daño social causado (Foucault, 2002).

Al pasar los años, nada de la prisión como medio quedará, para dejar espacio a la prisión como el lugar para la permanencia del resto que no puede restituir el daño causado a la sociedad, buscando establecer ahí el control y la corrección del comportamiento. De esta manera, la prisión surge primero como un medio para la punición y termina siendo un fin, la técnica punitiva casi exclusiva (Foucault, 2002).

La prisión tiene una importancia esencial para las ciencias humanas, ya que estos espacios de confinamiento permiten la vigilancia exhaustiva, el control de un cuerpo que se

vuelve útil y conectado a la producción. Las ciencias humanas tomaran del estudio de estas individualidades para su origen y estas tácticas de poder gradualmente se expandirán e intensificarán en las sociedades occidentales para configurar la sociedad disciplinaria (Foucault, 2002).

Por lo tanto, con la configuración de la penalidad y la prisión, cuyo objeto es el individuo, la disciplina se establece como una técnica política de los cuerpos, una anatomía política. La disciplina es el arte de la distribución de los individuos en el espacio, un control de la actividad, una organización de la génesis y una composición de las fuerzas para lograrla docilidad de los cuerpos, elaborando determinadas maquinarias para ello (Foucault, 2002).

Una de las estructuras más estudiadas por Foucault es el panóptico, conocido diseño arquitectónico de Jeremy Bentham que se articula en una vigilancia carcelaria permanente que funciona como una maquina anónima de observación, al tiempo que produce el comportamiento normalizado (Foucault, 2002). Por lo tanto, una disposición espacial cuya principal consecuencia es producir una individualidad normalizada:

“De ahí el efecto mayor del Panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción. Que la perfección del poder tienda a volver inútil la actualidad de su ejercicio; que este aparato arquitectónico sea una máquina de crear y de sostener una relación de poder independiente de aquel que lo ejerce; en suma, que los detenidos se hallen insertos en una situación de poder de la que ellos mismos son los portadores.” (Foucault, 2002 p 204).

Con el panoptismo, el poder se desindividualiza de quien pueda ejercerlo, se automatiza en las relaciones de las que participan los individuos y los antiguos rituales del

poder soberano que establecían su imperio se vuelven innecesarios. El poder aquí es siempre democrático, porque se ejerce por los propios sujetos, vigilándose a sí mismos y a los demás (Foucault, 1999a; 2002).

La desindividualización del poder no implica que se excluya la materialidad en esta relación. La disciplina ejerce el poder sobre la materialidad del cuerpo del individuo pero no al modo del poder soberano, cuyo alcance era el daño corporal, sino que inscribiendo efectos que sean duraderos en el tiempo y el espacio. De esta manera, el poder tiene su expresión máxima en los cuerpos que las relaciones individualizan y el trabajo sobre los cuerpos que realiza la disciplina es sobre todo un camino para acceder al alma de los individuos, para producir subjetividades (Tirado y Domènech, 2001; Foucault, 2002).

Dicho desplazamiento hacia el trabajo sobre la materialidad del cuerpo se aprecia, por ejemplo, en el desplazamiento del castigo durante la modernidad. Clásicamente, al momento de castigar se preguntaba sobre el acto, ejerciendo la punición sobre el individuo. Posteriormente la pregunta se traslada a la autoría del acto y la justicia ya no castiga a este, sino a la individualidad psicológica que lo origina. En este sentido la importancia otorgada a las evaluaciones psicológicas periciales que se desarrollan en la sociedad moderna, las cuales dan un valor de verdad al hecho que se sanciona. Foucault se centrará en este enfoque sobre el alma peligrosa de la persona, que apunta a la subjetividad del individuo (Foucault, 2002).

La cárcel junto con todas las otras tecnología disciplinarias (fábrica, escuela, cuarteles, etc.), van a buscar producir un cuerpo dócil y sumiso, a la vez que útil; son ahora individualidades pequeñas y adaptadas donde se da una microfísica del poder. En este nivel, Foucault (2002) rescata el valor productor del poder, ni represivo ni censor, sino uno que produce un individuo y un conocimiento en torno a él. Por ello, el pensador francés estudia los procesos menores que rodean e invierten el cuerpo en sus reglas meticulosas para producir la individualidad de la disciplina. En este contexto, el aumento productivo del poder se basa en su introducción en los rincones más finos de la sociedad, sin las formas violentas y repentinas de irrupción propias del poder soberano.

Junto a esta concepción mecanicista del cuerpo, el poder disciplinario implica una normalización continua del mismo. La normalización es el recurso de las técnicas disciplinarias para oponer a la conducta desviada un referente de lo normal, que en el caso de la penalidad se establece mediante una micropenalidad de multas o castigos. De esta manera, la normalización permite estandarizar los cuerpos, el poder disciplinario se vale de las verdades que importa del dispositivo de saber y finalmente se establecen las normas de conducta de la disciplina (Foucault, 2002).

Si bien hemos revisado el desarrollo de la sociedad asociado a una época histórica particular, los mecanismos disciplinarios datan de tiempos anteriores, pero previo a los siglos XVII y XVIII aparecen de forma aislada y fragmentada, mientras que en este periodo es donde se perfeccionan para ser una nueva técnica de gestión del hombre (Foucault, 1999a; 2002).

En este sentido, el panóptico es una idea arquitectónica que sirve de testimonio a la transformación de la sociedad soberana a la disciplinaria, este "...debe ser comprendido como un modelo generalizable de funcionamiento; una manera de definir las relaciones del poder con la vida cotidiana de los hombres." (Foucault, 2002 p 208). Por tanto, es un principio rector cuyo objeto son las relaciones de disciplina y la formación de una sociedad disciplinaria.

Con esto, podemos dar paso a la segunda institución disciplinaria de nuestro interés: el hospital médico. Este recinto toma las lógicas panópticas durante el siglo XVIII para convertirse en maquinarias de disciplina y normalización, cuando en su origen no se encontraban investidas de esta funcionalidad.

Previo al siglo XVIII, el hospital no implicaba un lugar del saber médico. Estos recintos estaban destinados a la mantención de mendigos, huérfanos, prostitutas, moribundos, entre otros, que buscaban encontrar ahí un espacio de redención, una última oportunidad para la vida eterna. De ello que estos lugares estuvieran administrados y atendidos principalmente por personal religioso, mientras que la visita médica era esporádica, siendo poco valorada y hasta sinónimo de baja categoría entre los médicos

(Foucault, 1999a).

La necesidad de discriminar más acertadamente quienes podían volver al campo de batalla y no refugiarse en la simulación de enfermedades, entre otros motivos, introdujo a los médicos de manera más sistemática en los hospitales militares europeos. Esta presencia trajo consigo la organización de los espacios para el control de enfermedades, la separación de los enfermos en pabellones, el término del lecho compartido por distintas personas y otras tantas estrategias de gestión de los cuerpos para el control de las enfermedades y una mayor prolijidad en la observación de los pacientes (Foucault, 1999a).

En este camino, la figura del médico asume progresivamente el lugar que antes ocupara el sacerdote, el personal religioso incorpora en sus quehaceres las indicaciones médicas y el registro exhaustivo de cada individuo. La procesión por el pabellón es antecedida por una campanilla que avisa la llegada del médico, otrora sacerdote, para la revisión ahora diaria. Finalmente, la administración general pasa a manos del médico como aquel mejor capacitado para el control de las enfermedades, de los individuos, siendo este el momento que el hospital pasa a ser un hospital médico, lugar al que acudirán los profesionales para adquirir experticia en la observación detallada de los cuadros patológicos, porque se ha configurado una institución que reúne el catálogo cada vez más completo de enfermedades. Por lo tanto, en el hospital disciplinario, el médico de hospital es un médico de renombre (Foucault, 1999a).

Nuevamente estamos frente a una institución que ejerce un poder disciplinario, en el control de los cuerpos, de las conductas, con el consecuente efecto de normalización apuntalado en dispositivo saber-poder, en este caso, médico. El poder que busca cómo controlar y disponer de los cuerpos, maquinarias a sus servicio, antecede al saber que ahí se desarrolla. Es el poder el que permite el desarrollo del conocimiento médico que operará como referente de normalización de los individuos.

Además, esta breve revisión de la génesis del hospital moderno nos recuerda icónicamente el lugar y función de la enfermería profesional. Desde la experiencia testimoniada por Florence Nightingale (2002), la misión de asistencia proviene de un



llamado divino en el contexto de hospitales de campaña. A ello le sigue su teoría que la labor de la enfermera consiste en gran parte en la organización de los espacios y tiempos (luz de la habitación, ventilación, disposición del cuerpo del paciente, etc.) para que la naturaleza ejerciera su efecto curativo. En suma, la herencia del personal religioso resulta más evidente y su participación en una institución disciplinaria para la producción de individualidades nos resulta ahora más clara.

La organización de la prisión y del hospital durante los siglos XVII y XVIII, muestran que el uso del esquema panóptico se aplica a la perfección para el ejercicio del poder sobre una multiplicidad de individuos, imponiéndoles tareas o conductas que producen saberes e individualidades específicas (Foucault, 2002).

La individualización no resulta contraria a la tendencia homogeneizante de la normalización. Si bien se establece un parámetro de normalidad, la individualización permite las desviaciones, diferenciar niveles, fijar especialidades y hacer útiles las diferencias. El poder de la norma funciona fácilmente en la igualdad formal, "...ya que en el interior de una homogeneidad que es la regla, introduce, como un imperativo útil y el resultado de una medida, todo el desvanecido de las diferencias individuales." (Foucault, 1999a p 189).

A partir de estos elementos, lo que Foucault entiende por disciplina refiere a una forma de ejercicio del poder que primero, es un arte de distribución espacial de los individuos, que permite su clasificación y combinación; segundo, es un poder que no ejerce su control sobre el resultado de una acción, sino sobre su desarrollo, sobre las formas de proceder; tercero, es una técnica de poder que implica una vigilancia constante y perpetua sobre los individuos; y cuarto, supone un registro permanente de datos sobre el individuo y las situaciones que le circundan, para dar cuenta a la cúspide del poder (Foucault, 1999a).

La disciplina es "...el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado la singularización de los individuos. Es el poder de la individualización, cuyo instrumento fundamental estriba en el examen... A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder."

(Foucault, 1999a p 105). La individualidad que se construye para las relaciones de poder desde la dirección de las conductas y la permanencia de dichas directrices, no desde la soberanía sobre el cuerpo del otro particular.

En una sociedad disciplinaria, los sujetos pasan de una institución disciplinaria a otra para asegurar la construcción de individualidad y el ejercicio del poder, lo cual implica un despliegue masivo de instituciones. De lo anterior que en el avance de la sociedad disciplinaria, la vigilancia se expande hacia formas flexibles en una tendencia a desinstitucionalizarse, como por ejemplo trasladar las lógicas del panoptismo al gobierno de la familia, de los hijos, etc. (Foucault, 2002). Deleuze (1999) comparte el desarrollo foucaultiano sobre las sociedades soberanas y disciplinarias, agregando que a este alcance limitado de la sociedad disciplinaria responde el desarrollo de una sociedad de control. Esta sería una forma de abrir los dispositivos cerrados de la disciplina hacia dispositivos abiertos y continuos, permitiendo el ejercicio de un poder “extramuros”.

A este punto refieren Tirado y Domènech (2001) con el término Extituciones, para situar aquellas formas del poder que operan en una red que prescinde de la distinción dentro/fuera, como por ejemplo los sistemas de gestión en salud que operan en gran medida con plataformas virtuales, atenciones y asesorías por teleconferencia para facilitar el acceso a las prestaciones.

De hecho, en el plano de la salud mental la tendencia es justamente “desinstitucionalizar”, trasladar la atención al espacio local y promover el desplazamiento de los pacientes, el hospital es un lugar de tránsito, no de estadía (MINSAL, 2017; Molinier, 2015). De esta manera, el control continuo y abierto permite que el nomadismo de los individuos deje de ser un problema para el ejercicio del poder, manteniendo la vigilancia en el control del movimiento del usuario, que por lo demás es un movimiento libre. El caso de la salud mental resulta paradigmático: se pasa desde el encierro en el hospital psiquiátrico, hacia la superación del modelo asilar y el traslado de los tratamientos fuera del hospital, en el espacio local, comunitario (Deleuze, 1999; Tirado y Domènech, 2001).

Tomando estos elementos para el análisis del cuidado en salud mental, baste considerar la implementación de fichas electrónicas integradas a una red de supervisión desde el poder central ministerial, donde se puede rescatar en detalle los tiempos de acceso de cada usuario, las prestaciones realizadas y los desplazamientos a lo largo de la red de atención. Muchas de estas acciones son parte de la implementación de un modelo de vinculación entre niveles primarios, secundarios y terciarios de atención, corresponsables de la salud de su población con base en la Continuidad de los Cuidados (MINSAL, 1999; 2017).

Estas formas de vigilancia recuerdan las características descritas por Foucault (2002) de toda disciplina, basadas en el examen riguroso y registro detallado de las acciones de los individuos, al servicio de una supervisión desde el saber normalizador. Además, en su mayoría los individuos que se trasladan en esta red lo hacen libremente, tanto el personal técnico y profesional que registra cada acción, como el paciente que se identifica en cada prestación. Ejercicio de la libertad que será crucial para establecer y perpetuar las relaciones de poder (Foucault, 2001).

Plantear la presencia de la disciplina en un marco institucional del Estado nos lleva a revisar el ejercicio del biopoder desde otro plano, aquel que se preocupa de la vida en tanto especie.

### **3.3.2. Biopolítica**

La biopolítica es la manera que desde el siglo XVIII se creó para racionalizar los problemas de la gubernamentalidad frente a los desafíos propios del conjunto de seres vivientes en tanto población, a través de técnicas de conocimiento e intervención, principalmente en los problemas de salud, natalidad, esperanza de vida, etc. (Foucault, 2006; 2010).

Si la disciplina representaba la tecnología moderna de gobierno de los cuerpos, la técnica para crear individuos dóciles y útiles, la *biopolítica*, representa la tecnología política

de las poblaciones. Ambas funcionan a partir de la definición de lo normal, pero, a diferencia de las disciplinas, las técnicas de gobierno de las poblaciones toman en consideración fenómenos colectivos que tienen una duración más larga (Foucault, 2001b).

Por lo tanto, la biopolítica como forma de poder se ocupa concretamente de las enfermedades endémicas en la población, de la higiene pública; de la relación del medio ambiente, climático, geográfico, urbano, con la salud de la población; de las tasas de natalidad, la fecundidad de la población y las tasas de decesos; de igual forma, se interesa por la vejez y de las provisiones necesarias para su subsistencia fuera del aparato productivo (Foucault, 2010).

Tenemos entonces de un lado disciplina, del otro biopolítica, con objetos distintos (cuerpo individual v/s cuerpo múltiple de la especie biológica), considerando fenómenos distintos (fenómenos individuales v/s fenómenos de masa), con mecanismos distintos (de adiestramiento corporal en base al examen v/s de estimación estadística) y con finalidades distintas (obtener cuerpos-maquina útiles v/s regular la población) (Foucault, 2001b).

Es en este sentido que la biopolítica nos sirve para poder vincular las problemáticas del *Care* de nivel macro, como por ejemplo la Crisis de los cuidados y los esfuerzos por establecer Organización Social de los Cuidados en cada realidad local. Observamos aquí como se articula disciplina y biopolítica respecto la multiplicidad de cuestionamientos que los estudios del *Care* plantean (Martin, 2008), ya que la sociedad disciplinaria ha establecido relaciones de poder en ambos niveles.

Una posible entrada a la articulación de la anátomo-política con la biopolítica es la normalización. Como mencionáramos anteriormente, las tecnologías disciplinarias tienden a su multiplicación para cubrir la mayor parte del tejido social, normalizando la individualidad. Por su parte, la norma permite que desde la biopolítica, considerando los fenómenos de masa y sus mecanismos de estimación estadística-poblacional, el poder pueda regularizar a la población. La norma puede aplicarse tanto a un cuerpo que se quiere disciplinar como a una población que se quiere regularizar, “La sociedad de normalización es una sociedad donde se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la

disciplina y la norma de la regulación.” (Foucault, 2001b p 229).

Esta articulación ortogonal tomará su mayor fuerza desde el siglo XIX, para que el biopoder se haga cargo de la vida, desde lo orgánico hasta lo poblacional, gracias a las tecnologías de la disciplina y de la regulación (Foucault, 2001b). Estamos aquí, nuevamente, ante la intrínseca relación entre los niveles micro y macro de las lógicas que articulan el ejercicio del poder en las sociedades contemporáneas.

Con el análisis de los dispositivos disciplinarios, de la biopolítica y su articulación en el saber-poder, podemos entender la crítica sobre la noción represiva del poder. La crítica a la hipótesis represiva del poder se basa en la concepción de este como herramienta de dominación. Foucault (2006) se pregunta en *La voluntad de saber* sobre la concepción del poder en tanto represión, objetivado en la sexualidad, para concluir que en el siglo XVII más que una represión del discurso sobre la sexualidad, se presenta una proliferación del mismo. Es decir, el poder en su alianza con el saber, más que oprimir realiza una definición de la subjetividad, de forma que siglos más tarde surgen discursos liberadores (como el psicoanálisis), que establecen nuevas formas de sujeción y control. Es en este sentido que el poder no es tanto represivo como positivo, el poder fabrica y produce individualidades.

La capacidad totalizadora e individualizadora del poder moderno lleva el análisis foucaultiano a dos puntos que rescataremos brevemente: el análisis de la gubernamentalidad y la relación de biopolítica con el liberalismo.

La gubernamentalidad va a ser entendida como el estudio de las formas de gobernar y las racionalidades que lo sustentan, incluyendo todas las instituciones y procedimientos para regularizar a la población, así como los saberes y técnicas que de ello se derivan (Foucault, 2009). Por lo tanto, el biopoder va a ser una forma tardía de gubernamentalidad que va a desarrollarse en sus vertientes disciplinarias como biopolíticas hasta nuestros días y es en el Estado moderno donde encontraríamos una articulación nunca antes vista de una “...combinación tan compleja en la estructura política de técnicas de individualización, y de procedimientos de totalización.” (Foucault, 2001a p 246).

Por lo tanto, el Estado moderno es a la vez totalizador e individualizador y en esta característica reside parte de su fuerza de sujeción. Esto gracias a que el poder político en la modernidad integra las técnicas del poder pastoral de las instituciones cristianas como una nueva forma de gubernamentalidad (Foucault, 2001a).

En este sentido, el Estado moderno realizó una reinstitucionalización del poder pastoral, otorgándole a los individuos una forma específica. Esta transformación se caracteriza, entre otros aspectos, por un cambio de objetivo desde la trascendencia al más allá hacia la mantención de la salud (salvación) en este mundo. Además, se aumentó el alcance del poder pastoral con una mayor cantidad de agentes para ello, ya que se incorporan otras instituciones ajenas al Estado, que permiten un mayor alcance del poder, por ejemplo las familias o instituciones privadas de beneficencia. Finalmente, la multiplicación de objetivos y de agentes llevó al desarrollo de conocimiento acerca del ser humano en tanto población e individuo. A todos estos aspectos colaboró significativamente el saber de la medicina (Foucault, 2001).

De esta manera, las nuevas formas del poder pastoral conciernen precisamente al gobierno de los cuerpos –la *disciplina*– y al gobierno de las poblaciones –la *biopolítica*–. El poder se abre como gobierno de la conducta, de las acciones de otros y no refiere al enfrentamiento de unos con otros como, podría llevar a pensar la rápida homologación de poder con la violencia o, por el contrario, del poder en un consenso voluntario de sumisión. El poder está en un “...modo de acción singular, ni belicoso ni jurídico, que es el gobierno.” (Foucault, 2001a p 254).

Es interesante esta forma de conceptualizar el poder, ya que nos permite salir del entrampado camino de la violencia, que han tomado algunas investigaciones del cuidado en salud para abordar aquellas situaciones donde evidentemente se ha puesto en juego el poder desde el ejercicio de la violencia (Holmes, Rudge y Perron, 2012). En estas, los cuestionamientos apuntan mayoritariamente a como prevenir la violencia, física principalmente, entre enfermeras y pacientes, así como desde las instituciones hacia estos. Las relaciones de poder que podrían estar implicadas en un contexto sanitario sin expresiones explícitas de violencia quedan encubiertas.

Siguiendo los lineamientos respecto el *Care* y la relación entre las prácticas de cuidado, los trabajos de cuidado-dependencia, así como los contextos macro del cuidado se encuentran atravesados por una misma lógica de poder. Podríamos destacar el ejercicio del poder como gobierno del otro mediante la tecnología sanitaria de la atención de la dependencia, así como en el gobierno al que la Organización Social del Cuidado trata de responder en cada contexto local.

A propósito de la gubernamentalidad como biopoder, este se organiza significativamente en el contexto del liberalismo, en tanto un método de racionalización del ejercicio del gobierno desarrollado durante el siglo XIX. Este obedece a la regla de la máxima economía: los máximos efectos al menor costo posible. De ellos que para el liberalismo la gubernamentalidad pasa principalmente por una crítica del Estado, bajo la idea que siempre se gobierna demasiado (Foucault, 2010).

De acuerdo a lo anterior, una organización de la sociedad disciplinaria requiere de movimientos a nivel macro para su configuración. En este sentido, el poder disciplinario responde a los mecanismos del capitalismo. La producción del cuerpo dócil es pertinente a la maquinaria de producción capitalista, donde este es objetivado por el conocimiento que normaliza (Foucault, 2002). El biopoder ha servido indudablemente al capitalismo, ya que asegura la inserción de los individuos al aparato productivo y ajusta los fenómenos poblacionales a los procesos económicos, llegando a formas de control global sobre los cuerpos y las poblaciones (Foucault, 2006).

Quizá algunas de estas consideraciones ya se encontraban en aquellos estudios del *Care* que cuestionan la lógica neoliberal en las políticas de cuidado o en las prácticas de atención hospitalarias (Mol, 2008; Molinier, 2015). En el Estado moderno, la salud se articula en un ejercicio del biopoder, en una forma de gobierno que pareciera justamente no ejercer poder sobre el otro, bajo la fórmula del conocido “empoderamiento” del paciente. Las relaciones de poder que gobiernan las acciones de este último se difuminan en la libertad de elección.

Es justamente la libertad de elección, de acción agregaremos, la que nos acerca a la concepción del poder fuera de su sustancialización, para entenderlo como relaciones para actuar sobre las acciones de otros libres.

### **3.4. Poder y relaciones de poder**

Lo decíamos al comienzo de este apartado: para Foucault (1999b; 2001a) el poder no es una sustancia que detentan unos pocos privilegiados de la sociedad, es mas bien algo que circula en todo el tejido social, pasa por todos para separarlos y unirlos a la vez. El poder genera conflictos en una extensa malla, donde hay nudos mas o menos complejos de energía, pero en ningún caso el poder se localiza en instituciones específicas.

Siguiendo la figuración del poder como una malla, para hacer un análisis del mismo primero se debe establecer que no se trata de *Un* poder, sino más bien de *Los* poderes, ya que la sociedad es una multiplicidad de poderes en distintos niveles (Foucault, 1999b); por lo tanto el poder no se tiene, este se ejerce en cada uno de sus tejidos. La revisión de la disciplina, biopolítica y el gobierno dan cuenta de ello.

Con lo anterior, rescatamos que el poder no es una instancia prohibitiva, sino mas bien una instancia productora de un saber y de formas de comportamiento, tal como lo mostrara el desarrollo de las tecnologías disciplinarias. Esta visión productora del poder es útil para tomar distancia de la hipótesis represiva del poder y no asociarlo directamente con la dominación de unos por otros (Foucault, 2006).

En tal contexto, la individualidad no es algo pasivo sobre lo que opera represivamente el poder, por el contrario, la individualidad es receptora y emisora del poder. Por ello, una manera más adecuada para analizar el poder es graficarlo como una malla o red (Foucault, 1999b; 2006). Esta comprensión nos es útil al momento de pensar las relaciones de cuidado en salud, donde podríamos ubicar inicial y equívocamente el poder del lado del prestador de cuidados, así como a quien es dominado en el lado del paciente. Tanto los *caregivers* como los *carereceivers* participan de una malla de poder, el poder



circula en ambos y se ejerce/resiste por ambos.

Entonces, la pregunta que se hace Michel Foucault al respecto no es ¿qué es el poder?, sino ¿cómo funciona el poder?. Para ello analiza las instancias en que el poder actúa más sobre las acciones que sobre los sujetos mismos.

El poder consiste en conducir conductas y disponer de su posibilidad. En este sentido, el análisis del poder se va a relacionar con la lucha que se impone al sujeto consigo mismo, asegurando la sumisión a otros, mientras que la resistencia al poder sólo se podrá dar en el poder mismo, ya que nada se puede oponer al poder desde fuera de este (Foucault, 2001a).

Multiplicidad de poderes en mallas, redes, que no responden a un poder central y en las cuales participan los individuos: el poder es entonces una relación. Para realizar una primera distinción de las relaciones de poder, Foucault (2001a) establece una diferencia de estas con las capacidades y las relaciones de comunicación.

Las capacidades aluden al poder que se ejerce sobre las cosas, para modificarlas, utilizarlas o destruirlas. Por otra parte, las relaciones de comunicación refieren a aquellas relaciones que transmiten información a través de un sistema de símbolos, como por ejemplo una lengua. Las relaciones de poder se diferenciarían de las anteriores, en el sentido que son relaciones que actúan sobre las acciones de los sujetos, no sobre ellos mismos. Estos tipos de relaciones siempre se superponen unas a otras, sosteniéndose recíprocamente entre sí como medios y fines (Foucault, 2001a).

Esta visión de las relaciones de poder implica que entre los sujetos, el otro, condición necesaria de la relación, debe mantenerse siempre como un otro reconocido hasta el fin como una persona que actúa, para que se abra todo un campo de respuestas, reacciones, resultados e invenciones posibles en la relación. En este sentido, las relaciones de poder no son ni la muestra de un consenso ni de un sometimiento que anula la libertad (Foucault, 2001a).

Cuando las capacidades, las relaciones de comunicación y las relaciones de poder se articulan unas con otras, se configura la disciplina. Tomando esta distinción, el

desarrollo de la sociedad disciplinaria que hemos referido previamente, con su consecuente masificación, es “...un creciente y cada vez mejor vigilado proceso de ajuste – de modo cada vez más racional y económico – entre actividades productivas, recursos de comunicación y juego de relaciones de poder.” (Foucault, 2001a p 252).

Las relaciones de cuidado podrían ser vistas desde esta perspectiva: implican capacidades (materialidad de los cuidados), relaciones de comunicación (comunicación desde la definición del saber en torno al *Care*, que actúa sobre otros) y relaciones de poder (en cómo se determinan las acciones de cada quien en el cuidado en salud). Cuando estos tres elementos se articulan, se configura un dispositivo de disciplina, en nuestro caso, un dispositivo disciplinario de cuidados que opera según esta definición relacional de poder en tanto acciones que gobiernan las acciones de otros.

Para Foucault (2001a), el término que mejor permite analizar las relaciones de poder es “conducta”. Ya que implica “conducir” a otros, por ejemplo mediante mecanismos de coerción, a la vez que alude a una manera de comportarse dentro de un campo de posibilidades. Por lo tanto, el ejercicio del poder consiste en guiar las posibilidades de conducta y en disponerlas con el fin de obtener posibles resultados; las relaciones de poder habilitan acciones posibles. En suma, el poder es una cuestión de gobierno.

Una conclusión importante que se desprende de esta definición de poder y de las relaciones de poder descritas, es que este se ejerce sólo sobre sujetos libres, que disponen de un repertorio de conductas posibles, dentro de ellas la posibilidad de resistencia al poder. En las relaciones de poder que implican el gobierno de la conducta, la libertad surge como una condición para el ejercicio del poder, ya que si no hay libertad y posibilidad de resistencia, lo que queda no es una relación de poder sino una relación de constricción física, como en el caso de la esclavitud (Foucault, 2001a).

En este sentido la pertinencia de la noción de gobierno para el poder, ya que este permite formas no forzosas de ejercicio del poder, ni mediante la lucha o la violencia, sino que por medio del modo de acción específica que implica la gubernamentalidad (Foucault, 2001a; 2009).

De esta forma, podríamos analizar la lógica de la elección y del management en salud (Mol, 2008; Molinier, 2015). Bajo esta libertad de elección en tanto consumidores de salud, operan relaciones de poder que determinan las posibilidades de acción de los individuos implicados. Tanto paciente como proveedor de cuidados están sujetos a ciertos comportamientos predefinidos.

Si estos comportamientos se ajustan a un saber y a un operar del sistema de salud, podría ser el caso que las relaciones de cuidado funcionan bajo una especie de dispositivo de cuidado sanitario. El personal sanitario que otorga cuidados, incluyendo una actitud filantrópica en ello, con todo el aparataje teórico-profesional que lo ampara, mientras que el paciente recibe con gratitud estos cuidados y se ajusta a demandar lo que el sistema de salud oferta.

La noción de poder en la teoría foucaultiana de la primera mitad de los 70 se basaba en el saber y las subjetividades en tanto puntos de sujeción pasivas. Como hemos visto, el poder disciplinario produce individuos, en tanto subjetividades normalizadas, a la vez que desarrolla las humanidades como un saber que con sus discursos otorgarán una verdad al respecto.

### **3.5. Biopoder y salud**

Finalmente, tomaremos una breve reseña respecto la función de definición del saber en la salud. No todo problema de la población es tratado como problema sanitario y los problemas sociales muchas veces son traducidos al terreno de la salud. Tal es el caso del *Care* en tanto problemática trascendente a la supervivencia de la vida humana, que encuentra un lugar privilegiado en los cuidados en salud (Tronto, 2009).

Fassin (2004) propone que el sentido detrás de esto es que la salud opera en el biopoder, cuyo objeto es la vida. Los problemas sociales que ponen en juego el valor de la integridad del cuerpo, son aquellos que se trasladan a la esfera sanitaria. Agrega "...el reconocimiento de la persona pasa antes por el reconocimiento del cuerpo alterado o

sufriente. Sugiero denominar *bio-legitimidad* a esta prioridad dada a lo viviente en la administración de los asuntos humanos.” (p 303).

Sería esta bio-legitimidad lo que estaría a la base del biopoder en las sociedades contemporáneas, no como un poder sobre la vida sino más bien un poder de la vida como tal. El ejemplo del humanitarismo, una especie de *Care* a gran escala, lo demuestra: cuándo se discute la necesidad del riesgo de los voluntarios humanitarios en conflictos bélicos, no se trata tanto de los derechos humanos en general, sino que de la vida en particular de los voluntarios. Es decir, si la vida de los voluntarios es más o menos legítima que la de los civiles afectados (Fassin, 2009).

Son estos trasposos los que podrían ayudarnos a entender el lugar del *Care* en salud, entendido esta como una producción social que desde el biopoder articula lo anátomo-político con lo biopolítico. Es justamente el valor que toma el *Care* en su negatividad, cuando se encuentra ausente, lo que revela la dependencia a otros y lo impostergable de los cuidados para la mantención de la vida, podríamos decir aquello que le otorga bio-legitimidad.

Por una parte el *Care* se posiciona en el plano del saber especializado, se llama a pediatras y psicólogos para consultar sobre la importancia de los cuidados en la infancia, se consulta a sociólogos, economistas y antropólogos para dilucidar la gravedad de la crisis de los cuidados en una región, situaciones que, entre otros ejemplos, permiten posteriormente elaborar conocimiento especializado así como intervenciones y políticas públicas.

Por otra, el *Care* funciona como un criterio para realizar determinadas acciones que, con el propósito de cuidar de unos, perjudica a otros, como por ejemplo el cuidado frente al maltrato infantil, que implica en última instancia la pena y restricción de las libertades de quienes eventualmente podrían ser sus cuidadores. El principio de “interés superior del niño” establece que cuidar de su integridad, asegurar su vida en última instancia, es más legítimo que la vinculación consanguínea, las posibles penalidades, entre otros conflictos en cuestión (UNICEF, 2013).

Analizar el *Care* en base al biopoder y a la bio-legitimidad no ha de quedar exento de considerar los efectos de sentido que tiene el proceso de sanitizar problemáticas sociales. Fassin (2004) observa que la salud parece siempre basarse en el consenso que se asume por la legitimidad que otorga el cuerpo sufriente, a la vez que se presenta como un tema de especialistas. El *Care* sigue esta línea, al presentarse en el consenso de lo incuestionable que resulta la necesidad de cuidados en salud, sobre todo con el sufrimiento físico y/o psíquico, al mismo tiempo que requiere de los discursos del saber científico, que definen los criterios de verdad en los cuidados, así como sus correspondientes dispositivos para dar una respuesta técnica a las necesidades planteadas.

Ambos puntos se organizan como mecanismos de ocultamiento del biopoder que la salud ejerce: “Es entonces a la vez contra la propensión compasiva y más allá de las apariencias técnicas que debe hacerse de la salud algo significativo.” (Fassin, 2004 p 308). Tomamos esta afirmación como una orientación metodológica para continuar el estudio de las relaciones de poder que se encuentran al interior de las relaciones de cuidado.

#### **4. Psicoanálisis y relaciones de dependencia**

A partir de la revisión de distintas teorías del *Care* hemos llegado a la idea bastante transversal de la necesaria interdependencia entre las personas para poder mantener el sistema productivo, una calidad de vida o la vida misma. Esta dependencia y vulnerabilidad que le corresponde no son exclusivas de los Estudios del *Care*, ya que otros campos del saber se valen de ellos. Tal es el caso del psicoanálisis, que ubica las relaciones de dependencia en el origen de sus teorizaciones sobre la subjetividad, así como en la dinámica de su cura.

##### **4.1. La dependencia en el origen del aparato psíquico**

Para abordar el estado de necesidad inicial que el bebé humano experimenta al comienzo de la vida, Freud teoriza en distintos escritos la existencia de una situación primaria de tensión que ha de resolverse. Ya en el Manuscrito E (Freud, 2012a), fechado imprecisamente en 1984, el autor especifica esta condición a partir de algunas consideraciones sobre las neurosis de angustia. Nuestro autor asocia la presencia de angustia a la acumulación de tensión en el aparato psíquico, proveniente de excitaciones endógenas, puntualizando el hambre, la sed y la pulsión sexual. Estas excitaciones en acumulación alcanzan un umbral determinado en el aparato que le permitiría su valoración psíquica y el desencadenamiento de las relaciones entre representaciones, en la búsqueda de su alivio mediante *reacciones específicas*, que impiden que siga produciéndose excitaciones en los órganos terminales correspondientes a dicha tensión.

Esta situación primaria de tensión producto de la necesidad es aquí bastante inicial, pero se mantendrá en las preocupaciones de Freud para ser extensamente tratada en otro trabajo no publicado, donde se sistematizarán con mayor detalle las teorías sobre la satisfacción de necesidades y la vida anímica.

Durante la comunicación por carta con su amigo y confidente Wilhelm Fliess, Sigmund Freud (2012c) le hace llegar en 1895 un extenso manuscrito titulado “Proyecto de Psicología”, cuyo propósito es sentar las bases de su psicología natural y científica. En este trabajo, propone un aparato psíquico conceptualizado como una red neuronal, que estaría dividida en sistemas que interactúan mediante el flujo de cantidades de energía, fundado en dos bases: la hipótesis de un monto excitatorio energético denominado Q y la hipótesis de la existencia material de las neuronas como células específicas. Revisamos a continuación una parte del funcionamiento de este aparato psíquico, centrándonos en la satisfacción de necesidades y el auxilio de un otro para tales fines.

En este aparato psíquico inicial, un sistema de neuronas, denominado psi ( $\Psi$ ), se completa de excitación a partir de estímulos endógenos. Esta acumulación de energía produce un esfuerzo (Drang) de descarga hacia la motricidad para su alivio. La cancelación de dicho estímulo sólo es posible mediante una intervención que elimine en el interior del cuerpo el desprendimiento de una cantidad de energía, mediante una *acción específica*, es decir, la alteración del mundo exterior que sólo se puede producir por caminos definidos (Freud, 2012c). Particularmente sobre la situación de la necesidad al comienzo de la vida, Freud detalla:

“El organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo la acción específica. Esta sobreviene mediante *auxilio ajeno*: por la descarga sobre el camino de la alteración interior, un individuo experimentado advierte el estado del niño. Esta vía de descarga cobra así la función secundaria, importante en extremo, del entendimiento (*Verständigung* o “comunicación”), y el inicial desvalimiento<sup>5</sup> del ser humano es la *fuerza primordial* de todos los *motivos morales*.” (Freud, 2012c p 362-363).

---

<sup>5</sup> El desvalimiento referido alude a la palabra alemana *Hilflosigkeit*, concepto que será trabajado en mayor detalle por Freud en 1926 en *Inhibición, síntoma y angustia* y retomado profusamente por Lacan en sus seminarios, como veremos más adelante.

De esta manera, la *vivencia de satisfacción* consiste en que el individuo desvalido logra consumir la operación necesaria para cancelar el estímulo endógeno mediante un otro, la vivencia de satisfacción no es sino el rastro del primer cuidado recibido.

En este aparato psíquico, la vivencia de satisfacción deja otras consecuencias, dentro de las cuales destaca la *facilitación* entre las neuronas que estuvieron involucradas en el proceso. Este proceso consiste en que las neuronas investidas en el estado de esfuerzo (Drang) y en su descarga (aquellas de la percepción del objeto, del núcleo del aparato, las que percibieron el movimiento y aquellas que percibieron el alivio) quedan ligadas bajo la *asociación por simultaneidad* que rige al aparato psíquico. La facilitación será el resultado de esta ligazón (Freud, 2012c).

Por lo tanto, luego de la descarga de tensión acumulada mediante la acción específica, pasará un tiempo determinado en que por efecto de sumación se volverá a acumular una cantidad de energía que se distribuirá entre las neuronas ya facilitadas. Debido a que esta facilitación involucra la animación de la huella mnémica de la satisfacción, es que la acumulación de energía va a llevar como primer resultado la alucinación de la satisfacción de la necesidad, encontrándose luego con el desengaño de la misma que impone la realidad efectiva (Freud, 2012c).

Este punto nos lleva a un elemento crucial en la concepción psicoanalítica del psiquismo, así como de relevancia para nuestro análisis sobre las relaciones de cuidado: el deseo. A estas alturas del trabajo freudiano, el deseo es justamente la investidura de la red de neuronas que quedaron asociadas por facilitación en la vivencia de satisfacción. Específicamente, el deseo es aquí una elevación de cantidades de energía por sumación en el sistema psi, produciendo un motivo compulsivo de “una atracción hacia el objeto de deseo, respectivamente su huella mnémica” (Freud, 2012c p 367).

Siguiendo el ejemplo de la necesidad de alimentación, Freud (2012c) se explica esta atracción de deseo en la cual, luego de la primera satisfacción, existiría una cantidad mayor de investidura que superaría la acumulación de  $Q\eta$  producida por la mera percepción. Es



decir, como el apetito genera acumulación por sumación de  $Q\eta$  que se distribuye entre las neuronas facilitadas, la investidura es mayor que si fuera sólo la percepción.

Por lo tanto, el establecimiento del deseo, entendido como la búsqueda permanente de la vivencia de satisfacción primaria en la red facilitada, no puede pensarse fuera de una relación de cuidado caracterizada por el auxilio externo para realizar la acción específica que el bebé humano es incapaz de llevar a cabo. Esta observación nos posiciona rápidamente en el plano de la dependencia, ya que el sujeto estará determinado en su deseo por la relación de dependencia de la acción específica del otro y el aparato psíquico estará marcado por esa huella en toda satisfacción de necesidad posterior. Con esta elaboración inicial en Freud, nos encontramos con el cuidado y la dependencia en las determinaciones más primarias del deseo del sujeto.

Ahora bien, tanto la vivencia de satisfacción como el lugar del deseo en ello han tenido hasta este punto en la obra freudiana una existencia más bien privada, en sus escritos de correspondencia. Es en *La interpretación de lo sueños* (Freud, 2012d) donde el autor desarrollará extensamente estas consideraciones, ya no dentro de un sistema neuronal sometido al manejo de cantidades, sino en el funcionamiento del primer modelo de aparato psíquico que decide publicar.

Primero, para revisar el lugar del deseo en la vida onírica, Freud (2012d) regresa sobre la experiencia de los niños. Refiere que en ellos no encontramos el sueño desfigurado al modo del adulto, sino más bien un deseo “con la fuerza propia de lo infantil” (p 545) donde no hay un domeñamiento pulsional, aparato en que la separación entre los sistemas preconsciente e inconsciente no existe o sólo está constituyéndose. En el caso del adulto este deseo se presentará como inconsciente, con un carácter *inmortal* dentro del psiquismo.

De esta manera, Freud (2012d) retoma lo trabajado en su *Proyecto de psicología* respecto del displacer provocado por estímulos de origen inicial en las necesidades corporales y la tendencia del aparato por disminuir dicha tensión. El apremio de la vida es lo que imposibilita este anhelo del aparato y es a este apremio que Freud lo considera “el envión para su constitución ulterior [del aparato]” (p 557). Observación no menor respecto

a lo que vamos estableciendo sobre los cuidados, ya que el estado de necesidad inicial y el auxilio exterior otorgado serán las bases en la constitución del aparato psíquico.

El estado de necesidad que deviene en el impulsor para el desarrollo del aparato psíquico es lo que en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 2012j) distinguirá como *Hilflosigkeit*, es decir, un estado de desamparo producido ante la ausencia del otro. Si bien desarrolla el lugar que esto tiene para el surgimiento de la angustia, para los propósitos de nuestra investigación nos centraremos en la especial importancia que da a la prematurez con que el ser humano nace en comparación a otras especies, que como consecuencia prolonga su desamparo y dependencia.

De esta manera, un dato biológico de la especie humana, su prematuridad y prolongada dependencia, da un lugar preponderante al mundo exterior y al objeto que resuelve la tensión inicial. En estas condiciones, se refuerza "...el influjo del mundo exterior real, ...eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida." (Freud, 2012j p 145).

Volviendo a *La interpretación de los sueños* (Freud, 2012d), es a la luz del modelo de aparato psíquico donde esta *Hilflosigkeit* y la vivencia de satisfacción se figuran en la red de huellas mnémicas que quedan de la excitación producida por la necesidad, la producción motriz del bebé y la percepción de la satisfacción. De esta manera, nos entrega una definición de deseo:

"La próxima vez que esta última [excitación producida por la necesidad] sobrevenga, merced al enlace así establecido se suscitará una moción psíquica que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción y producir otra vez la percepción misma, vale decir, en verdad, restablecer la situación de la satisfacción primera. Una moción de esa índole es lo que llamamos deseo; la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo" (Freud, 2012d p 557-558).

Notemos primero que, a diferencia de lo mencionado en su Proyecto, no existe una red neuronal que sustenta la acumulación, sino que aquí se establece a partir de la economía que se desprende del análisis de la vida onírica. Segundo, el deseo se expande de la satisfacción de la necesidad en la red facilitada hacia una moción psíquica que busca la investidura y más específicamente hacia un cumplimiento de deseo.

Esa reaparición de la percepción que representa el cumplimiento de deseo puede darse por el camino regrediente en el aparato psíquico, mediante la identidad perceptiva. Es decir, desde la excitación producida por la necesidad hasta la investidura plena de la percepción, se provoca la alucinación de la satisfacción. Este sería el caso del aparato psíquico primitivo infantil, donde la repetición de la percepción está asociada a la satisfacción de la necesidad vía alucinatoria, por ejemplo en el chupeteo (Freud, 2012d).

No obstante lo anterior, debido a que la identidad perceptiva no asegura la satisfacción de la necesidad porque la realidad efectiva se impone, la necesidad perdura. Esto obliga al aparato psíquico a inhibir la regresión completa: la moción sólo debe alcanzar la huella mnémica del objeto y desde ahí girar en dirección progrediente para buscar la identidad perceptiva en el mundo exterior. Este desvío es lo que gobierna el sistema de motilidad voluntaria, es decir y siguiendo la definición de deseo a la que hemos llegado, es el uso de la motilidad para fines que existen en el sistema de memoria (Freud, 2012d).

En estas circunstancias, ir desde la necesidad, luego por la imagen mnémica de la vivencia de satisfacción, hasta el logro de la identidad perceptiva en el exterior mediante la motilidad, es “un rodeo para el cumplimiento de deseo” (Freud, 2012d p 558) que se ha hecho necesario por fuerza de la experiencia. Rodeo que el autor sitúa como *pensamiento* dentro del trabajo psíquico, pensamiento que no es sino un sustituto del deseo alucinatorio.

En sus *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*, Freud (2012f) describe entre otros aspectos el proceso para disminuir la tensión por displacer en el aparato psíquico. Como hemos señalado anteriormente, el recién nacido no puede hacerlo por sus

propios medios, esto lleva a alucinar pero la satisfacción no viene y trae la respuesta motriz, para que la madre o la figura cuidadora responda con la acción específica:

“...la observación de que el lactante, con tal que le agreguemos el cuidado materno, realiza casi ese sistema psíquico. Es probable que alucine el cumplimiento de sus necesidades interiores; denuncia su displacer, a raíz de un acrecentamiento de estímulo y una falta de satisfacción, mediante la descarga motriz del berreo y pataleo, y tras eso vivencia la satisfacción alucinada. Más tarde, el niño aprende a usar estas exteriorizaciones de descarga como medio de expresión deliberada. Y puesto que el cuidado que se brinda al lactante es el modelo de la posterior providencia ejercida sobre el niño, el imperio del principio de placer sólo llega a su término, en verdad, con el pleno desasimiento respecto de los progenitores.” (Freud, 2012f p 225).

Resulta interesante detenernos en algunas puntualizaciones de este breve texto. En primer lugar, el incipiente aparato psíquico del bebé requiere del auxilio de un otro, la madre, para cumplir su anhelo de disminuir el displacer. Es decir, nuevamente nos encontramos con la dependencia y los cuidados en el eje articulador de la economía primitiva del aparato psíquico.

Con esto destacamos una segunda puntualización, más novedosa que la anterior: la presencia del otro que cuida es casi una realización de este sistema psíquico que procura satisfacción. Freud refiere que sólo al agregar el cuidado materno podemos pensar la constitución de este sistema; por tanto el cuidado y la dependencia que lo sustenta, de la cual el lactante es testimonio, están siempre presentes en el juego del principio de placer y el principio de realidad.

La dinámica de ambos principios nos remite nuevamente al trabajo inicial de Freud (2012c), cuando en su *Proyecto* aborda la participación de este otro cuidador en el desarrollo del pensamiento, bajo el concepto de Complejo del prójimo.

En el entendido del aparato psíquico como red neuronal con cantidades de energía, cuando la imagen-recuerdo no coincide con la imagen-percepción y por lo tanto no sirve a la descarga de Qn acumulada, se da el trabajo de pensar. Es decir, cuando hay disidencia en el aparato psíquico entre lo percibido y lo recordado-deseado, se puede tomar el camino del juicio (Freud, 2012c). Dentro de las variadas conclusiones sobre el juicio que realiza Freud, nos detendremos solamente en lo relevante para comprender los cuidados y las experiencias de satisfacción primaria.

En el escenario inicial de la *Hilflosigkeit*, la acción específica es la acción del otro auxiliador, por tanto el objeto percibido en la experiencia de satisfacción primaria es un otro semejante, la madre en el esquema tradicional. En suma, el objeto-recordado que puede entrar en disidencia con el objeto-percibido es la figura cuidadora y con las dificultades que esta situación lleva a movilizar el discernimiento, configura el Complejo del prójimo (*Nebenmensch*) (Freud, 2012c).

Si el objeto percibido es particularmente el otro del *Nebenmensch*, es este el que permite al ser humano desarrollar el discernimiento. Si esto se da a partir de las disparidades entre el objeto-recordado (deseado) y el objeto-percibido, se establece una situación conflictiva propia de este complejo: para el lactante que llora producto de la tensión acumulada, el otro es a la vez quien da satisfacción y quien con su ausencia, puede provocar dicha tensión. Freud (2012c) agrega: "...un objeto *como este* es simultáneamente el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador." (p 376); una aclaración sustancial para nuestro análisis de las relaciones de cuidado, ya que la figura cuidadora es al mismo tiempo quien alivia la tensión como quien puede generarla. Esta observación es válida no sólo para aquellas relaciones de cuidado en que se realizan agresiones manifiestas hacia los pacientes, sino también para aquellas en las cuales sin agresiones, podemos inferir que la persona está a merced de su cuidador, quien puede ser su "único poder auxiliador".

Si bien hemos destacado la participación de los cuidados, graficados en la madre por Freud, cabe señalar en este punto que la realización completa del sistema que ambos podrían formar resulta imposible, debido a que la madre nunca podrá volver a ser la misma de la vivencia de satisfacción originaria, tanto desde el modelo del *Proyecto* como desde el de la *Interpretación*. Este ángulo nos permite tomar nuevamente la distancia que hemos demarcado en capítulos anteriores, respecto la mistificación de los cuidados, el riesgo de su feminización en el maternaje, como aquel escenario ideal de completa comunión donde las necesidades son perfectamente satisfechas. Nada de ello hay en esta concepción freudiana del desamparo y el cuidado.

En tercer lugar, destaquemos el uso deliberado de la descarga por parte del niño para obtener los cuidados que proveen la satisfacción. Esta descarga toma de aquí en adelante el lugar de señal de auxilio para el adulto experimentado, un llamado de cuidados con destino siempre frustrado ya que, como hemos señalado, jamás podrá revivir la experiencia de satisfacción primaria.

#### **4.2. La dependencia al Otro**

Al intentar comprender el funcionamiento del aparato psíquico en su estado más primitivo, nos encontramos cada vez con mayor frecuencia con la importancia de los cuidados para sentar algunos de los mecanismos a la base del deseo. De igual forma, al revisar los escritos freudianos, progresivamente aparece la figura que provee cuidados con un papel crucial en esta dinámica, en la formación del aparato psíquico. Otro concreto que amerita ser estudiado para continuar el estudio de las relaciones de cuidado y dependencia. Esta será nuestra puerta de entrada para acudir a algunas conceptualizaciones de Jacques Lacan sobre la relación al otro, así como a las aperturas sobre la satisfacción del aparato psíquico, en la triada necesidad-demanda-deseo.

Volviendo a la obra freudiana podemos encontrar menciones específicas sobre la importancia del otro en la búsqueda por disminuir la tensión en el aparato psíquico. Como

hemos señalado, una de los puntos de entrada a estas menciones están en los aquellos pasajes que estudian la angustia, entre los cuales destacamos la carta 52 dirigida a Fliess (Freud, 2012b). En este breve escrito, Freud articula la comprensión del ataque histérico y las manifestaciones de angustia que presenta, vinculando estas últimas a la relación con un otro particular: “El ataque de vértigo, el espasmo de llanto, todo ello cuenta con el otro, pero las más de las veces con aquel otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya.” (p 280).

Este otro prehistórico, de acuerdo al seguimiento de los trabajos de Freud que hemos realizado hasta este punto, daría cuenta del otro de la vivencia de satisfacción originaria mencionada en el *Proyecto de psicología* (Freud, 2012c). Sin embargo, en esta breve referencia de la carta 52, el autor se detiene en considerar que toda búsqueda por restablecer la experiencia de satisfacción considera ya a otro concreto a la vez que mítico, para lo cual revisaremos los desarrollos de Lacan respecto el Otro y sus particularidades para el sujeto.

En primer término, Lacan (2008a) va a diferenciar al otro en el semejante del Otro que representa la alteridad radical. De esta manera el sujeto, al hablar, se dirige a los otros pero aludiendo tras ello al Otro, enfatizando que “en la función de la palabra de quien se trata es del Otro” (p 355). Este último es aquello que está al otro lado del muro del lenguaje que él mismo instituye: “Dicho en otros términos, el lenguaje sirve tanto para fundarnos en el Otro como para impedirnos radicalmente comprenderlo” (p 367). Siguiendo lo que hemos desarrollado hasta aquí en la investigación freudiana, el Otro que propone Lacan representa, entre otros aspectos, un lugar que en la experiencia de satisfacción delimitada por Freud en el funcionamiento primitivo del aparato psíquico, es ocupado por aquel otro que provee de auxilio para la acción específica.

Así, con la noción del Otro, Lacan (2008b, 2008c, 2011a, 2011b) retoma lo trabajado por Freud sobre el desamparo inicial del bebé. La figura de los cuidados maternos toma lugar en el Otro, quien debe responder a las necesidades y sensaciones del bebé pero también forma parte de ese ambiente que las genera. No es solo ante la no respuesta de la necesidad, o más bien ante la ausencia del otro, que surge el displacer, si no también ante su

presencia. Este Otro tomará papeles y funciones diferentes respecto el estado de desamparo y el deseo, para lo cual revisaremos en primera instancia su participación mediante algunas consideraciones en el grafo del deseo.

El grafo del deseo es una formulación de Lacan que aparece entre los años 1957 y 1958, principalmente en el seminario *Las formaciones del inconsciente* (Lacan, 2008b) y en su trabajo *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano* (2011b). Además, nos apoyaremos en algunas observaciones realizadas en *La significación del falo* (Lacan, 2011a) respecto la triada necesidad-demanda-deseo. De los múltiples recursos teóricos que se extraen de estas formulaciones, nosotros trabajaremos en torno a aquellos puntos del grafo que permiten diferenciar la necesidad, la demanda y el deseo en la relación con el Otro, para contribuir a la conceptualización de las relaciones de cuidado, punto reviste el principal interés de nuestra investigación.

#### 4.3. El grafo del deseo en su célula elemental

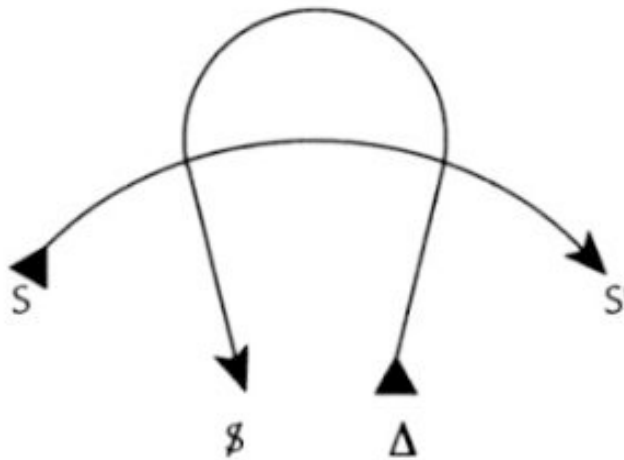


Fig. 1. Grafo del deseo en su célula elemental.

Lacan, 2011b p 784.



Partiremos por esta célula elemental del grafo del deseo (Lacan, 2011b), donde el cruce de dos líneas que muestra el efecto de la significación que nos servirá de base para introducir la participación del Otro. En este esquema, el vector que va de S a S' representa la cadena significativa, mientras que la línea curva que va de  $\Delta$  a  $\S$  representa la intencionalidad del sujeto.

El cruce de ambas líneas de este grafo compone el efecto retroactivo de la significación en un punto de almohadillado, que Lacan (2011b) invita a plasmar en el conocido ejemplo que cada frase debe atravesar por la cadena significativa y es sólo en su finalización donde se cierra la significación, en la intersección superior-izquierda del grafo, para dejar como consecuencia al sujeto barrado por el lenguaje.

Aplicándolo a nuestro análisis de las relaciones de cuidado, podríamos tomar el ejemplo del discurso que define el objeto de los cuidados en salud. Quien quisiera definir el cuidado en salud debe valerse del discurso que el saber dispone para ello, del tesoro de significantes que el lenguaje organiza para dicho campo. Si esta cadena significativa se ordena en torno la mantención de la vida, al altruismo, la bondad, la espiritualidad, entre otros, como en el caso de la enfermería que sigue la tradición de Nigthingale (2002), la significación de los cuidados, así como paciente y *caregiver* quedarán en dicho campo, atravesados por una relación de cuidado que determina lo posible en ella. “El cuidado es ayudar a otro desvalido hijo de Dios” difiere en su cierre de “El cuidado es ayudar a otro desvalido ser humano”, cambiando completamente su significación y las posibilidades de relación de los actores involucrados.

En elaboraciones más avanzadas del grafo, Lacan (2011b) ubica en la intersección derecha al Otro, A, “el tesoro del significativo” (p 785), una forma de llamar al Otro representante de lo simbólico; además posiciona s(A) en la intersección izquierda, en el lugar de la puntuación donde la significación se constituye en tanto producto terminado.

Con estos elementos en juego, podemos entender que es en la acogida de la demanda donde se produce la discordancia de las necesidades del sujeto y las respuestas que se dan a ellas. La significación que señaláramos anteriormente vuelve la demanda en

una demanda que tributa de Otro, el Otro la recorta con sus significantes, quedando formulada en el Otro mismo y no en un individuo autónomo, como podríamos pensar erróneamente. De esta manera, el sujeto queda sometido al universo de los significantes del Otro, para concluir que “...no hay demanda que no pase de una manera o de otra por los desfiladeros del significante” (Lacan, 2011b p 791)

Una vez esto ha ocurrido, la experiencia de satisfacción primaria va a quedar ligada a las formas de significación que el Otro ha proveído y dentro de las cuales circunscribe al niño. Por tanto, de manera progresiva este utilizará ese universo de significantes para resolver su necesidad, ahora desde una demanda dirigida al Otro a la vez que se le devuelve al sujeto desde el Otro (Lacan, 2008b; 2011b).

Junto a lo anterior, siempre que se levanta una demanda, está es más que la demanda de satisfacción de una necesidad, el sujeto demanda un extra: amor. Por ejemplo, el paciente que demanda cuidados asistenciales desde su cama, no sólo espera la satisfacción de sus requerimientos corporales, sino que también demanda ser “bien atendido” por el personal. Este ejemplo nos es útil en ambos sentidos, ya que además de graficar la demanda de amor, muestra que dicha demanda está ya definida por el Otro: todo lo que implica ser “bien atendido” va a estar definido por lo que el discurso de la atención sanitaria establece como estándares de calidad. El paciente reclama algo que ya existe en el tesoro de los significantes de la Salud.

Lacan (2011a) propone que la mera satisfacción de la necesidad de niño toma sentido sólo en una demanda forjada en la relación con el Otro, desde el Otro, siendo una demanda dirigida a él. Esto se puede graficar en aquel Otro primordial del que hablaba Freud, el cual es encarnado en principio por la madre, quien a su vez interpreta el grito del bebé y quedando ella misma hablada por el Otro. Por lo tanto, este planteamiento propone que el mensaje se le devuelve al sujeto como formulado por el Otro, como revisaremos en la siguiente aplicación del grafo.

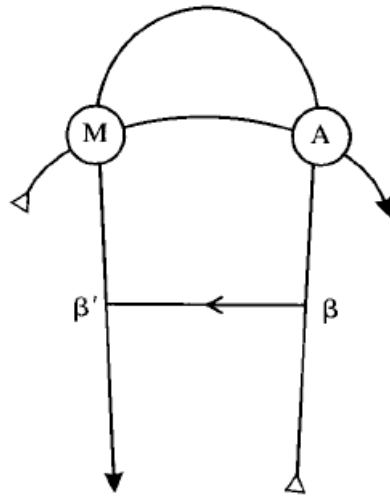


Fig. 2. Lacan, 2008b p 526.

Un efecto que tiene esta acogida de la necesidad a través de la demanda, es que como hemos dicho, para poder demandar el mensaje emitido (M) ha de ser por vía del gran Otro (A). A partir de entonces, la necesidad queda enajenada en el Otro y el sujeto está en una dependencia de la conformación significativa como tal, al encontrarse siempre con su propio mensaje emitido desde el Otro, tal como lo muestra la figura 2 (Lacan, 2008b; 2011a).

De esta forma, el grito de la necesidad del lactante queda inscrito en el lugar del Otro, reservorio de todos los significantes, para ser entendido como un llamado. Entonces, la demanda permitirá el uso del significante para algo más allá que la mera satisfacción de la necesidad. Dirá Lacan: “La demanda en sí se refiere a otra cosa que a las satisfacciones que reclama. Es demanda de una presencia o de una ausencia” (Lacan, 2011a p 670). Será en esta que se generará una discrepancia por la imposibilidad de la satisfacción total, provocando el despliegue del deseo.

Tal como lo revisáramos respecto el aparato psíquico originario, la vivencia de satisfacción primera es irrepetible, ese “...otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya” (Freud, 2012b p 280), lo cual estará incluido en la demanda al Otro que no se logrará colmar. Al contrario, más que colmar, lo que hace es inaugurar el deseo:

“El deseo se esboza en el margen donde la demanda se desgarrar de la necesidad [*besoin*]: margen que es el que la demanda, cuyo llamado no puede ser incondicional más que si es dirigido al Otro, abre bajo la forma de la falla posible que puede aportarle la necesidad [*besoin*], por no tener satisfacción universal (lo que se llama: angustia)” (Lacan, 2011b, p. 793).

Por lo tanto, la necesidad representa un apremio material en el plano biológico. No obstante, para poder satisfacer la necesidad, el sujeto debe valerse del lenguaje para instalar la demanda al Otro, el cual es a la vez el reservorio de lo simbólico para poder articularla. Como hemos explicado, la madre, primer representante del Otro, intenta responder a la satisfacción de la necesidad que se articuló en la demanda, siendo siempre un esfuerzo inconcluso. En esa diferencia entre necesidad y demanda, la imposibilidad de su total conjunción, surge el deseo como aquel resto inalcanzable (Lacan, 2008b).

En este sentido, la necesidad, la demanda y el deseo se encuentran siempre vinculadas a la condición de desamparo del recién nacido humano, aquella situación que señaláramos en Freud bajo la palabra *Hilflosigkeit*. Revisaremos a continuación cómo se articula dicha condición a la relación con el Otro que hemos presentado aquí.

#### **4.4. La *Hilflosigkeit* y el Otro**

El estado de desamparo o *Hilflosigkeit* va a ser traducido por Lacan (2008c) en el seminario VI como un *sin recursos* de la cría humana frente a los estímulos del exterior y

como hemos detallado previamente, esto es equivalente al enfrentamiento con el Otro, “Ante la presencia primitiva del deseo del Otro” (p 26).

De lo anterior se revela que este uso deliberado de la traducción del término *desamparo* por *sin recursos* le permite a Lacan (2008c) abrir la desprotección del sujeto respecto del Otro mismo, específicamente de su deseo. Así, la *Hilflosigkeit* toma un carácter dramático distinto del enmarcado por Freud: “La relación del deseo del sujeto con el deseo del Otro es dramática, en la medida en que el deseo del sujeto ha de situarse ante el deseo del Otro, el cual empero lo aspira literalmente y lo deja sin recursos.” (p 472).

Lacan (1990) retoma en su séptimo seminario a este Otro capaz de aspirar al sujeto. Al volver sobre el *Proyecto de psicología*, puntualiza que lo buscado en el aparato psíquico para disminuir el displacer, el objeto de la primera satisfacción, queda inalcanzable en tanto que Otro: “ese objeto, *das Ding*, en tanto que Otro absoluto del sujeto, es lo que se trata de volver a encontrar. Como mucho se lo vuelve a encontrar como nostalgia. Se vuelven a encontrar sus coordenadas de placer, no el objeto.” (p 68).

Por lo tanto, retomando los momentos de la necesidad, la demanda y el deseo, es la madre quien viene a ocupar el lugar del Otro que puede aspirar: “El deseo por la madre no podría ser satisfecho pues es el fin, el término, la abolición de todo el mundo de la demanda, que es el que estructura más profundamente el inconsciente del hombre” (Lacan, 1990 p 85).

En este punto, tanto Freud como Lacan coinciden en la experiencia de satisfacción y la búsqueda del Otro como primer portador de la misma. No obstante, la variación de la *Hilflosigkeit* desde la formulación de Freud hasta su desarrollo en Lacan presenta una novedad. Para el caso de Freud (2012j), es la ausencia del otro que auxilia lo que revela el estado de desamparo, trayendo consigo la angustia. Por su parte, Lacan (1990) refiere que es justamente la presencia del Otro lo que enfrenta al sujeto, eventualmente, a su estado de *sin recursos* para hacer frente al mismo, a la presencia - eventualmente excesiva - del deseo del Otro en el desamparo.

Para nuestro propósito, la observación de la *Hilflosigkeit* como un sin recursos frente al Otro es de bastante utilidad. Retomemos aquí la idea que el desamparo primario es otra forma de constatar la interdependencia universal que el *Care* plantea, de lo cual desprendemos que las relaciones de cuidado, que siempre se mueven en algún grado de esa interdependencia, son permeables al carácter dramático señalado. En síntesis, el Otro que provee cuidados muestra aquí la posibilidad de ser quien provoca sufrimiento; la negligencia del cuidador, su eventual restricción de otorgar cuidados, la tecnificación impersonal de los cuidados, entre otras situaciones, muestran que siempre está latente esta cara más nociva del *caregiver*, una de las figuras del Otro.

Debemos aclarar acá que situar la relaciones de cuidado en salud desde la posibilidad de un “daño” al paciente, tal como lo mencionáramos ahora, no es exclusivo de aquellas interacciones sociales marcadas por la violencia, a veces solapada, del personal sanitario. Este potencial avasallador no es una característica de los individuos que cuidan, sino que es una propiedad de la estructura de relaciones que hemos venido describiendo. Tal como lo mostrara el Grafo del deseo en su célula elemental, hay una intencionalidad del hablante que, al ingresar en el orden del discurso sanitario, no puede eludir el cruce y la significación en el Otro, mismo Otro que puede estar en exceso o en una radical ausencia.

El proceso de articulación de la necesidad, la demanda y el deseo, muestra ser una ampliación y distinción del proceso que surge de la tensión y la vivencia de satisfacción descritas por Freud. En este sentido, es necesario tomar el lugar de conceptos como satisfacción, necesidad, deseo, otro/Otro, etc. no como meras repeticiones en la obra de Lacan de lo postulado por Freud, sino que más bien ubicarlos en tanto construcciones que aportan un valor diferente a los elementos implicados en la relación con el otro, que en nuestro caso hemos especificado para las relaciones de cuidado en salud.

#### 4.5. Origen del cuidado como disposición a un otro

Con el establecimiento de la situación primaria de dependencia y de la relación con el Otro, se esclarecen mayormente algunas de las características implicadas en esta relación intersubjetiva de cuidados. En este punto, creemos necesario indagar en el lugar de origen en la historia subjetiva de un individuo, de la disposición a cuidar de otro.

Para este propósito, volvemos sobre un referente teórico importante para el *Care*, al menos para sus inicios en la psicología. Acudimos aquí a las consideraciones de Nancy Chodorow (1984) sobre el origen de la preocupación por el cuidado de otro, asociado tradicionalmente a la femineidad. Nuestra elección no es al azar, ya que será esta autora el sustento en las primeras páginas de la investigación de Gilligan (1985) para realzar la voz diferente de las mujeres.

Chodorow (1984) se preocupa de revisar otras explicaciones posibles a la tradicional del psicoanálisis freudiano respecto las diferencias de lo femenino y lo masculino. La principal fuente la encuentra en que las mujeres son tradicionalmente responsables del cuidado de los recién nacidos. Esto empuja a que lo femenino se desarrolle principalmente en el plano relacional, más que lo masculino.

Deliberadamente habla de lo femenino, no sólo que la mujer ejerza los cuidados, sino que también en la experiencia de la gran mayoría de los recién nacidos, varones y niñas, quien provee estos primeros cuidados es una mujer. Para la autora el cuidado es femenino (Chodorow, 1984).

No obstante este factor común, las niñas estarían en un escenario subjetivo distinto a los varones, ya que ellas se identifican con una figura del mismo sexo durante los primeros años de cuidados, es decir, se identifican con la figura cuidadora. Los niños tomarían un camino distinto, de separación de esta figura para definir su identidad. De ello que los niños se desarrollen con una individuación más enfática (Chodorow, 1984).

Para Chodorow (1984), esta diferencia no implica que para las niñas sea más difícil establecer los límites del yo, sino que por el contrario, su especificidad les entregaría un

plus: una mayor preparación para preocuparse de otros, de empatizar con sus necesidades como si fueran propias.

De esta manera, al ser cuidadas por otro del mismo sexo, las niñas se ven a sí mismas como menos diferenciadas del mundo que les rodea. La oposición aquí es clara: la virilidad se define por la separación de esta figura cuidadora del sexo contrario, mientras que la femineidad se ve amenazada por dicha separación. Esto explicaría que las mujeres tiendan a tener problemas con la individuación y los hombres con la separación (Chodorow, 1984).

Las conclusiones de Chodorow (1984) organizan una especificidad de las mujeres en torno al cuidado, la cual se apuntala en un proceso identificatorio con la madre en la construcción de la identidad de género. El riesgo que observamos en este análisis de las relaciones de dependencia primaria es múltiple.

En primer lugar, esta explicación originaria de los cuidados deja en suspenso y muy cercana la idea de los cuidados como algo exclusivamente femenino. Trae nuevamente la naturalización del género y el esencialismo del *Care* del cual tanto ha buscado rehuir el feminismo, como señaláramos al comienzo de nuestra investigación.

En segundo lugar, si la clave es la identificación tal como la presenta Chodorow (1984), el cuidado tendría su principal origen en la relación especular con la madre, dejando fuera cualquier organización triádica que se encuentra en el seno mismo de la articulación de la demanda y el deseo, tal como hemos analizado en los trabajos de Freud y Lacan. Efectivamente, que el cuidado se asocie a la identidad, al yo y a la eventual identificación especular, nos aleja del descubrimiento freudiano del inconsciente y el deseo.

En este sentido, nos parece más pertinente el análisis que realiza Winnicott (2011), sobre la capacidad de sentir preocupación por el otro. La postura aquí es totalmente



distinta: la preocupación<sup>6</sup> por el otro es la forma positiva de un fenómeno negativo que denominamos culpa.

A partir de la lógica que nos obliga la afirmación misma, para que exista preocupación por el otro debe existir un otro diferenciado. Por lo tanto, Winnicott (2011) aclara rápidamente que se trata aquí del momento pre-edípico donde el bebé a comenzado a separarse progresivamente de la madre, en la posición de dependencia relativa. Esta madre se compone tanto de una madre-objeto, lugar de descarga de las pulsiones y de una madre-ambiente, en tanto persona que protege de lo imprevisible y otorga los cuidados activamente. En la ambivalencia del odio y del amor propia de esta fase, se presenta ante el niño que sus tendencias pulsionales se descargan sobre la madre que provee el ambiente vital.

De esta situación se desprende que es extremadamente necesario que la madre sobreviva a la vida pulsional del bebé, seguir siendo ella misma, empática con su hijo. En este sentido, la madre en tanto objeto sobrevive no por benevolencia del niño, sino que por sus propias capacidades (Winnicott, 2011).

Del lado del niño, como consecuencia de la eventual destrucción del objeto surge la angustia. Si la madre sobrevive a esta turbulencia emocional, el niño adquiere progresivamente confianza de poder dar algo a la madre a cambio del daño realizado. De este modo, la angustia contenida sufre una modificación en su calidad para convertirse en sentimiento de culpa (Winnicott, 2011).

Así, se inaugura la posibilidad de dar un uso despiadado al objeto, para después contener la angustia bajo la forma de la culpa, a la espera de las oportunidades de reparación. Este encuadre enriquece la vida afectiva del niño, ya que se permite el despliegue de su vida pulsional librado de montos de angustia intolerables, contexto favorable en que la vida instintiva tienen libertad de expresión. Por lo tanto, la madre-

---

<sup>6</sup> Preocupación en Winnicott que podríamos asociar a aquella forma de cuidado que implica estar pendiente, atento al otro y también, como se verá más adelante, a las acciones concretas de cuidado realizadas para otro.

objeto debe sobrevivir a la vida pulsional y la madre-ambiente debe permitir las oportunidades confiables de reparación para el infante (Winnicott, 2011).

En suma, el bebé puede experimentar la culpa, para contenerla y luego reparar:

“A esta culpa contenida pero no sentida como tal le damos el nombre de “preocupación por el otro”. En las etapas iniciales del desarrollo, si no hay ninguna figura materna confiable que reciba el gesto de reparación, la culpa se vuelve intolerable, y no puede sentirse preocupación por el otro. La falta de reparación conduce a una pérdida de la capacidad para la preocupación por el otro, y a su reemplazo por formas primitivas de culpa y angustia.” (Winnicott, 2011 p 107).

Vemos que claramente para Winnicott, la preocupación por el otro es una culpa contenida, que se prolonga en el tiempo a la espera de su resolución en alguna acción que deja como resultado al infante con un nuevo recurso: tener algo que darle al otro, algo que tiene valor de reparador. De no estar dichas condiciones, no se puede llevar a cabo esta acción, volviendo la culpa contenida en sentida, luego intolerable, para finalizar en la incapacidad de preocuparse por el otro.

Por otra parte, la preocupación es algo que va un poco más allá de esta culpa e implica el sentido de responsabilidad individual, respecto la presencia de los impulsos instintivos que ingresan en la relación con el otro. De esta manera, “La preocupación por el otro se refiere al hecho de que el individuo *se interesa, le importa*, y siente y acepta la responsabilidad.” (Winnicott, 2011 p 96).

Nos quedamos con esta impresión del origen del cuidado en la relación con la madre, no desde el plano yoico identificadorio-especular que planteaba Chodorow (1984), sino que desde la relación del sujeto con sus pulsiones y la responsabilidad sobre las mismas. Cuidar implica hacerse cargo de las propias tensiones que encuentran su camino de

descarga en la relación con el otro, hacerse cargo de los efectos del propio deseo en la relación con ese otro particular; cuidar es reparar el daño que se ha causado para evitar la desaparición del Otro. Esta lectura con Winnicott (2011) nos parece más acertada a nuestro interés por esclarecer el *Care* fuera de su feminización y mistificación de los cuidados.

Además, la cautela de no caer en lecturas mistificadoras de los cuidados nos trae nuevamente a la consideración política de las relaciones de cuidado. No es esencialmente femenino ni indescifrable: las lecturas que del cuidado podemos hacer con el psicoanálisis muestran que el poder no es necesariamente dominación mediante el ejercicio coercitivo sobre los cuerpos, sino que puede ser mediante los efectos de significación desde un lugar Otro en la relación de cuidado.

La problematización de la dependencia en el psicoanálisis deja en evidencia que las relaciones de cuidado no pueden estar ajenas a las intrínsecas relaciones de poder que las definen, entendidas estas como mallas que atraviesan las distintas formas de relación al Otro y determinan el comportamiento de los sujetos en dichas relaciones. Por tanto, en toda relación de cuidado se decide el lugar simbólico para cada participante, siendo en definitiva una relación intersubjetiva de carácter político.

## CONCLUSIONES

La revisión de los cuidados nos ha llevado a las conceptualizaciones psicoanalíticas sobre los procesos psíquicos primarios, poniendo de manifiesto que la dependencia, bajo la forma de *Hilflosigkeit*, está en el centro de la teoría psicoanalítica, ya presente en la inauguración del deseo. Esta centralidad no quedará ajena a la puesta en práctica del tratamiento psicoanalítico, que se vale de la transferencia como su principal herramienta. Por ello, revisaremos brevemente cómo la transferencia se articula en una relación de dependencia, siguiendo los escritos freudianos para acercarnos a las relaciones de cuidado en salud mental.

Un desarrollo ya inicial de la transferencia lo encontramos en el epílogo del caso Dora, donde Freud (2012e) observa que en el curso del tratamiento psicoanalítico aparece un tipo particular de formaciones del pensamiento inconsciente, que consiste en la sustitución de una persona anterior por la del analista, reactualizando vivencias del pasado con este, recreaciones de mociones y fantasías. Estas son una creación de la enfermedad, inevitable en el tratamiento y necesarias para la cura.

Por lo tanto, la transferencia es un obstáculo en el instrumento mismo de la cura, ya que es usada por el paciente para producir todos los impedimentos que vuelvan inasequible el material para la cura. La aparente contradicción encuentra su solución en la relación del analista con ella, ya que en el tratamiento se da un proceso recurrente de aniquilamiento de las mociones tiernas y hostiles, haciéndolas conscientes para el provecho del trabajo analítico, concluyendo en que “la transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en el auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (Freud, 2012e p 103).

El fracaso en el tratamiento de Dora es adjudicado por Freud (2012e) a no lograr dominar a tiempo la transferencia. De esto se desprende que el manejo de las mociones tiernas y hostiles, su intelección y transmisión en la cura, como sus efectos en las distintas

instancias, dan cuenta de una *dinámica* en la actualización que hace el paciente y su enfermedad realizan en el tratamiento a partir de dependencias anteriores.

Años más tarde, en sus escritos técnicos, Freud (2012g) retomará este aspecto de relevancia para el tratamiento en *Sobre la dinámica de la transferencia*. Comienza puntualizando el papel que desempeñan las experiencias tempranas para configurar las relaciones futuras, una especie de clisé que es reimpreso de manera regular en la trayectoria de la vida, aunque no se mantiene ajeno a reimpresiones recientes. Aquí estamos nuevamente ante la presencia de las experiencias primarias que condicionan el deseo, excediendo las relaciones con las primeras figuras significativas para alcanzar el condicionamiento de la relación con el analista.

El analista será el terreno donde volcar la libido asociada a dicho *clisé*: “esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las «series» psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento” (Freud, 2012g p 98).

En el curso del tratamiento, cada vez que la labor investigativa del análisis se encuentra con la libido retirada en sus escondrijos, se libera una pugna contra las fuerzas que llevaron a dicha regresión, que se presentan al modo de resistencias a la cura, para conservar el estado de enfermedad al que se asocian. Así, en toda ocurrencia singular o acto del paciente durante el tratamiento, tanto regresión como represión estarán en juego; lo que el paciente haga o transmita en la cura tendrá que responder a un doble compromiso: con la resistencia y con el tratamiento (Freud, 2012g). Se anuda aquí la dependencia infantil reeditada en la relación con el analista, buscando de hecho extenderla.

Para Lacan (2011c), en *Intervención sobre la transferencia* el psicoanálisis se enmarca como una experiencia principalmente dialéctica que se pone en juego en la dinámica de la transferencia que hemos revisado. El progreso de la cura se basa en una serie de inversiones dialécticas que modifican la posición del sujeto, lo que lleva a definir la transferencia como la “...aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica

analítica, de los modos permanentes según los cuales [el sujeto] constituye sus objetos” (p 214).

La interpretación y el trabajo con la transferencia pasa por movilizar nuevamente este proceso dialéctico, desmarcándose de su interpretación desde los afectos, para dar pie a un énfasis en la dimensión de diálogo en análisis y la función de la misma en el momento en que se produce (Lacan, 2011c).

El lugar donde el compromiso entre resistencia y tratamiento se presenta con mayor nitidez es efectivamente en la transferencia, cuya dinámica será justamente transferir en el analista cada contenido patógeno inconsciente a fin de resistir su esclarecimiento y defenderlo con máxima tenacidad. La transferencia ofrece las mayores ventajas para la desfiguración del material y de ello que la situación se prolongue hacia que todos los conflictos se libren finalmente en la esta particular relación, tanto en sus variantes positivas como negativas (Freud, 2012g).

Resulta importante que nos detengamos en la consideración de Freud (2012g) respecto a que las mociones inconscientes intentan no ser recordadas, sino mantenidas en la transferencia hacia el analista, buscando “...reproducirse en consonancia con la atemporalidad y la capacidad de alucinación de lo inconsciente... quiere actuar {agieren} sus pasiones sin atender a la situación objetiva {real}” (p 105). Por su parte, el analista quiere relevar esos sentimientos en la trama del tratamiento y la biografía del paciente.

En *Recordar, repetir y reelaborar*, Freud (2012h) observa que el paciente “...no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace.” (p 152). De esta manera, según lo visto anteriormente, la transferencia surge como una pieza de repetición, repetir mediante la transferencia el pasado olvidado hacia lo actual con el analista. La dependencia que se reedita se actúa en el tratamiento, no se mantiene en la añoranza, sino que tal como el deseo impulsa, busca instalarse por medio de la motilidad en las condiciones materiales actuales. Es decir, estamos frente a una dependencia actual en el

marco de una relación curativa, pero que remite al pasado y a las formas permanentes que el sujeto se relaciona con el Otro.

Frente a estas tentativas del paciente por resituar la dependencia infantil y sostenerla en el tiempo, la cura psicoanalítica se presenta como el escenario que permite un despliegue con libertad casi total a estas determinaciones, para escenificar todo lo patógeno que permanece en lo inconsciente y poder dar a los síntomas patológicos un nuevo significado trasferencial. Se sustituye la neurosis ordinaria del paciente por una neurosis de transferencia, siendo así una enfermedad artificial que resulta del todo asequible a la intervención del analista (Freud, 2012h).

En sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud (2012i) presenta la transferencia como una situación “protéica”, en que el paciente ha depositado en el analista intensos sentimientos que la situación real no justifica. La forma en que la transferencia se muda de la mayor amenaza al mejor instrumento para la cura, reside en el manejo de la misma: superarla demostrando al paciente que sus sentimientos no provienen de la situación presente con el analista, sino que repiten lo ocurrido en su historia, agreguemos, de dependencia infantil.

Con estas claves, nos es menos dificultoso entender que el fin del tratamiento se juegue en el desmontaje de esa transferencia. Luego de ello, si sobreviene o se mantiene el éxito, se puede asegurar que no se basa en la sugestión, sino en la superación de resistencias llevadas a cabo con su ayuda y en la transformación subjetiva promovida en el paciente (Freud, 2012i).

Posteriormente, Lacan (2008a) contribuye a la comprensión de esta relación dialógica entre paciente y analista, distinguiendo la naturaleza simbólica e imaginaria de la misma. En el eje simbólico, que concierne a los significantes que tienden a repetirse en el paciente, se establece una relación entre el sujeto (je) y el Otro. En el eje imaginario, se transita entre el yo (moi) y el otro, el semejante.

La relación simbólica del sujeto al Otro se ve obligada a atravesar el eje imaginario, lugar de los afectos y resistencia en la cura. Respecto a la transferencia, el lugar del analista

en esta relación intersubjetiva se ubica del lado del Otro, que en el discurso del paciente atraviesa por el eje imaginario. El paciente, al hablar, se dirige hacia Otros que “son los que no conocemos, verdaderos Otros... fundamentalmente, a ellos apunto cada vez que pronuncio una verdadera palabra, pero siempre alcanzo a’, a’’ [otro imaginario], por reflexión. Apunto siempre a los verdaderos sujetos, y tengo que contentarme con sombras” (Lacan, 2008a p 367).

Podríamos agregar aquí que estos otros imaginarios son sucedáneos del Otro de la experiencia de satisfacción primaria que revisáramos en nuestro último capítulo. Por ello que la relación terapéutica se detiene en la dependencia a ese Otro, la dependencia a aquella cadena significativa que lo determina, prolongándola fantasiosamente en el estancamiento de la dialéctica analítica.

Como vemos, toda la dialéctica de la cura psicoanalítica se establece sobre los pilares de la dependencia del sujeto al Otro, a sus determinaciones infantiles, a las huellas de sus Otros prehistóricos que se actualizan en la relación terapéutica.

El tratamiento psicoanalítico es una respuesta por aliviar el padecimiento psíquico, una respuesta a un llamado que remite a la dependencia originaria, la vulnerabilidad y la respuesta de otro, tal como la idea de los cuidados que hemos revisado anteriormente.

Por su parte, la técnica del tratamiento psicoanalítico se sustenta en la transferencia, es decir, la reedición de los vínculos tempranos del paciente en la relación terapéutica. Como este proceso siempre se da con el analista, es una reedición de la dependencia infantil con un carácter de actualidad en la relación analítica. He aquí lo interesante: el psicoanálisis como tratamiento se basa en la dependencia (infantil diremos) del paciente con el analista y no es sino mediante esta que se puede lograr la cura.

Por lo tanto, si lo consideramos como un dispositivo curativo, el psicoanálisis va a poner en juego la dependencia del paciente para las tareas de cuidado y en ello va a mostrar las grandes dificultades para establecer una técnica uniforme para todo paciente.

Con lo visto hasta aquí podemos decir que el psicoanálisis es, en uno de sus aspectos, una práctica curativa basada en la dependencia, tanto en las dependencias



tempranas del paciente como en las actuales con el analista. Retomando los conceptos de los estudios del *Care*, el psicoanálisis es un trabajo de dependencia, un trabajo de cuidado, el psicoanálisis es una práctica del *Care*.

En su práctica reúne aquellas características de las relaciones de cuidado en salud, a saber, un vínculo particular que se construye a lo largo del tiempo y la permanencia, abriendo las puertas a la particularidad de cada sujeto en su atención, donde llegado el momento la dependencia del otro puede sostener las condiciones de salud para el paciente.

En este punto pareciera que el psicoanálisis nos permite adentrarnos en el poder que implica esta posición de dependencia del paciente. El analista ocupando el lugar del Otro tiene a su disposición, en la permanencia de la relación, de valerse de su poder de significación (recordemos el grafo del deseo) para delimitar el discurso del paciente que contiene su sufrimiento. Desde el dispositivo psicoanalítico sería una forma de obstaculizar el deseo del sujeto mediante la presencia de Otro totalizador, por ejemplo en un proceder protocolizado de atenciones sanitarias a pacientes.

Esta reflexión nos sitúa por tanto, en el plano político que está en juego en la relación de cuidado en salud mental. Las distinciones de *care* y *cure*, o de las lógicas del cuidado y las lógicas de la elección, o el posicionamiento del cuidado desde el gremio enfermeril como una práctica específicamente caritativa, entre otros, tienden a ubicar el poder y lo político como entidades ajenas a las relaciones de cuidado, que las restringen. Ahora nos posicionamos en el papel político y la circulación del poder dentro de la relación misma de cuidado en salud mental.

Como hemos detallado en estas últimas consideraciones, en la transferencia el analista está investido de un poder que le confiere la reedición de la dependencia infantil del paciente. En el manejo de la dinámica de la transferencia estaría la posibilidad de direccionar esta relación hacia la cura del paciente o hacia el estancamiento del poder y la instrumentalización de dicha dependencia.

En este sentido, el psicoanálisis en tanto práctica curativa nos entrega herramientas conceptuales para complementar el estudio de las relaciones de cuidado en salud mental,

abriendo líneas de investigación sobre la particularidad de las relaciones intersubjetivas en el cuidado y las posibilidades de ejercer relaciones de poder en su interior que podrían resultar contrarias a los fines propuestos.

Con esto podemos también tomar otra línea de análisis y extendernos hacia las relaciones de cuidado que implican proveer un bienestar desde instituciones o entidades menos individualizables. Como revisáramos previamente, las relaciones del biopoder implican distintas dimensiones, incluyendo las relaciones de poder desde una biopolítica. El sujeto/*care-receiver*, se encuentra también sujetado a este Otro de la biopolítica, que en sus estrategias en el marco del Estado de bienestar define los discursos y verdades posibles en el marco de los cuidados en salud.

El discurso biopolítico delimitado por el Otro es donde el cuidado entra en juego con determinadas definiciones de salud, enfermedad, atención oportuna, protocolos y continuidad de cuidados, por mencionar algunos tópicos donde el poder/saber cumple su función. Este es uno de los motivos por los que nos detuvimos en las teorías del cuidado en enfermería, ya que a nuestro entender en su mayoría delimitan esta actividad o disposición a una relación que oscurece los juegos de poder que conllevan.

De igual modo, podríamos destacar el lugar que ha obtenido progresivamente en las políticas nacionales de salud mental la idea de la continuidad de los cuidados, que permite incorporar acciones que sin duda representan un aporte en el mejoramiento de la calidad de la atención brindada por el sistema de salud. No obstante lo anterior, el uso de este concepto en la salud mental pareciera haber sido trasladado sin mayor cautela respecto a lo que hemos venido problematizando.

En efecto, la continuidad de los cuidados alude de manera transversal a la gestión coordinada y coherente de las prestaciones que se entregan a un paciente en su trayecto en la red de salud, para asegurar que el cuidado no se interrumpa, pese a cambiar de dispositivo y equipo profesional. Si el cuidado en salud mental implica necesariamente una relación interpersonal, que a la luz de la transferencia se configura en base a la permanencia de dicha relación, podemos afirmar que este cuidado no es un atributo anónimo traspasable.

Si la cura psicoanalítica muestra que su principal herramienta está en la relación con el analista en particular, el elemento que sostiene el cuidado, la dependencia y la resolución curativa no es enajenable de esa relación singular. Por tanto, en salud mental la relación misma es el campo donde se realiza el trabajo de dependencia y práctica de cuidado.

Para comenzar a cerrar nuestras conclusiones, nos permitimos realizar un breve comentario sobre una característica de los cuidados que da apertura a nuevas investigaciones en este campo. Notamos que cuando se cuida de alguien, concretamente lo que ocurre es que se “dan cuidados”. Como ya señaláramos anteriormente, respecto al problema de la monetarización del trabajo de cuidado, el *don* abre una posibilidad teórica para enriquecer el análisis de las relaciones de cuidado.

Cuando se da algo, ese algo contiene un plus que excede a las condiciones materiales del objeto dado, que en el caso de los maoríes estudiados por Mauss (2009), es el *hau*, dimensión espiritual de la selva que habita en los objetos dados. Esto es lo que obliga al dador a dar, al receptor a recibir y posteriormente devolver, para no quedar con un excedente y desregular la presencia del *hau*. Esta ley del *don* implica que cualquier *don* de valor que se recibe debe ser devuelto al dador original, de lo contrario el receptor capitaliza y se apropia del *don* (Sahlins, 1983).

En esta línea, para Chanial (2012) *don* y *Care* son constructos que conservan una cercanía debido a ocuparse de objetos que son marginados del reconocimiento explícito social. El reconocimiento marginal de los cuidados dados principalmente por mujeres, demuestra que el *Care* es un *don* no reconocido que circula en la esfera privada. Por lo tanto, el *don* existe en las relaciones de manera implícita, al igual que el *Care* y ambos responde al mismo conflicto por dos razones: primero, tienen que ser iluminados por esfuerzos explícitos para ser reconocidos, ya que existen en las sombras de las relaciones sociales, *don* y *Care* funcionan invisiblemente para sostener la sociedad. Y segundo, en tanto herramientas teóricas sirven para cuestionar el funcionamiento social, como por

ejemplo en base a las preguntas ¿quién cuida?, ¿a quién se cuida?, ¿quién da?, ¿a quienes se da y a quienes no se da?, entre otras interrogantes de orden político.

Desde el punto de vista de las prácticas, tal como hemos visto en esta investigación, el *Care* está en la base de las relaciones sociales para la subsistencia; de igual forma, el *don* es un fenómeno social total que sostiene la sociedad libre de la guerra. En este sentido, Chanial (2012) observa que la definición de Joan Tronto (2009) sobre el *Care*, ampliamente citada en la bibliografía especializada<sup>7</sup>, tributa de la concepción de Mauss (2009) sobre el *don*, al figurar aquella red de cuidados que se teje en las relaciones interpersonales para sostener la vida en sociedad.

Introduciendo el *don* para analizar las relaciones de cuidado en salud, Chanial (2010; 2012) puntualiza que en la relación del *care-giver* con el *care-receiver* esta el *don*, tanto el que da cuidados como el que los recibe están obligados en esa transacción y el que recibe queda obligado a su vez a dar, para retribuir en algún momento lo que se le ha entregado.

En este sentido es que la dinámica que se genera en los servicios de salud entre paciente y personal médico representa una relación en torno al *don*: lo entregado es la salud y los cuidados, que el paciente retribuye de distintas maneras, por ejemplo mostrando los síntomas al personal en el momento oportuno para que puedan hacer mejor su trabajo, o mantener ciertos cuidados de higiene personal para evitar molestar al personal de enfermería, en definitiva, darse a sí mismo como un “buen paciente” (Chanial, 2012).

Los cuidados en salud, entre sus distintas características incluyen un dar vida, elemento que se vuelve inestimable y moviliza aquella obligatoriedad de circulación del *don* (Chanial, 2010). De esta forma, los cuidados en salud han de ser recibidos y retribuidos en su momento por los pacientes hacia los cuidadores.

Revisemos brevemente estas consideraciones sobre dar cuidados en salud. En nuestro caso tomaremos la salud mental desde la concepción psicoanalítica del tratamiento, donde lo que se da es la cura mediante la cual el paciente obtiene una mejora en su salud.

---

<sup>7</sup> Citada también por nosotros previamente en la página 43.

Ya sea durante el tratamiento o posterior a este, el paciente retribuye con un producto, por ejemplo la verbalización de un claro reconocimiento de un complejo intrapsíquico cargado de transferencia positiva o, de manera más concreta, la entrega de un obsequio al finalizar su tratamiento que simbolice lo trabajado con ese analista en particular. Vemos claramente en esta dinámica cómo se encuentra la obligatoriedad del *don* de cuidados.

Revisando la teoría del *don*, Sahlins (1983) destaca que aquello que circula entre los sujetos es el beneficio que se extrae de las transacciones de dones. En caso de resolver la transacción mediante el mero pago por lo dado, se pierde el beneficio que el *don* porta. Podríamos plantear que este es el motivo por el que las relaciones de cuidado en salud, pese a implicar pagos monetarios directos o indirectos, parecieran quedar siempre con un resto de deuda cuando el paciente percibe que ha recibido una buena atención, más específicamente, un buen cuidado, como especificara Molinier (2009).

Como hemos señalado, esta obligación a la retribución en el dar cuidados ha sido estudiada ya por algunos autores interesados en la unión de *don* y *Care*, principalmente investigadores cercanos a los estudios de Alain Caillé y a la Revue de MAUSS<sup>8</sup>. No obstante lo anterior, en algunas de sus conclusiones se acercan peligrosamente al terreno de una nueva mistificación de los cuidados mediante la imposibilidad de valorizarlos. Junto a ello y de mayor interés para los objetivos que nos propusimos en nuestra investigación, es que no presentan un mayor desarrollo del problema del poder implicado en estas relaciones de *don* y cuidados.

Para ello, la retribución que implica el *don* nos abre una posibilidad de análisis. Cuando algo del *Care* debe ser retribuido por el paciente a su tratante o cuidador en salud, el poder se vislumbra al menos desde dos ángulos. En primer lugar, el *don* obliga a los participantes de la relación de cuidado, por lo tanto hay un poder que se ejerce en ellos que no está por sobre la relación, desde el exterior, sino que es parte de la relación misma.

---

<sup>8</sup> En especial se pueden consultar las ediciones de 2008/2 N°32 “*Care, compassion et humanitarisme*” y de 2012/1 N°39 “*Que donnent les femmes*”, con algunos artículos dedicados al cruce de *don* y *Care*.

En segundo lugar, en caso de negar la posibilidad de retribución, el paciente queda sometido en una relación de deuda impuesta con los cuidados que resulta impagable, una opresión donde sólo el cuidador puede dar algo. Es en este sentido que Sahlins (1983) enfatiza que la circulación de dones, dar-recibir-devolver, regula políticamente a los sujetos implicados, que para nuestros propósitos serviría para investigar en el *don* la posibilidad de regular el poder en juego en las relaciones de cuidado.

Si bien la entrada del *don* para el problema de las relaciones de poder en el cuidado resulta constructiva, nos hemos limitado a dejarla en este breve comentario debido a la amplia gama de investigaciones que se abocan a ello. Abordar de manera íntegra la unión don-cuidado-poder implicaría realizar un estudio que excede los límites de nuestra investigación.

Finalmente, más allá de estas consideraciones para el cuidado en salud mental que hemos señalado anteriormente, las conclusiones iniciales de esta investigación nos abren a posibles análisis de otras prácticas de cuidado en salud. Si toda relación de cuidado en salud implica una relación de poder y tal como lo han revisado los estudios del *Care* en contextos hospitalarios, son relaciones singulares con el personal que provee asistencia, los resultados a los que hemos llegado podrían ser de utilidad para pensar las características que asumen estas formas de cuidado, con las relaciones de *don* como una nueva entrada. En suma, continuar el análisis de las características que asume el Otro y el sujeto en diversas prácticas de cuidado en salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alligood, M.R. y Tomey, A.M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Arriagada, I. (2010). La crisis del cuidado en Chile. En *Uso del tiempo, cuidados y bienestar. Desafíos de Uruguay y la región*. 58-67. Montevideo: Universidad de la Republica.
- Arriagada, I. y Todaro, R. (2012). *Cadenas Globales de Cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Santiago de Chile: ONU MUJERES.
- Balbo, L. (1987). *Time of care. Politiche del tempo e diritti quotidiani*. Milán: Franco Angeli.
- Bassi, J. (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales. Manual de supervivencia para estudiantes de pre- y posgrado*. Universidad de Chile, FACSO: Santiago de Chile.
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en américa Latina. Una mirada a las experiencias regionales. Cuadernos de la CEPAL, serie Asuntos de género*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bert, J-F. (2011). *Introduction à Michel Foucault*. Paris: La Découverte.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo/Universidad Nacional de Quilmes.

- Chanial, Ph. (2009). Don et Care ou de l'ineestimable dans la relation de soin. *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Actes du colloque international (Felix C., Tardif J., éd.), Nice 4-5 juin 2009, Plénière 4 : Les politiques sociales et de soins au regard des « éthiques du care »*. Descargado el 30 de junio de 2016 desde <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=786>.
- Chanial, P. (2012). Don et care: une famille (politique) à recomposer?. *Revue du MAUSS*, 39,(1), 67-88. doi:10.3917/rdm.039.0067. Rescatado el 25 de noviembre de 2017 desde <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2012-1-page-67.htm>
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1999). *Conversaciones 1972-1970*. Valencia: Pre-textos.
- Donzelot, J. (1998). *La policía de las familias*. Valencia: Pre-textos.
- Duran, N. (2015). La ética del cuidado: una voz diferente. *Revista fundación universitaria Luis Amigó*. Vol 2, 1. 12-21. Medellín: Luis Amigó.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*. 40 (enero-diciembre 2004). 283-318. Bogotá: ICANH. Rescatado el 2 de agosto de 2017 desde [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-65252004000100010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252004000100010&lng=en&tlng=es).
- Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture & Society*. Vol 26, 44-60. Doi 10.1177/0263276409106349. Descargado el 2 de agosto de 2017 desde <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0263276409106349>
- Folbre, N. (2011). Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.



- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- Foucault, M. (1999a). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Volumen III*. 97-110. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999b). Las mallas del poder. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Volumen III*. 235-254. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2001a). El sujeto y el poder. En Dreyfus, H. y Ravinow, P. (2001). *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2001b). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France 1975-1976*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *Seguridad, Territorio y población. Curso en el Collège de France 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (2012a). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia? (Sin fecha. ¿Junio de 1894?). *Obras Completas (Vol. 1)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012b). Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]): Carta 52 (6 de diciembre de 1896). *Obras completas (Vol. 1)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012c). Proyecto de psicología (1950 [1985]). *Obras Completas (Vol. 1)*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2012d). La interpretación de los sueños (segunda parte) (1900). *Obras completas (Vol. 5)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012e). Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905). *Obras Completas (Vol. 7)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012f). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico (1911). *Obras completas (Vol. 12)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012g). Sobre la dinámica de la transferencia (1912). *Obras Completas (Vol. 12)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012h). Recordar, repetir, reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914). *Obras Completas (Vol. 12)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012i). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 27º conferencia. La transferencia (1917). *Obras Completas (Vol. 16)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012j). Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925]). *Obras completas (Vol. 20)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Garrau, M. y Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux theories du Care*. Paris: PUF.
- Garrau, M. y Le Goff, A. (2012). *Politiser le care? Perspectives sociologiques et philosophiques*. Paris: Lormont/Bordeaux.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundación Grifols i Lucas, 30. Barcelona: Fundación VictorGrifols i Lucas.
- Glenn, E. (2000). Creating a caring society. *Contemporary Sociology, Vol. 29, 1. Utopian Visions: Engaged Sociologies for the 21st Century* (Jan., 2000), 84-94. Washington DC: American Sociological Association.

- Hem, M. y Pettersen, T. (2011). Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships. *Health Care Analysis*. 19, 65-76. Rescatado el 18 de abril de 2016 desde <http://link.springer.com/article/10.1007/s10728-011-0167-y>.
- Himmelweit, S. (2011). El descubrimiento del ‘trabajo no remunerado’: consecuencias sociales de la expansión del término ‘trabajo’. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Holmes, D., Rudge, T. y Perron, A. (ed.) (2012). *(Re)Thinking Violence in Health Care Settings. A Critical Approach*. Ashgate: Farnham.
- Kakkori, L. y Huttunen, R. (2010). The Gilligan-Kohlberg Controversy and Its Philosophico-Historical Roots. *Encyclopedia of Educational Philosophy and Theory*. Peters, M. (eds.) (2017). Singapore: Springer.
- Knibiehler, Y. y Fouquet, C. (1977). *L’Histoire des mères et de la maternité en Occident*. París: Montalba.
- Kohlberg, L. (1969). Stages and Sequences – The Cognitive-Developmental Approach to Socialization. En D. Goslin (Ed.) *Handbook of Socialization Theory and Research*. 347-480. Chicago: Rand McNally and Company.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lacan, J. (1990). *El seminario de Jacques Lacan: libro 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008a). *El seminario de Jacques Lacan: libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008b). *El seminario de Jacques Lacan: libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008c). *El seminario de Jacques Lacan: libro 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2011a). La significación del falo. *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2011b). Subversión del sujeto y la dialectica del deseo en el inconsciente freudiano. *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2011c). Intervención sobre la transferencia. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Martin, C. (2008). Qu'est-ce que le *social care*? Une revue de questions. *Revue Française de Socio-Économie*. 2008/n°2. 27-42. Descargado el 20 de septiembre de 2017 desde <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-2-page-27.htm>
- Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Katz.
- MINSAL. (1999). *Red de servicios de salud mental y psiquiatría*. Santiago: MINSAL. Rescatado el 19 de marzo de 2016 desde <https://cesfamsi.wordpress.com/>
- MINSAL. (2000). *Plan Nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2011). *Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Documento de trabajo*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL. (2017). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago: MINSAL.
- Minoletti, A. Y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista panamericana de salud pública*, 18 (4/5).
- Miranda, G. (2011). Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy. *Medicina Social*, 6 (3). 259-266. Rescatado el 19 de mayo de 2015 desde <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/575>
- Mol, A. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Molinier, P. (2009). Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. En *Comment penser l'autonomie: Entre compétences et*

*dépendances*. 433-458. Paris: Presses Universitaires de France.  
doi:10.3917/puf.laugi.2009.01.0433.

Molinier, P. (2012). Éthique et travail du “care”. Texto para discussao N° 013/2012 ISSN 2177-9015. *Centro de estudos da metrópole*.

Molinier, P. (2015). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?. *Topia*. Rescatado el 1 de abril de 2015 desde <http://www.topia.com.ar/articulos/salud-y-trabajo-trabajadores-hospitalarios-cultura-gestion-cultura-del-cuidado-%C2%BFuna>

Montaño, S. (2010). El cuidado en acción. En Montaño, S. y Calderón, C. (coords.). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. Cuadernos de la CEPAL*. 94. Santiago de Chile: CEPAL.

Nightingale, F. (2002). *Notas de enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson.

Olmos, C. y Silva, R. (2010). El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. En: Serie Indagación. 27. *Expansiva*. Rescatado el 20 de mayo de 2015 desde <http://www.expansiva.cl/media/publicaciones/indagacion/documentos/20100709141427.pdf>

Pachoud, B. (2010). Aspects du *care* et de “l’ethique du *care*” en psychiatrie. *Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*. 8. 152-157. Rescatado el 27 de junio de 2015 desde <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11836-010-0137-8>

Piaget, J. (1984). El criterio moral en el niño. Barcelona: Martínez Roca.

Picchio, A. (2011). La reproducción social y la estructura básica del mercado laboral. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Sahlins, M. (1983). *Economía de la edad de piedra*. Madrid: Akal.

- Sunkel, G. (2007). *Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias (Versión preliminar)*. Santiago: CEPAL. Rescatado el 30 de junio de 2015 desde [http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper\\_GuillermoSunkel.pdf](http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper_GuillermoSunkel.pdf)
- Tirado, F. y Domènech, M. (2001). Extituciones: del poder y sus anatomías. *Política y Sociedad*. 36. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Townsend, M. (2011). *Fundamentos de enfermería en psiquiatría*. México D.F.: Mc.Graw Hill.
- Tronto, J. (1987). Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado. Traducción de Universidad Nacional de General San Martín desde *Signs: Journal of women in cultura and society*, 12. University of Chicago.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*. Paris: La Découverte.
- UNICEF. (2013). *Observación general N°14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo1)*. ONU. Rescatado el 1 de agosto de 2017 desde [http://www.unicef.cl/web/informes/derechos\\_nino/14.pdf](http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/14.pdf)
- Urra, M. E. (2009). Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y enfermería*. 15, 9-18. Rescatado el 10 de abril de 2016 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-95532009000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532009000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- Valdivieso, V. y Monterol, J. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista Médica de Chile*. 138. 1040-1046. Rescatado el 20 de agosto de 2017 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000800015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800015&lng=es&nrm=iso)
- Venes, D. (2013). *Conceptual Models and Theories of Nursing*. Rescatado el 19 de abril de 2016 desde

<http://search.ebscohost.com.uchile.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=nre&AN=t0hAPP20&lang=es&site=nrc-spa>

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living Experiences: carative factors/caritas processes as a Disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enfermagem*. 16(1), 129-135. Rescatado el 10 de marzo de 2016 desde [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en&nrm=iso).

Winnicott, D.W. (2011). El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro (1963). En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós: Buenos Aires.