

CONCEPCIONES DE SUJETO, CUERPO Y SÍNTOMA EN MEDICINA Y PSICOANÁLISIS

Gabriela Viviana Perrotta

Publicado en Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: *“Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales”*. Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. ISSN: 1667-6750. Págs. 164/168.

Resumen

En el marco de la investigación para la tesis doctoral sobre “Concepciones de sujeto/paciente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva”, nos proponemos en este trabajo diferenciar las concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma para la medicina y el psicoanálisis. En ambos se definen el sujeto, el cuerpo y el síntoma desde diferentes perspectivas. El psicoanálisis concibe al sujeto como dividido, inconciente, atravesado por el lenguaje. Esa concepción de sujeto permite definir a partir de allí un cuerpo, que será singular para cada sujeto. La medicina define a los cuerpos sin sujeto. El cuerpo se observa, se clasifica, se diagnostica. No se escucha al sujeto ni a los atravesamientos que sufre y que marcan su cuerpo. El sistema de salud está signado por esta concepción de sujeto/paciente.

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 médico, a la escucha de cada mujer en su singularidad, al tener en cuenta determinaciones sociales que se imprimen en la subjetividad de cada una. El psicoanalista en el equipo de salud favorece esa puerta de entrada al introducir una posición crítica al interior del equipo.

Introducción: marco general de la investigación

Este trabajo responde a un estudio en curso donde se interroga cómo interactúan factores subjetivos de accesibilidad, relacionados con la vinculación entre sexualidad, reproducción, derechos, género y salud. El estudio se realiza en el marco del doctorado de la Facultad de Psicología de la UBA, como investigación para la tesis de doctorado sobre las Concepciones de sujeto/paciente en el abordaje de la sexualidad y la salud reproductiva, con el apoyo de una beca UBACyT.

El objetivo de esta propuesta es construir un marco de referencia que nos permita abordar la atención de la salud de las mujeres y en particular de la salud sexual y reproductiva (SSR) y los condicionamientos en la calidad de esa atención en función de las concepciones de sujeto de los profesionales de salud.

En el estudio que se desarrolla se intenta definir concepciones de sujeto/paciente según un criterio empírico que permita diferenciar las distintas concepciones que

los/las profesionales construyen de acuerdo al grado de autonomía, especialmente autonomía de género, que le atribuyen a las personas que atienden en el sistema de salud y a la posibilidad de ejercer derechos por parte de dichas personas. Con grado de autonomía nos referimos a la idea del/de la profesional acerca de si la persona que consulta puede elegir cómo ejercer su sexualidad, el método anticonceptivo a usar, si quiere tener relaciones sexuales, cuándo y con quién, si quiere tener hijos, cuándo, cuántos y con quién, etc. Con la posibilidad de ejercer derechos nos referimos, por un lado, al conocimiento que los/las profesionales tienen sobre los derechos de las personas que consultan, especialmente los derechos sexuales y reproductivos y, por otro, a la calidad de atención que facilite u obstaculice el ejercicio de dichos derechos.

Concepciones de sujeto

En trabajos anteriores nos hemos ocupado de la cuestión del sujeto (Perrotta, 2008) y hemos dicho que la concepción de sujeto con la que se aborda la atención en salud (incluida la salud mental) determina diferentes maneras de hacer lugar a los padecimientos subjetivos.

Dicha concepción está condicionada no sólo por marcos teóricos y por las nociones históricas que han contribuido a la construcción social y a representaciones sociales acerca del sujeto sino también por los estereotipos de género que tienen los profesionales individuales pero que se materializan en prácticas colectivas y normas institucionales (formales e informales). Esto tiene consecuencias en las posibilidades de acceso a la salud y en la calidad de atención. (Perrotta, 2011)

A partir de este planteo, nos preguntamos si el sujeto que demanda atención en salud es un sujeto que tiene la posibilidad de ser reconocido en su singularidad y con su saber o es ubicado en el lugar de un objeto de estudio, especialmente por la medicina. (Perrotta, 2008)

Intentaremos diferenciar concepciones de sujeto/paciente para la medicina y el psicoanálisis no sólo para establecer diferencias en sí sino también para preguntarnos en qué medida el psicoanálisis y el psicoanalista en el equipo de salud pueden propiciar desde su posición la escucha del sujeto en su singularidad, sin pretender con esto una escucha analítica allí donde no hay demanda en ese sentido. Retomaremos este punto más adelante.

La concepción del sujeto en medicina

Para empezar, cabe aclarar que utilizamos el término “sujeto” para referirnos a quienes demandan atención en salud. Diremos específicamente cuándo utilizamos el término en el sentido del sujeto del inconciente.

Desde la medicina y el campo de la salud en general se habla en realidad de “pacientes”. Esto incluye a los psicoanalistas: también hablamos de pacientes.

Pero intentaremos pensar si utilizar el término paciente tiene las mismas consecuencias en uno y otro campo: en el de la salud en general y en el del psicoanálisis en particular.

El término paciente remite a dos cosas: la pasividad por un lado y la espera por otro. El sujeto que consulta es pasivo en tanto el saber está ubicado del lado del médico y espera de él que tenga la respuesta que resuelva su padecimiento. Si bien esta suposición de saber no es privativa de la consulta médica sino que, por el contrario, todo sujeto le supone un saber al otro cuando demanda (también en una demanda de análisis), 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. El médico también se supone a sí mismo un saber, que en este caso barre toda posibilidad de tener en cuenta el saber del sujeto: sobre sí mismo, sobre su cuerpo, sobre sus síntomas; aunque no siempre pueda dar cuenta concientemente de ese saber.

Para la medicina el sujeto está excluido en su singularidad. Se habla de casos, historias clínicas, órganos (ni siquiera cuerpos) estudiados por especialistas.

El discurso médico, como todo discurso que se pretenda científico, forcluye al sujeto. Esto trae consecuencias que pueden ser contrarias a la intención del médico de curar al paciente, ya que, como Lacan nos dice claramente: “Lo rechazado en lo simbólico, recordemos el veredicto lacaniano, reaparece en lo real. En lo real de la ciencia que destituye al sujeto de un modo muy diferente en nuestra época... [...] Renunciamos aquí a lo que nos hace responsables, a saber: la posición donde fijé al psicoanálisis en su relación con la ciencia, la de extraer la verdad que le responde en términos en que el resto de voz nos es asignada” (Lacan, 1991: 16/17). Con este comentario de Lacan introducimos la posibilidad (¿y la responsabilidad?) del psicoanalista de hacer lugar al sujeto, escuchándolo, incluso en ámbitos que no son del todo propicios para ello, como son los lugares de atención para la salud en general. Retomaremos más adelante la importancia del psicoanalista en el equipo de salud a partir de esta posición.

Volviendo al modelo médico hegemónico, éste sostiene un saber médico que implica una relación de poder, de poder de la medicina sobre los cuerpos. Al respecto M. Foucault 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 a no ser escuchada por fabuladora, simuladora, “histérica” en el sentido psiquiátrico, casi peyorativo, del término (Emil Kraepelin habla de la “astucia y la inteligencia de la histérica”...“su malicia calculada y su obstinación planificada”) (Kraepelin, 1899: 31) y luego por reducirse su rol a ser la encargada de la reproducción y del buen destino de la familia.

Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de analizar la posición de los/as profesionales de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva. 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, por supuesto, también en los servicios de salud. Ejemplo de esto son los términos “mami”, “madre” con los que los médicos se dirigen a las mujeres en los servicios de salud, a partir del momento de su primer embarazo, donde dejan de ser adolescentes para ser mujeres/madres. 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, aunque el descuido de la salud de dichas mujeres repercute también sobre las posibilidades de una buena calidad de vida para esos/as niños/as. 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. Esto se refleja incluso en las políticas públicas, que establecen subsidios para las jefas de hogar u otras denominaciones similares, siempre apelando a que las mujeres sean las cuidadoras y responsables de la salud de sus hijos/as.

La perspectiva de género

Si bien el género es un término utilizado sobre todo en las ciencias sociales y criticado muchas veces por el psicoanálisis, parece pertinente aquí traerlo para pensar en la posibilidad de introducir en el discurso médico una brecha que permita la aparición de un saber que no sea sólo el hegemónico.

El concepto de género se refiere a la construcción social y cultural de la femineidad y la masculinidad, a diferencia del término sexo que remite a los caracteres sexuales de un ser humano al nacer: se nace hombre o mujer, varón o nena, pero a partir de allí el ser mujer o varón se construyen de acuerdo a patrones sociales y culturales, además de la construcción subjetiva en la que cada uno/a se apropie de esos patrones y se posicione frente a ellos.

La representación social de la mujer, decíamos, está fuertemente asociada a la maternidad. Esto implica condicionamientos de género que llevan a muchas mujeres a cumplir con esos estereotipos más allá de sus propios deseos. Y también a que su deseo esté condicionado por ello. E implica riesgos para su salud cuando los estereotipos les imponen aceptar las decisiones de los hombres para cumplir con el rol de mujer que se espera de ella.

Diversas investigaciones nos dan ejemplos de ello: las adolescentes de Villa 20 que se sienten presionadas para ser madres a temprana edad y que sienten que la maternidad es el único proyecto de vida posible (“lo único propio que puedes tener”) (Perrotta, 2007); los condicionamientos diferenciales para hombres y mujeres para acceder a la anticoncepción quirúrgica, legal en nuestro país para personas mayores de edad, porque a las mujeres se les cuestiona la decisión de no tener más hijos (o no tenerlos) y al hombre no (Luciani Conde y Perrotta, 2011). Entonces: la mujer debe ser madre para ser considerada mujer: ¿y si no quiere tener hijos? ¿Y si no quiere tenerlos aún? Recibe la presión para ejercer el rol que la sociedad espera de ella.

De acuerdo a estudios realizados acerca de la posibilidad de un cambio de paradigma en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de derechos y género, la perspectiva de género es introducida en los equipos de salud especialmente por las ciencias sociales y los profesionales de salud mental (Daverio, 2006), y permite abrir la puerta a la posibilidad de escuchar a las mujeres en el ámbito médico, a hacerles lugar en medio de un discurso hegemónico, biologicista, estereotipado, que sólo las considera madres (incluso potencialmente cuando aún no lo son).

Recordemos a Lacan cuando nos dice, hablando de la significación de la demanda, que: “... no es necesario ser psicoanalista, ni siquiera médico, para saber que cuando cualquiera, nuestro mejor amigo, sea hombre o mujer, nos pide algo, esto no es para nada idéntico, e incluso a veces es diametralmente opuesto, a aquello que desea”. (Lacan, 1985: 91)

La demanda de atención que recibe un médico también “esconde” un deseo y un padecer subjetivo que va más allá de la dolencia o motivo que origina explícitamente la consulta. Si bien no se trata de que el médico escuche allí al sujeto del inconsciente, sí se trata de hacer lugar a la singularidad de ese sujeto. Cabe aclarar que no estamos plateando que el sistema de salud y la atención de SSR sea el ámbito para psicoanalizar al sujeto que consulta, sobre todo cuando no hay allí una demanda en ese sentido. Pero sí estamos planteando que hace diferencia en la calidad de atención que los/as profesionales de salud puedan tener en cuenta que atienden “sujetos”, que pueden ser escuchados en su singularidad, y no sólo cuerpos, historias clínicas, casos.

La concepción del sujeto para la medicina determina, entonces, la concepción del cuerpo y del síntoma. El cuerpo es un cuerpo biológico, que se enferma. El abordaje del cuerpo se hace a partir de la patología, de ser “portador” de una enfermedad o formar parte de un grupo de riesgo. Todo esto ubica al paciente como objeto de estudio de la medicina y no como sujeto singular.

El síntoma es entonces un indicador de la enfermedad, que debe ser suprimido para lograr la curación.

Dentro del ámbito de la medicina, podríamos decir que, históricamente, cada vez se escucha menos a los sujetos: antes existían los médicos de familia, que conocían a la familia y sabían escuchar los padeceres de quienes la conformaban. Con el avance de la ciencia médica, los médicos de familia dejaron lugar a los especialistas, que no sólo ya no reconocen a sus pacientes como sujetos singulares sino que sólo se ocupan de partes de sus cuerpos.

Para pensar acerca de lo que estamos desarrollando sobre la concepción del sujeto, el cuerpo y el síntoma para la medicina y las posibilidades de apertura de una posición diferente dentro de este modelo podemos tomar a José Ricardo de Carvalho-Mesquita Ayres, quien nos dice que “apoyar las intervenciones en identidades ligadas al ejercicio/construcción de la subjetividad, en lugar de apoyarlas en enfermedades, ha representado uno de los grandes avances de las prácticas de la salud pública del final del siglo pasado”... “El reconocimiento de otras identidades que no sean las de paciente, portador o grupo de riesgo para alguna patología, como son la pertenencia a determinados grupos étnicos, culturales, comunitarios, etc., abre posibilidades de escapar de la camisa de fuerza constituida por la clasificación bipolar entre lo normal y lo patológico.” (de Carvalho-Mesquita Ayres, 2002). Pero el autor mencionado también nos advierte que “los interesantes potenciales indicados no se actualizarán si no se enfrenta un desafío fundamental: el examen crítico de las propias categorías socio-identitarias construidas, la reflexión sobre hasta dónde puede ser universalizada la condición de la que se quiere dar cuenta como la identidad trabajada.”

Retomando los ejemplos del campo de la salud sexual y reproductiva, podemos tomar 2 situaciones: por un lado, la de la mujer que consulta con el ginecólogo

para pedir un método anticonceptivo pero que tal vez no es escuchada y se tiene en cuenta que a veces no puede utilizar ese método correctamente porque sufre una situación de violencia o porque simplemente su pareja masculina no está de acuerdo con el uso del método elegido. Y por otro, la de la mujer no heterosexual que hace su consulta al ginecólogo y es interrogada rápidamente sobre el método anticonceptivo que usa, sin que se haga lugar a que plantee su elección sexual, sintiéndose además inhibida a decirlo por la actitud que el profesional toma.

El psicoanalista en el equipo interdisciplinario

Hemos desarrollado este tema en trabajos anteriores (Perrotta 2005 y 2006), por lo que retomaremos sólo lo siguiente:

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

Sostenemos, 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.

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.

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

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

El sujeto para el psicoanálisis

No es el objetivo de este trabajo, presentado en este ámbito, hacer un desarrollo teórico sobre la concepción del sujeto para el psicoanálisis. Sólo ubicar la posición crítica del psicoanálisis que nos permite, en este caso, aportar una concepción de sujeto que hace diferencia. Para el psicoanálisis el sujeto es el sujeto del inconsciente.

Lacan nos dice que: “Al comienzo del psicoanálisis está la transferencia” (Lacan, 1991:11). Ya hemos dicho que la transferencia no sólo se pone en juego en una demanda de análisis sino en cualquier demanda. Pero frente a ese sujeto supuesto saber, la medicina y el médico se ubican en ese lugar del saber mientras

que el psicoanalista se ubica en un lugar que causa el discurso del sujeto para que se escuche *su* saber, *su* verdad.

El cuerpo es una construcción subjetiva, es una cadena de representaciones, como nos lo demuestra Freud desde su primera época (Freud, 1893). No importa el cuerpo biológico, orgánico, sino el cuerpo en tanto asociación de representaciones, cadena significante. El cuerpo habla en el síntoma, habla del sujeto. El síntoma habla en tanto que retorno de lo reprimido y habla en transferencia.

Conclusiones

Para concluir, el relato de una situación de hace unos años en un Centro de Salud: una mujer consulta a la médica clínica por un dolor agudo de estómago. La médica busca a la psicóloga y le dice: “Atendela vos. Es una histérica”. El tono despectivo en su diagnóstico, que recuerda los dichos de Kraepelin sobre la histérica como una simuladora con su astucia, su malicia calculada y su obstinación planificada, nos hablan de una concepción de la histeria y su cuerpo que sostiene que un síntoma sólo “vale” como tal si es orgánico, si responde a una lesión de ese origen. Desde esta posición del médico no sólo no puede escucharse y hacer lugar al padecimiento subjetivo sino que además se lo trata despectivamente.

Decíamos al comenzar que la concepción de sujeto determina diferentes maneras de hacer lugar a los padecimientos subjetivos. Dicha concepción está condicionada no sólo por marcos teóricos sino también por las nociones históricas que han contribuido a la construcción social y a representaciones sociales acerca del sujeto, determinadas a su vez por estereotipos de género. Esto tiene consecuencias en las posibilidades de acceso a la salud y en la calidad de atención, especialmente de las mujeres en este caso.

De las entrevistas con profesionales médicos realizadas para la investigación en curso se desprende que el trabajo interdisciplinario y la inclusión de profesionales de la salud mental y las ciencias sociales ha permitido flexibilizar a la medicina y a la posición de los/as médicos/as: “ ... entonces la interacción con todos estos grupos que tienen otras miradas, permite que vos también rompas ¿viste? parte de tu estructura”, dice una ginecóloga con 15 años de experiencia en un Centro de Salud, que reconoce que su mirada fue cambiando y esto le permitió empezar a escuchar a sus pacientes en su singularidad.

Consideramos que la inclusión del psicoanálisis y los psicoanalistas en el equipo de salud contribuye a la apertura de un discurso cerrado y a la posibilidad de escuchar a los sujetos/pacientes desde una posición que al menos no excluya su singularidad.

Bibliografía

de Carvalho-Mesquita Ayres, J. R., Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones, en *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2002; 20(2): 67-82, Medellín, Colombia, 2002.

Daverio, A., El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales: El caso del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" y su área programática. En Petracci, M. y Ramos, S., comp., *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, CEDES, Buenos Aires, 2006.

Foucault, M., *Historia de la Sexualidad, 1. La Voluntad de Saber*, Siglo XXI Ed., México, 1987.

Freud, S., (1893), "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas". En *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1991, t. I.

Kraepelin, E., (1899) "Las psicosis irreversibles (Demencia Precoz)", Cap. 4: Diagnóstico diferencial. En *Ficha de la Cátedra II de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UBA*.

Lacan, J., "Proposición del 9 de octubre...", en *Momentos Cruciales de la Experiencia Analítica*, Ed. Manantial, Bs. As., 1991.

Lacan, J., "Psicoanálisis y Medicina", en *Intervenciones y Textos I*, Ed. Manantial, Bs. As., 1985.

Lamas, M., Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género", en Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Porrúa, México, 1996.

Luciani Conde, L. y Perrotta, G., Salud sexual y reproductiva y acceso a la anticoncepción quirúrgica: cuestiones emergentes en el discurso de los profesionales de salud, 2011 inédito.

Menéndez, E., La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?, en *Alteridades* 4(7): 71-83. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1994.

Perrotta, G., Aportes del Psicoanálisis al trabajo interdisciplinario en salud sexual y reproductiva, en *Memorias de las XII Jornadas de Investigación Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: Avances, nuevos desarrollos e integración regional*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. Argentina. 2005.

Perrotta, G., El Psicoanalista en el Primer Nivel de Atención de la Salud, en Trimboli et al. (comp.), *Encrucijadas actuales en Salud Mental*, Librería Acadia Ed., Bs. As. Argentina, 2006.

Perrotta, G., Embarazos en la Adolescencia: ¿Accidente, deseo, destino?, en *Memorias de XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "La Investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza"*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. Argentina. 2007

Perrotta, G., Nociones de sujeto: apuntes para el análisis de la concepción de sujeto/paciente para los profesionales de la salud en el abordaje de la sexualidad y la salud reproductiva, en *Memorias de XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "Problemáticas Actuales. Aportes de la Investigación en Psicología"*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. Argentina. 2008

Perrotta, G., Concepciones de sujeto/paciente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, en *Sexo y Poder. Clínica, cultura y sociedad*, Trimboli et al. (comp.), AASM (Conexiones), Bs. As. Argentina, 2011.