

El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud

Gabriela Perrotta

Trabajo publicado en *Cuerpo y Subjetividad*, Grande, E. et al, Trimboli, A. (comp.), AASM (Serie Conexiones), ISBN 978-987-23478-9-5, Págs. 373-375, Año 2014.

Introducción

Este trabajo propone una posición integradora de marcos teóricos que convergen en la práctica en salud: el trabajo en el marco de un equipo interdisciplinario y el rol un/a psicólogo/a en ese ámbito. Se escucha muchas veces en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires una oposición y exclusión mutua entre el psicoanálisis y cualquier abordaje interdisciplinario en el ámbito de la salud. La propuesta de este trabajo sostiene que, lejos de ubicarse en veredas opuestas, el psicoanálisis y la interdisciplina pueden compartir espacios y construir espacios comunes y que además esa construcción enriquece la posibilidad de abordaje de muchas problemáticas con las que nos encontramos (sobre todo en el primer nivel de atención de la salud) y favorece el corrimiento del discurso médico hegemónico, haciendo lugar al decir de los sujetos. Se intenta contribuir a la formación académica profesional del psicólogo/a proponiendo herramientas que faciliten la construcción de su rol en el equipo interdisciplinario de salud, tanto desde la formación de grado como en la posterior capacitación profesional. Intentaremos pensar en estos aportes desde un Programa de Salud en particular: el de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR). Nos interesa plantearlo desde este Programa porque es una de las áreas de salud en las que, claramente, la subjetividad se pone siempre en juego y donde los entrecruzamientos entre lo subjetivo, lo individual, lo colectivo, lo cultural y lo social deben ser tenidos en cuenta al abordar la salud de cada persona que consulta y las acciones que el sistema de salud planifica.

El modelo médico hegemónico y el bio-poder

Para Eduardo Menéndez lo que instala al sujeto en un lugar pasivo frente a la medicina y al médico es el hecho de que la medicina se erige como lugar de saber por excelencia. Ese es uno de los componentes que definen a lo que llama “modelo médico hegemónico”: “Por MMH (*modelo médico hegemónico*) entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. (Menéndez, 1988:1) “El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que *garantiza* no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos (Menéndez, 1988:2)

Pero el modelo que sostiene un saber hegemónico y no hace lugar a otros saberes, no sostiene sólo a la práctica médica y a los médicos. ¿Y la formación del psicólogo? ¿Y la posición de un psicoanalista? ¿Qué lugar ocupa lo social, la salud integral, en la formación del psicólogo y en la práctica del psicoanálisis? Ese modelo no se presenta sólo entre los médicos sino que también puede ser hegemónico el modelo de los profesionales de salud mental, y, dentro de ellos, de los psicoanalistas, cuando el saber y el encuadre teórico del profesional se prioriza por sobre el trabajo comunitario, interdisciplinario, que responda a un modelo de salud integral y a la estrategia de atención primaria de salud, perdiendo entonces la oportunidad de cumplir un rol en el equipo que permita una apertura a la escucha de cada sujeto, tomando en cuenta y aportando desde su formación y su experiencia en psicoanálisis.

Michel Foucault sostiene que el saber médico implica una relación de poder, de poder de la medicina sobre los cuerpos. Él nos dice, hablando del bio-poder: “Las disciplinas

del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida” (Foucault, 1987: 168).

“Ese bio-poder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (Foucault, 1987: 170). ”Sobre ese fondo puede comprenderse la importancia adquirida por el sexo como el “pozo” del juego político.” “...participa de la regulación de las poblaciones, por todos los efectos globales que induce”. (Foucault, 1987: 176)

Con Foucault podemos decir que la regulación de los cuerpos y del sexo recae especialmente sobre el cuerpo de las mujeres, por caer sobre ellas la “responsabilidad” de la reproducción y el cuidado y atención de la familia: “Histerización del cuerpo de la mujer: triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado –calificado y descalificado- como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la Madre, con su forma negativa que es la “mujer nerviosa”, constituye la forma más visible de esta histerización.” (Foucault, 1987: 127)

El cuerpo de las mujeres es manipulado, regulado, no escuchado. La histerización del cuerpo de la mujer la condena primero por “pecadora”, porque su cuerpo saturado de sexualidad es provocador y puede llevar a la “perdición” del hombre (recordemos a Adán y Eva...). Luego no es escuchada por fabuladora, simuladora, “histérica” en el

sentido psiquiátrico, casi peyorativo, del término. Recordemos que Emil Kraepelin habla de la “astucia y la inteligencia de la histérica”...”su malicia calculada y su obstinación planificada”. (Kraepelin, 1899: 31). Y luego la condena por reducirse su rol a ser la encargada de la reproducción y del buen destino de la familia.

La representación social de la mujer está asociada directamente a la maternidad y eso determina la concepción de sujeto desde la que se aborda su salud, su demanda y su lugar, no sólo en la sociedad sino también en los servicios de salud. Ejemplo de esto son los términos “mami”, “madre” con los que los médicos se dirigen a las mujeres, a partir del momento de su primer embarazo, donde dejan de ser adolescentes para ser mujeres/madres. El empleo de estos términos para nombrar a las mujeres nos remite a la importancia del lenguaje, al peso de las palabras y al lugar que se le da al sujeto que consulta por su salud, en este caso: las mujeres. Las mujeres suelen no tener nombre propio: son las madres de los niños/as que deben cuidar y criar. Y se espera de ellas que cumplan con ese rol, siempre por encima de su propia salud. Y no estamos diciendo que esta situación sea responsabilidad personal de cada médico/a, si bien cada uno/a puede hacerse responsable de su lugar dentro de un modelo que lo/a excede, sino que esta biopolítica de la que nos hablaba Foucault determina posiciones.

El psicoanalista en el equipo interdisciplinario

Decíamos al principio que al hablar del psicoanalista en el equipo de salud nos interesa particularmente evitar la oposición y la exclusión que suele plantearse, especialmente en el ámbito universitario, entre el Psicoanálisis y la Psicología de la salud, comunitaria o cualquier rama profesional que sostenga la posibilidad del trabajo interdisciplinario.

También decíamos, por otro lado, que el modelo médico hegemónico, el saber ubicado del lado del profesional de la salud y la objetivación del paciente/sujeto no son

posiciones exclusivas de los médicos dentro del sistema de salud, sino que un profesional de salud mental también puede ubicarse en el lugar de saber y no hacer lugar al saber del sujeto ni a las particularidades de su padecimiento.

La posición crítica del psicoanalista en el equipo de salud permite poner en evidencia que los sujetos hablan a través de sus cuerpos y sus síntomas y que escuchar al sujeto en su singularidad permite, al menos, hacer lugar a los padecimientos subjetivos en lugar de sólo ponerles rótulo con un diagnóstico. Con esto no estamos hablando de psicoanalizar a quien consulta por su salud, sino que hablamos de hacer lugar a cada sujeto en la consulta, escuchándolo más allá de su síntoma o su demanda de atención.

También sostenemos que la perspectiva de género y el reconocimiento de los estereotipos que determinan una regulación histórica de los cuerpos permiten abrir una puerta, en el ámbito de la salud, a la escucha de cada mujer en su singularidad al tener en cuenta determinaciones sociales que se imprimen en la subjetividad de cada una.

Esta posición sostiene que el psicoanalista en el equipo de salud favorece esa puerta de entrada al introducir una posición crítica al interior del equipo.

Perspectiva de género

Tradicionalmente se atribuyen a las mujeres roles pasivos, de cuidado de los otros, de mayor sensibilidad y básicamente se espera que sean madres y esposas y se remitan al ámbito de lo privado. Mientras que a los hombres se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores y se les otorga el ámbito de lo público. Estas atribuciones de mujeres y hombres, de lo que se espera de la femineidad y la masculinidad de cada uno, han sido sostenidas por hombres y mujeres a lo largo de la historia, y son cuestionadas por los estudios de mujeres y luego por los estudios de género debido a las desigualdades sociales que implican, especialmente la desigualdad

de las mujeres como sujetos de derecho. El cuestionamiento se refiere también a la definición de la femineidad y la masculinidad como conceptos cerrados, que responden a roles determinados, que a su vez dependerían del sexo biológico.

Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica sostener que cada cultura construye su forma de “ser mujer” y de “ser varón” y que además cada sujeto construye su manera particular de ser mujer u hombre.

La construcción de subjetividades femeninas y masculinas determina formas de vivir, de enfermar, de padecer, de buscar placer y de ejercer la sexualidad. Y esas construcciones, si bien responden a modelos generales o universales, encuentran características particulares en cada población, grupo étnico y grupo social. Tener en cuenta la perspectiva de género al abordar la SSyR implica prestar atención al posicionamiento subjetivo que cada uno o cada una puede tomar con respecto a los roles de género y los condicionamientos de las relaciones entre hombres y mujeres.

Reflexiones finales

La construcción social y cultural acerca de la femineidad y la maternidad tienen un peso muy importante en la construcción de la subjetividad y esto se pondrá en juego en cada persona de acuerdo a sus diferencias subjetivas al tomar decisiones con respecto a su SSyR. Cuando hablamos de decisiones no nos referimos sólo a las decisiones voluntarias, concientes, razonadas; también estamos hablando de las decisiones tomadas inconscientemente, entre ellas la manera en la que cada sujeto ejerza su sexualidad, que lleva a veces, entre otras cosas, a Infecciones de transmisión sexual y a embarazos no buscados. Los discursos y mandatos familiares y sobre todo maternos, aunque no sean siempre explícitos e incluso sean paradójales, también tienen un rol importante que determina a las hijas y sus actitudes y decisiones (Perrotta, 2010).

Como ejemplo podemos nombrar a los embarazos adolescentes, que, si bien muchas veces no habían sido planeados ni buscados, suelen responder a los mandatos con respecto al rol de la mujer como madre, esposa y ama de casa, mandatos que hacen que las adolescentes de algunos sectores sociales no tomen precauciones (o no las tomen correcta y sistemáticamente) para evitar embarazos tempranos. Esos embarazos no buscados en general son de todas maneras aceptados y muchas veces bien recibidos porque se presentan como esperables frente a la conformación de una pareja, una familia y al rol de la mujer en la sociedad y la cultura.

Las condiciones de vida de estas adolescentes y los roles estereotipados que asignan a mujeres y varones, contribuyen a que su constitución subjetiva las lleve a veces a ser lo único que sienten que pueden ser: madres y esposas. Esto, sumado al conocimiento errado (o desconocimiento) con respecto a sus cuerpos y al desconocimiento o mal uso de métodos anticonceptivos, provoca frecuentemente embarazos no buscados.

Un psicoanalista aporta al equipo interdisciplinario, en particular en el abordaje de la SSyR, haciendo lugar a los sujetos y a sus padecimientos subjetivos, intentando escuchar más allá de la demanda concreta, aportando su escucha al equipo de salud para diseñar estrategias de atención y de promoción de la SSyR que tengan en cuenta los condicionamientos de género y ayudando a crear otros espacios donde las singularidades de cada sujeto puedan ser escuchadas. En estas tareas, el psicoanalista tiene un rol fundamental en el equipo interdisciplinario.

Bibliografía

Foucault, M. (1987). *Historia de la Sexualidad Volumen 1. La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI Editores.

Kraepelin, E. (1899). Las psicosis irreversibles (Demencia Precoz). En *Ficha de la Cátedra II de Psicopatología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.

Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria, Ponencia presentada en las *II Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.chubut.gov.ar/salud/capitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>

Naciones Unidas (2002). *La incorporación de la perspectiva de género*, Nueva York: Autor.

Perrotta, G. (2008). Los profesionales de salud mental y la perspectiva de género en el acceso de adolescentes a la salud sexual y reproductiva. En A. Trimboli S. Raggi, J.C. Fantin, E. Grande y P. Fridman (Comps.), *Modernidad, Tecnología y Síntomas Contemporáneos. Perspectivas clínicas, políticas, sociales y filosóficas* (pp.744-746). Buenos Aires: AASM.

Perrotta, G. (2010). La perspectiva de género en salud sexual y reproductiva. En *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"* (pp. 289-290). Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp.265-302). México: PUEG. (Trabajo original publicado 1986).