

Universidad Nacional de Rosario
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Integrador Final

Ensayo

“La práctica del psicólogo en el Servicio de Salud de una maternidad pública”

Autora: Morri, Agustina

Legajo: M-5193/4

Docente responsable: Psi. Santanocito, Gisela

2018

Índice

Resumen y Palabras claves.....	1
Introducción	2
Desarrollo.....	4
Reflexiones finales.....	40
Referencias bibliográficas.....	42

Resumen

El presente ensayo trata de la práctica del psicólogo en el servicio de salud mental de una maternidad pública. Surge de haber transitado la experiencia de la Práctica Profesional Supervisada en dicha institución donde en el rol de practicante tuvimos la posibilidad de tener contacto con los profesionales e interrogarnos acerca de los alcances de su práctica. El recorrido inicia dando cuenta de las características de la institución, el contexto de formación, ubicación dentro del sistema de salud, los diferentes atravesamientos políticos, discursivos y demandas que se presentan. Sin olvidar que la misma está sesgada por un discurso médico, que es herencia del Modelo Médico Hegemónico. Consideramos que al momento de establecer la práctica del psicólogo no se puede dejar de tener en cuenta las características institucionales y poblacionales de donde lleva a cabo su trabajo y que éstas constituyen los ejes fundamentales necesarios para construirlo. Analizamos que ventajas, obstáculos o particularidades condicionan su quehacer y la concreción de abordajes interdisciplinarios. Asimismo, como los procesos de atención permiten visibilizar momentos de articulación interdisciplinaria y coordinación entre niveles de atención. Por último, se plantea la necesidad de cuestionar, pensar los conceptos desde la posición subjetiva de la mujer y discutir acerca de categorías conceptuales en torno a la maternidad.

Como reflexiones finales surge la necesidad de pensar nuevos interrogantes que aporten a la práctica y en relación con los contextos actuales.

Palabras claves

Práctica del psicólogo- Salud Mental- Interdisciplina- Maternidad

El Trabajo Integrador Final aquí expuesto lleva la modalidad de ensayo. Surge de la experiencia realizada en una maternidad pública de Rosario, en el marco de la Práctica Profesional Supervisada. En el transcurso de esta, en nuestro rol de practicante y en contacto con los actores de la institución, surgieron diferentes ideas e interrogantes en torno a la práctica concreta del psicólogo.

Dicha institución está orientada a la atención integral de la mujer y el niño bajo el concepto de parto respetado. Integrada al subsector público dentro del sistema de salud y ubicada dentro del segundo nivel de complejidad en la red de atención en cuanto a la atención obstétrica, pero teniendo en cuenta el servicio de cuidados intensivos del área de neonatología se posiciona, también, en el tercer nivel.

Realiza dentro de la red de salud control y atención durante el embarazo, parto, post parto y cuidado del recién nacido. Cuenta con un servicio de salud mental en el cual el psicólogo realiza sus intervenciones junto con otros profesionales - neonatólogos, obstetras, médicos generalistas, enfermeros, trabajadores sociales etc.-.

Es frecuente que, dichas instituciones creadas para fines específicos del área médica estén atravesadas por el discurso del Modelo Médico Hegemónico. En la cual la mayoría de los trabajadores tienen una formación basada exclusivamente en el bienestar biológico y no se le da relevancia al lugar que juega lo “psíquico” y lo “social” como dimensiones de la salud. Ni se toma en cuenta que la persona con la que está tratando es un sujeto como totalidad biológica, psicológica y sociocultural.

Desde nuestra perspectiva entendemos a la salud como como máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la

interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad. Como un proceso con caracteres históricos y sociales (Stolkiner 1988).

Iniciamos el recorrido del presente trabajo describiendo la organización y funcionamiento de una maternidad del subsector público. Luego pretendemos analizar cuál es la práctica del psicólogo en el contexto definido; y que ventajas, obstáculos o particularidades condicionan su quehacer y la concreción de un abordaje interdisciplinario para las demandas que allí se presenta. También cómo se llevan a cabo los procesos de atención. Trabajo abordado principalmente desde una perspectiva teórica psicoanalítica. Sin perder de vista la indagación en torno a la posición subjetiva de la mujer y las categorías conceptuales sobre la maternidad.

A modo de contextualización...

Creemos importante comenzar definiendo qué es una maternidad. Teniendo en cuenta las diferentes demandas sociales, económicas y políticas que, en un contexto definido, determinaron su surgimiento.

Actualmente se entiende por maternidad a la unión de los servicios de obstetricia y neonatología, ubicados en instituciones generales (hospitales) o especializadas (maternidades), pero no siempre la atención del embarazo, parto y postparto fue objeto de la práctica médica. A partir del siglo XVIII se experimentó un fuerte avance de la medicalización de la vida en general y de la salud reproductiva de las mujeres en particular. El desarrollo de la cirugía y la anestesia, el adelanto en las técnicas de sutura y la utilización de nuevo instrumentales crearon nuevos conocimientos que fueron incorporados a la práctica médica. También la higiene se volvió una nueva ética y la generalización de los principios de asepsia en los hospitales permitió el descenso de los niveles de mortalidad. Así vemos como la medicina se volcó hacia las nuevas especialidades que se ocupaban de los cuidados reproductivos y la infancia.

Durante la primera mitad del siglo XX la atención de los partos y los cuidados que recibían las mujeres embarazadas atravesaron profundas transformaciones. La más sugerente fue el tránsito de parir en el seno del hogar a hacerlo en instituciones de salud. El traspaso de los partos del ámbito privado a las instituciones de salud producía un efecto positivo ya que llevaba a un descenso de la mortalidad neonatal y femenina gracias a los avances de la obstetricia, la ginecología y la neonatología. Este cambio redefinió aspectos relativos a los conocimientos sobre la reproducción, las instituciones, los espacios y los propios actores involucrados. Estuvo íntimamente relacionado con vectores políticos, sociales,

culturales e ideológicos. Las capacidades reproductivas y supuestas habilidades maternas hicieron de las mujeres el punto nodal para el logro no solo de la cantidad sino de la calidad poblacional, y bajo ese criterio se convirtieron en asunto de salud pública.

Políticas en Salud

Garantizar el derecho a la salud es una de las metas de las políticas pública. Depende de un modelo de atención que haga efectivo este derecho y logre instrumentar el acceso a un sistema sanitario más inclusivo, participativo y eficaz. La definición de políticas de salud internacionales es una importante fuente de orientación y de reflexión para analizar el desarrollo de las políticas nacionales de salud.

Estas políticas internacionales surgen a partir de opiniones de expertos, de resultados de investigaciones epidemiológicas o de sistemas y servicios de salud. Se destaca la importancia de la influencia del ambiente en la salud y su relación con la situación social-económica. Estas relaciones entre salud y desarrollo económico social avalan la definición de políticas sociales y de salud. En la década de 1950 se crearon los organismos internacionales especializados dentro del marco de las Naciones Unidas, los cuales tienen políticas globales claramente definidas. En el campo específico de la salud se crean el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de Naciones Unidas para la Alimentación y Nutrición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuya representación en las Américas ejerce la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) entre otras.

Estos organismos internacionales llevan a cabo diferentes políticas de salud las cuales son de gran utilidad para observar sus características, reflexionar sobre su pertinencia y utilidad en el marco de las necesidades de desarrollo de la salud presente y futura del país.

La salud en Argentina

Un sistema de salud es la suma de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Teniendo en cuenta las formulaciones de Fidalgo (2008) podemos decir que definen una postura en relación con ciertos principios rectores: solidaridad, calidad y eficiencia. A su vez cuenta con propósitos los cuales guían al sistema como: la universalidad, la cual apunta a extender la cobertura al conjunto de la población; la satisfacción que se relaciona con el grado de conformidad de los usuarios del sistema por los servicios utilizados y la equidad que remite a niveles relativamente homogéneos de atención para el conjunto de la población.

Están organizados también con relación a los siguientes componentes: organización general del mismo, modelos prestacionales, recursos humanos, formas de financiamiento, participación social, accesibilidad y la cobertura como los factores de tecnología y capacidad resolutive, entre otros. Estos componentes adquieren particular significado en vinculación con la dimensión política, la cual hace referencia a las condiciones de gobernabilidad, como también a los procesos de democratización y de exclusión, con la dimensión internacional que no puede desconocer los procesos de globalización y el accionar de los organismos internacionales y con la dimensión económica la cual destaca la importancia de considerarla en función de los costos de los servicios de salud.

El sistema de salud argentino configura un modelo mixto conformado por tres subsectores. El panorama general da cuenta de un sistema de salud sumamente complejo por la multiplicidad de instituciones y actores con poder en el campo, así como por los intersticios y las articulaciones que se entretajan entre ellos, variando el tipo de cobertura, de financiación, los riesgos cubiertos y los beneficiarios. En los diferentes modelos se definen roles diversos en la atención de salud: rol prestador, financiador y regulados. El último corresponde en forma exclusiva al Estado, mientras que los roles de prestador y financiador pueden ser desempeñados tanto por los agentes públicos como privados.

Los diferentes subsectores asumieron variados protagonismos en los distintos momentos de la historia. Ellos son:

Universalista/seguridad social: de acceso universal a los servicios públicos, se basa en la financiación estatal con recursos provenientes de la recaudación impositiva. El Estado adquiere un rol protagónico en dicho modelo como garante del derecho a la salud de toda la población, así como prestador y regulador de los servicios.

De seguro social: se basa en entidades intermedias que contratan los servicios a proveedores públicos o privados. La financiación se establece a partir de los aportes de los trabajadores, los cuales suelen ser de carácter obligatorio y la cobertura se extiende a los aportantes y su grupo familiar. La participación estatal gira en torno a la regulación. En Argentina, el ejemplo más característico lo constituye el sistema de obras sociales.

De seguros privados: opera en la esfera individual, según la lógica del mercado. El Estado no interviene ni como prestador ni como financiador, debiendo operar como regulador.

Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los sistemas de salud. En Argentina en el marco de la crisis y de la deslegitimación de los discursos de reforma promercado de finales del siglo XX, se comenzó a utilizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud promovida por la Organización Mundial de la Salud en 1978.

Dicha estrategia se enmarcaba en la consolidación de los Estados sociales y el desarrollo de políticas en salud universalistas.

La misma define a la “Atención Primaria de la Salud” (APS) como:

Asistencia puesta a alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. (...) Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y de fomento de la salud. Estos servicios han de comprender como mínimo, la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha; el tratamiento apropiado para las enfermedades y traumatismos comunes. (OMS, 1978, pág. 23)

El objetivo era lograr un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000.

Pero también, desde mediados de los años 70, había comenzado la crisis que derivaría en las propuestas de transformación promercado de las sociedades, y en una variación del modelo de relación entre Estado, mercado y sociedad civil. Bajo este contexto la estrategia de APS enunciada en Alma Ata era reinterpretada a la luz de las propuestas de reforma del estado.

Las metas de Alma Ata para el año 2000 no se lograron. Sus enunciados concretaban tendencias existentes de ampliación de cobertura e incremento de la participación, pero eran lo suficientemente amplios como para prestarse a diferentes interpretaciones y aplicaciones. Al amparo de las propuestas de reforma sectorial inspiradas en los lineamientos de los organismos financieros internacionales durante el período de endeudamiento, los principios de la APS quedaron subsumidos a la tendencia a reducir la responsabilidad del Estado a la provisión de paquetes básicos o esenciales y dejar el resto de las prestaciones libradas a la provisión del mercado.

Se produjeron dos implementaciones de la atención primaria de la salud: una de sustento neoliberal que la definiría como un primer nivel de servicios esenciales o básicos, que fuera denominada Atención Primaria Selectiva y la otra -contenida en el documento original de Alma Ata- que la considera una estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derecho, que suele denominarse Atención Primaria de la Salud Integral.

Dentro de las distintas interpretaciones posibles de la APS, tendió a privilegiarse la selectiva reduciéndola a programas focalizados, concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto

El nuevo planteamiento despojaba a la APS de sus conceptos claves al esconder la insistencia en el desarrollo social y económico con equidad, al descartar la

participación de la comunidad en la planificación y control del proceso estratégico; al relegar a un segundo plano la colaboración y coordinación intersectorial, al hacer desaparecer el componente político que estaba potencialmente contenido en la propuesta de Alma Ata, reduciendo la práctica a la aplicación tecnocrática de recetas sencillas de bajo costo.

Teniendo en cuenta el concepto de salud como máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca ente el sujeto (sujeto social) y su realidad. Como un proceso con caracteres históricos y sociales. (Stolkiner 1988). Y sin olvidar que garantizar el derecho a la salud es una de las metas de las políticas pública. Y que depende de un modelo de atención que haga efectivo este derecho y logre instrumentar el acceso a un sistema sanitario más inclusivo, participativo y eficaz. Creemos necesario privilegiar el modelo de APS integral.

Este modelo destaca la necesidad de conformar equipos de salud donde se asuman objetivos comunes y se establezcan vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico. Un trabajo interdisciplinario entre médicos, trabajadores de la salud, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros, para que las intervenciones puedan concebir la integralidad del sujeto humano en la interrelación de sus distintos aspectos.

Sistema público de salud en Rosario

A pesar de que se presentan dificultades en el marco de las políticas integrales las directrices que guían este modelo son la equidad (entendida como ante igual necesidad), el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud. De estas

directrices se desprenden diferentes ejes de trabajo, algunos de ellos son, por ejemplo, prácticas en función de las necesidades barriales, estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios, organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables, participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones, programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos, entre otros.

En el marco de las políticas públicas generales, el municipio trabajó en la construcción de distritos sanitarios que pretendieron recuperar la idea de territorialidad para plasmarla en la red de salud. El trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de salud. Con estas modificaciones lo que se buscó es replantear la relación entre el estado y la sociedad y buscar nuevas formas de articulación, democratizar el proceso de cambio ineludible del estado y encontrar soluciones más integradas y creativas a los problemas que cotidianamente enfrentamos. La política de descentralización y distritalización se instala entonces como una actividad esencialmente política, por eso Rosario se incorpora a una reforma integral del estado municipal tendiente a acercar la capacidad de decisión a ese contexto local donde los problemas se definen, se construyen, se priorizan y se sufren.

La ciudad está descentralizada en su gestión en seis distritos, que son vistos como espacios en permanente construcción. Cada uno de estos territorios es un escenario de vínculos y conflictos, de intereses diversos en juego, de proyectos de distintos actores con distintas cuotas de poder. Siguiendo las concepciones de E Vilaca Mendes: "El territorio es un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales en la arena

política” (Rosario, 2004). Para llevar a cabo el proceso de distritalización hay que tener en cuenta la claridad estratégica, la coherencia política, la flexibilidad táctica y objetivos definidos

La red de Servicios de Salud Municipal está construida sobre principios de solidaridad, participación comunitaria y accesibilidad. Los esfuerzos están orientados a garantizar una mayor calidad de atención llegando a los lugares más necesitados de la ciudad, donde no están garantizadas las condiciones mínimas para una vida saludable. Bajo este criterio, el subsector público fue organizado en distintos niveles de atención que acompaña al proceso de descentralización política y administrativa del municipio:

Primer nivel de atención: Es el espacio de mayor resolutivez y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente. El Centro de Salud es el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Más de cincuenta Centros de Salud atienden a la población de todos los distritos. La atención médica que se brinda comprende medicina generalista y clínica, pediatría, odontología, toco-ginecología, psicología, enfermería, entre otras.

Anteriormente, los centros estaban más reducidos al cuidado de la madre y del niño, sala de primeros auxilios con la disciplina médica, enfermería y no mucho más. A medida que se fue repensando el modelo y complejizando los problemas, se empezó a crear la necesidad de jerarquizar este primer nivel de atención en

términos de no solo mejoras edilicias, sino también incorporar trabajadores de otras disciplinas y aumentar la posibilidad de resolución de este primer nivel.

Segundo nivel de atención: Conformado por tres hospitales, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación y un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias.

Tercer nivel de atención: Constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad compuesto por dos hospitales.

Debemos destacar que esta distribución es una estrategia realizada a partir de los niveles de complejidad médica, que permitiría una mejor y efectiva atención de la población, evitando de esta manera la conglomeración.

La Maternidad dentro del Sistema de salud Municipal

La Maternidad donde llevamos a cabo las Prácticas Profesionales Supervisadas se integra dentro del subsector Público (universalista y de seguridad social). Este subsector se encuentra integrado por Ministerios y Secretarías de Salud de las diferentes jurisdicciones: Nacional, Provincial y Municipal. La maternidad depende del sistema de salud municipal. Allí se ubica dentro del segundo nivel de atención en cuanto a la atención obstétrica, pero si tenemos en cuenta el servicio de cuidados intensivos del área de neonatología debemos posicionarla, también, en el tercer nivel.

En correlación con las políticas nacionales la Maternidad Martín desarrolla sus actividades apoyándose en la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) integral. Efectúa el mayor número de partos anuales. Su índice de cesáreas es de aproximadamente el 23%, porcentaje que se sitúa entre los más bajos del país. Orientada a la atención integral de la madre y el niño bajo el concepto de parto

respetado. Está dotada con la más alta tecnología para brindar la mejor atención de los recién nacidos y las mujeres gestantes. Sus consultorios externos funcionan como centro de referencia para los centros de salud en el apoyo matricial de las embarazadas que lo requieran. Entendiendo a el apoyo matricial como parte de un nuevo régimen de organización y metodología para la gestión del trabajo en salud que pretende integrar el diálogo entre las diferentes especialidades y diferentes niveles de atención.

Posturas políticas y discursivas que la atraviesan

Una de las características más sobresalientes es haber sido declarada en 1996 “Hospital amigo de la Madre y el Niño” por UNICEF. El concepto de Hospitales Amigos se basa en dar prioridad a las necesidades de la madre y su recién nacido. Tiene como fin “convencer a hospitales, servicios de sanidad, padres y madres de que el amamantamiento proporciona el mejor comienzo posible a la vida de los bebés”. Esta política se transformó en uno de los discursos más preponderantes de la institución.

Esta iniciativa persigue que, durante el proceso del embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido se proteja y promueva adecuadamente la lactancia materna. La misma cuenta con 10 pasos que, basados en el conocimiento científico y empírico, se sabe que contribuyen positivamente a este fin. Con este decálogo de acciones se podría decir que la institución maximiza las oportunidades de que los bebés allí nacidos inicien la lactancia y sean dados de alta con lactancia materna exclusiva, lo cual protegerá la salud del niño a corto y largo plazo. Este objetivo se logra minimizando las interferencias innecesarias en el establecimiento del vínculo madre-hijo. Para que una institución sea acreditada como “Amiga de la madre y el

niño” debe someterse a una evaluación externa realizada por el Programa Materno Infantil provincial o por el Ministerio de Salud de la Nación según el caso.

La iniciativa de UNICEF y la OMS fijó como objetivo lograr que en cada uno de los “países iniciadores” funcionaran por lo menos dos Hospitales Amigos para febrero de 1992. Argentina adhirió en 1994 y consiguió a fines de siglo veintiséis hospitales donde ocurren aproximadamente el 11% de los nacimientos del país. Uno de ellos es la Maternidad Martín.

Otra de las políticas que tienen un gran peso en la institución es la iniciativa promovida por UNICEF implementada entre 2010 y 2014 por el ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales, considerada también como una política de estado nacional, de transformar las Maternidades Públicas en “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)”. Consiste en un paradigma de atención perinatal, en el que se respeta las decisiones de la mujer durante todo el proceso del embarazo, el parto y el puerperio.

El modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) es el que toma la institución como lineamiento para la construcción de sus prácticas y se define como:

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la

iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna. (UNICEF, 2011, p10)

Los servicios de salud y hospitales en general fueron creados haciendo eje y foco en el desempeño del equipo de salud, los procedimientos terapéuticos y la bioseguridad, sin atender las necesidades subjetivas de las personas y sus familias. El modelo MSCF contempla un enfoque intercultural el cual permite superar la funcionalidad biomédica de las maternidades, e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad. Un proceso dinámico de relación y aprendizaje entre personas, grupos, prácticas y conocimientos, que pretende el desarrollo de nuevos espacios de intercambio y de generación de cultura al interior de las maternidades. La participación de los integrantes de diferentes comunidades permitirá la adecuación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la institución para que sea amigable a sus usuarios.

Características históricas y edilicias de la institución

Por otro lado, se pueden identificar características históricas y edilicias de la institución, las cuales determinan las prácticas que allí se desarrollan.

Es importante tener en cuenta que al momento de su inauguración la maternidad no contaba con la infraestructura actual, la misma fue producto de diferentes transformaciones edilicias. Es importante destacar que dichas transformaciones implican la ampliación del servicio y significan una modificación respecto de la calidad de atención. Su actual construcción responde a la necesidad de contar con infraestructura para la atención con un modelo de Maternidad centrada en la familia que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen en su desarrollo y evaluación. En la

antigua Maternidad se contaba solo con una sala de parto, once camillas divididas por biombos. Se abandona así la modalidad de las salas generales, lo que permite una mayor posibilidad para las mujeres y los bebés de estar en contacto con sus seres queridos y una mayor preservación de la intimidad familiar.

La nueva Maternidad se divide en dos grandes áreas: una de ellas cuenta con los espacios de admisión, parto, recuperación y neonatología de bajo y alto riesgo. La otra está reservada para la internación gineco-obstétrica, dirección, subdirección y personal.

Una de esas grandes áreas ubicada en el sexto piso de la institución permite el ingreso de las mujeres con trabajo de parto. Al ingresar se encuentran con los consultorios de admisión con baño privado y una sala de internación transitoria con dos camas allí una recepcionista las guiará hacia la zona de Parto, en ella serán atendidas por el personal médico adecuado. Dicho lugar cuenta con siete habitaciones individuales con baño privado a las que pueden acceder también los familiares. Por esta razón las salas tienen la característica de poseer dos accesos: uno para familiares y otro para el cuerpo médico que dará asistencia.

Luego, se procederá al traslado en camilla hasta una de las cuatro salas de parto, las cuales están equipadas con camillas que posibilitan que la mujer elija la posición en la que quiere tener a su bebé, y todo el equipamiento técnico necesario para atender a la parturienta y al recién nacido. La mujer puede elegir un acompañante durante su parto, si es que así lo desea. Teniendo en cuenta la importancia del lazo y de lo vincular en este momento y dando cuenta del modelo integral de atención.

También hay una sala de cuidados intermedios cuyo fin es asistir y monitorear a las mujeres que hayan tenido un parto por cesárea o un posparto complicado y

requieran de un periodo de observación. El personal de obstetricia tiene un espacio propio, cerca de las salas de parto y parto.

Otro de los espacios principales dentro del sexto piso de la institución es la sala de Neonatología. Distribuida en dos áreas según el alto o bajo riesgo del bebé. Su estructura vidriada permite que los padres y familiares puedan ver al recién nacido desde afuera. También cuenta con un espacio destinado para extracción para leche materna y áreas técnicas y salas para personal de enfermería y para los neonatólogos.

Luego del parto, las mujeres que no requieren el paso por la sala de cuidados intermedios son trasladadas al área de internación, ubicada en el quinto piso del edificio. Ésta cuenta con dieciséis habitaciones con baño. Once de ellas equipadas con tres camas. Dichas habitaciones son destinadas para la internación conjunta de mujer y bebe donde los mismos pasarán las primeras treinta y seis a cuarenta y ocho horas antes del alta. Las restantes cinco habitaciones son parte del sector de “cuidados especiales”, en ellas se producen las internaciones consideradas de alto riesgo. Cuatro de ellas tienen dos camas y solo una es individual. Esta área cuenta también con un box de enfermería para cada sector (internación general y cuidados especiales).

Asimismo, en el quinto piso separada de la zona de internación se encuentra la zona del personal que trabaja en la institución distribuidos en diferentes boxes como el de Trabajo Social, Jefatura de Neonatología, Jefatura de Enfermería, una biblioteca, una sala de estar, un comedor y Salud Mental. Cada uno de los servicios cuenta con un equipo de profesionales especializados.

También se cuenta con áreas de apoyo como Kinesiología, Cardiología,

Neurología, Fonoaudiología, Laboratorios, Radiología, Diagnóstico por imagen, Monitoreo, Farmacia y Estadística.

En 2008, la dirección de la Maternidad dictó la resolución que establecía la creación del Servicio de Voluntarias que tendría como objetivo ofrecer su colaboración espontánea para cooperar y acompañar a las mujeres y a los recién nacidos que se encuentren en el servicio de Neonatología de la Maternidad. En un principio, su presencia solo se daba cuando existía un pedido expreso desde la sala de neonatología o de Trabajo social, pero luego comenzaron a incorporarse en otras actividades como la participación en campañas de promoción de lactancia materna y actividades de inclusión educativa de las mujeres, entre otras.

El servicio de Salud Mental

Como se dijo anteriormente la Maternidad cuenta con un servicio de Salud Mental el cual ejerce su función en el quinto piso de la institución. Está integrado por una jefa del servicio (psicóloga), dos psicólogos y una psiquiatra.

Es importante destacar que los psicólogos dedicados al campo de la salud han tenido que invertir buen tiempo de sus prácticas en demostrar y delimitar su lugar profesional en los espacios de salud públicos. Un servicio de Salud Mental no era pensable anteriormente dentro de las instituciones de atención de la salud. Luego al considerarse lo específico de la Salud Mental como integrado en las acciones generales de salud, se lleva a cabo la creación de estos.

En la maternidad el Servicio de Salud Mental inscribe su trabajo en estrategias centradas en una concepción de la atención en salud en el marco del modelo de concepción participante integral. Sosteniendo una concepción de salud como la búsqueda permanente y activa de situaciones de bienestar, en la que se reconoce

un rol protagónico al sujeto, el cual realiza un procesamiento de las propuestas de los profesionales construyéndolas conjuntamente. Es un modelo en gestación, con una propuesta centrada en la participación. Al decir de Stolkiner (1988, pág. 31):

Se puede plasmar en este modelo centrado en acciones integrales incorporando lo específico de Salud Mental en las acciones generales de salud, en el cual se tiende a la ruptura (en la práctica) de la concepción dualista. Además, se observa en él la ausencia de un criterio de salud como normalidad, da a sus acciones preventivas un carácter no adaptativo.

Al momento de describir el trabajo que realiza el servicio de Salud Mental debemos tener en cuenta como se dijo anteriormente que se trata de un servicio incluido en una institución de segunda y tercera complejidad y que los pacientes que se reciben provienen derivados desde los diferentes centros de salud de la ciudad al momento del parto o en el caso que exista alguna complicación médica o a nivel socio-subjetivo en el transcurso del embarazo.

Las demandas que se presentan se relacionan con situaciones de sufrimiento subjetivo en torno a diferentes problemas como: posibilidad o imposibilidad del vínculo madre-hijo, embarazo producto de violaciones, mujeres embarazadas con déficit cognitivo, consumo de psicofármacos, malformaciones fetales, pérdida de embarazos, requerimiento de asistencia a padres que tienen sus bebés en neonatología, perturbaciones psíquicas como neurosis graves y psicosis, entre otras.

Las intervenciones se centran en el derecho de los pacientes; el respeto; en el valor de la comunicación interpersonal e intersectorial; en la prevención de la salud como

un concepto integral, multidimensional; en la promoción de los proyectos de vida como un recurso saludable de prevención.

El trabajo del servicio se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 la cual “Reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (2011, p. 1).

En el artículo 8 de dicha Ley establece que: “la atención en salud mental deberá estar a cargo de un equipo interdisciplinario en la cual se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (2011, pág. 2).

La conformación de los equipos interdisciplinarios va a estar determinada por las necesidades y particularidades de la población.

La simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro causal no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis de este y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos (sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica unida, etc.) debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Para lograrla se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando (...) Las

disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Un equipo interdisciplinario es un grupo. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud. (Stolkiner, 1999, pág. 10)

Igualmente pudimos advertir que en la mayoría de las áreas de la institución existe una distribución de las tareas y construcción individual de las situaciones que se presentan entre los diferentes profesionales que dificulta la producción de un pensamiento interdisciplinario. Ello lleva a preguntarnos ¿Qué perdemos de vista si la clínica se reduce solo al caso, a la enfermedad? La lucha por la 'posesión' del paciente, de la 'parte' que le pertenece a cada disciplina, convierte a cada profesión en una ingeniería de la salud ocupada en una máquina descompuesta.

El servicio de Salud Mental también se enmarca en otras leyes y derechos como lo son: Ley de Adopción, Ley N°25.929 de Parto Humanizado, Ley de Derecho Reproductivo, Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N°26.061, Leyes de discapacidad, Ley N°26.529 de Derecho del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Guía Técnica para Atención Integral de los Abortos No Punibles del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, entre otras. Desde las cuales sostienen su práctica y luchan por su implementación.

Práctica del Psicólogo

Al momento de definir la práctica del psicólogo no podemos dejar de considerar las características anteriormente mencionadas en relación con la institución donde el mismo lleva a cabo su trabajo. Ya que éstas constituyen los ejes fundamentales a seguir y determinan a la misma.

Al ingresar a la institución en calidad de practicante surgieron en nosotros una serie de interrogantes en relación con una clínica posible y con las posturas que sostienen y avalan las prácticas en dicha institución. Dichos interrogantes giraban principalmente en torno a ¿Cómo se lleva a cabo dicha práctica? ¿En qué se centra? ¿Con qué población se trabajan? ¿Cómo se lleva a cabo? ¿Es posible el psicoanálisis? Las respuestas a dichos interrogantes y otros nuevos fueron surgiendo en el transcurso de ésta y en contacto con los actores involucrados.

Frente al interrogante de la población con la que se trabaja creo importante destacar que la población que asiste a esta institución oscila entre los sectores medios, medios-bajos, hasta los más vulnerables. Los casos que se presentan tratan de problemáticas multilíneas que incluye la complejidad de la situación de un paciente, su sufrimiento, el equipo de médicos, la institución, la salud pública, etc. Se podría delinear así el trabajo del psicólogo en la Maternidad centrado principalmente en lo clínico e institucional, acciones interrelacionadas a su vez. Aspecto clínico teniendo en cuenta la atención de los pacientes, brindando un espacio, tiempo y escucha al sufrimiento del sujeto que padece. Trabajo enmarcado principalmente desde el Psicoanálisis. Y en relación con el trabajo institucional se refiere al trabajo con los profesionales de la institución y respecto de las relaciones que se establecen con paciente, poniendo énfasis en que la subjetividad no sea perdida de vista.

El modo de trabajo se organiza en función a la interconsulta que los diferentes servicios producen como obstetricia, trabajo social, enfermería, neonatología, etc.

La práctica de la interconsulta nos sitúa en la dificultad de encontrarnos con diferentes voces, distintas demandas, discursos que responden a éticas contrapuestas, figuras cambiantes. Teniendo ello en cuenta la tarea será ordenar esta trama compleja e ir dibujando un tejido teniendo en cuenta dónde están las prioridades, dónde el punto principal del conflicto. (Colonvini, 1995, pág. 3).

¿Cómo se lleva a cabo la interconsulta? La práctica de la interconsulta comienza con el desbrozamiento de esas múltiples líneas que lo conforman.

Cuando se hace el pedido de Interconsulta dentro de un Hospital aparece por situaciones de conflicto, en el que están involucrados tanto el paciente como la institución que lo alberga. La interconsulta permite a su vez hacer un análisis de la institución, ya que cada una de ellas revela los aspectos no explicitados de su funcionamiento y organización. Siguiendo a Castoriadis (2007) reconocemos que las sociedades se construyen a través de instituciones que regulan la vida en común, que marcan la pauta y coherencia entre las acciones y las ideas. Para comprender el comportamiento de una sociedad y sus instituciones, hay que tomar en cuenta dos elementos o manifestaciones, lo instituido y lo instituyente. Lo instituido nos indica los aspectos que han sido establecidos como representaciones de la realidad a la que los miembros de la sociedad se adhieren: reglas, normas, costumbres, tradiciones etc. Es lo inamovible, permanente, así terminan apareciendo como fijas y eternas generando de esta manera una naturalización y autonomización institucional. Tal naturalización es necesaria para el mantenimiento

del sistema social, para la estabilidad de las relaciones sociales dominantes, que todas las instituciones producen y reproducen.

Pero el carácter de lo instituido puede producir obstáculos en el trabajo requerido por esta institución específica. Puesto que las normas, costumbres y reglas muchas veces se reproducen de una manera mecánica lo cual es perjudicial para la atención de mujeres embarazadas que poseen una historia de vida y una estructuración psíquica única e irrepetible.

Como observador participante pude visibilizar desde los primeros momentos que en la institución hay un discurso hegemónico, que denota el modo de funcionamiento, de proceder de la institución, éste habla, dice de la institución. Creemos que todo pedido o demanda debe ser viabilizado sin excluir la trama institucional en la cual se produce. El discurso hegemónico presente en la Maternidad es el Modelo Médico, un conjunto de prácticas, saberes y teorías producidos por la medicina científica el cual se ha constituido como la única forma de atender la enfermedad legitimada por criterios científicos. El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza la cientificidad del modelo. Este sostiene que lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin tener en cuenta la red de relaciones sociales que determinan los fenómenos de la enfermedad. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde no hay lugar para los procesos sociales, culturales o psicológicos. Sin toman en cuenta que la persona con la que está tratando es un sujeto, que posee una historia llena de vicisitudes. La presencia de este modelo se hace notar en la mayoría de las acciones realizadas en la Maternidad. ¿Cómo se manifiesta eso? Muchas veces las preocupaciones que el equipo médico identifica como problemáticas, las cuales derivan luego como

interconsulta, están relacionadas a conductas que van en contra de los ideales de la institución, de lo que es esperable que suceda. Como por ejemplo la negativa a seguir los consejos sobre lactancia, higiene, situaciones de consumo, desinterés por el vínculo, etc. Dichas situaciones causan malestar en el personal de la salud siendo preocupaciones que conciernen más a la institución que a los pacientes.

También se observa que frente situaciones conflictivas, la culpa recae sobre el paciente, o sobre los Centros de Salud del cual viene derivado el paciente, al que se acusa de no haber dado información necesaria, falta de preocupación, etc. Eso deja ver cierta desimplicación frente a las problemáticas y dificultades para construir trabajos interinstitucionales e intersectoriales.

Otra de las cuestiones que se encuentran instituidas es la fascinación por la relación madre-hijo, la insistencia en la lactancia y el hecho de que todo debe conllevar a que la imagen de dulzura y de amor materno se preserve a cualquier precio. Esto lleva a considerar “madres anormales” o “malas madres” aquellas que no se ajustan a esta imagen. Y generalmente sobre estas madres recae la interconsulta con Salud Mental.

No es aceptada la ambivalencia característica del momento del recibimiento de un hijo y la conformación de la función materna. Tampoco el hecho que frecuentemente atraviesan las madres que no pueden darle de mamar a sus hijos o no responden a las demandas de los médicos porque se encuentran cansadas por haber atravesado muchas horas de trabajo de parto, o por los dolores causados por la cesárea.

Creemos que no se trata de poner en cuestión los beneficios que produce la lactancia y los primeros contactos de la madre con el recién nacido, pero no por ello debe perderse de vista el respeto por las decisiones de las mujeres las cuales están

atravesadas por consideraciones subjetivas, socioculturales, históricas, económicas, ideológicas, entre otras.

Es importante destacar también que a pesar de esta preponderancia del modelo médico hegemónico surgen en la institución prácticas tendientes a fomentar un trabajo con los diferentes equipos de salud. Consistentes en tener espacios de encuentro y formación para poder pensar sobre las prácticas e incentivar la reflexión crítica. Favorecer la creación de espacios de cruce con otras disciplinas. Generar espacios de debate y discusión con los actores de la institución para reflexionar sobre diferentes temas, y así estimular y promover un trabajo interdisciplinario permitiendo conjugar saberes, comprender, entender y operar.

A pesar de estos intentos de promoción de un trabajo interdisciplinario es importante dar cuenta de las dificultades que existen entre los diferentes servicios para efectuarlo. Producto de la falta de comunicación entre los distintos actores de la institución una vez producida la misma. También por dificultades en la capacidad de problematizar su práctica o acto médico. Intentado resolver los problemas a través de la interconsulta, llamando a los "especialistas de lo psíquico" que podrían acrecentar su eficacia médica. Pero ese llamado para que nos encarguemos del "psiquismo" del paciente, instituye, para lo "psíquico" el lugar de un aparato más. Es decir que se espera que el discurso del psicólogo colme los vacíos al discurso médico, restituyéndole su ilusión de completud y cerrando así toda posibilidad de transformación de este.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva donde puede visibilizarse un trabajo interdisciplinario es entre los Servicios de Salud Mental y Trabajo Social. También el "Rooming-in" es un espacio donde se lleva a cabo un trabajo interdisciplinario. La denominación "Rooming-in" hace referencia a la práctica de no separar a la

madre y al bebé después del parto, permitiendo que permanezcan en la misma habitación hasta que, salvo en caso de complicaciones, sean dados de alta para ir a casa. Allí el equipo de neonatología junto con los residentes reunidos expone las particularidades médicas de los pacientes teniendo en cuenta no solo los controles realizados y evolución del bebé sino también datos de la madre, la posibilidad de vínculo, de lactancia, cuidados, evaluaciones del desarrollo, cuestiones médicas y posibilidad de alta de ambos. El mismo permite que en casos en que exista alguna problemática o complejidad detectada o no previamente por los médicos pueda ser escuchada por los psicólogos.

La presencia del psicólogo para dar un lugar a lo subjetivo, a las particularidades de cada caso, interrogar, desnaturalizar aspectos de la práctica médica signada por las características del modelo médico hegemónico y también informarse sobre las pacientes con las que va a trabajar.

Este espacio brinda la posibilidad de poder identificar situaciones que podrían ser pasadas por alto desde neonatología. Donde la intervención de un psicólogo es necesaria para construir un saber disciplinar que oriente la lectura clínica de lo que acontece. Conformando un equipo con las otras disciplinas, realizando el abordaje de manera conjunta desde los diferentes servicios (obstetricia, neonatología, enfermería, trabajo social, otras especialidades médicas) para la comprensión y abordaje de la situación, planteando derivaciones y trabajo conjunto con territorio.

Un hecho para tener en cuenta es que esta función por parte del Servicio de Salud Mental requiere un trabajo constante y permanente, ya que, ante la inasistencia a este espacio por parte del equipo, las cuestiones vuelven a cerrarse y a tomar el curso ordinario.

Psicoanálisis en el hospital

Frente al interrogante acerca de la posibilidad o no de llevar a cabo la práctica psicoanalítica en una institución pública con las características señaladas surgen diferentes repuestas.

Citando a Daniel Slucki (2000) decimos que el psicoanálisis es la “cura a través de la palabra”. Cuando hablamos de la cura a través de la palabra, no hablamos solamente de la palabra del analista, hablamos fundamentalmente de la palabra del paciente. La función del analista está del lado de la interpretación, éste interpreta las palabras del paciente, el sentido de sus afectos, de sus silencios, de sus actos. Ella no es la única herramienta de trabajo. Es la herramienta por excelencia de la que disponemos, pero con ella solo no es suficiente. Centrar la práctica solo en ella limita al analista y le imposibilita acceder a otros tipos de intervenciones válidas y necesarias.

Si es que el psicoanalista no está dispuesto a entender el mundo social, cultural y económico del paciente se crea una brecha entre analista y analizante. Frente a ello es importante tener en cuenta que la llegada de un paciente al servicio hospitalario es muchas veces la única ocasión para recibir una atención y es responsabilidad del profesional que esta oportunidad no sea desaprovechada.

Trabajar en favor de la salud de un paciente es crear el campo propicio para la tarea analítica. Cuando la palabra no está, es tarea del analista hacer que la palabra advenga. Muchas veces se pierde de vista la importancia de la escucha analítica y los efectos en la clínica de esta. Es trabajo analítico ayudar a abordar lo inabordable desde el discurso social. Lo es también formular preguntas que no se han formulado.

El analista no interviene sólo para acceder al inconsciente, sino para producir otros

sentidos, que no necesariamente son el sinsentido, o el sentido común. Estos otros sentidos, quizás del orden del preconscious, hacen también a la cura. No deberían transformarse interpretación e intervención en falsas opciones; ambas son necesarias al proceso analítico y ambas son solidarias entre sí.

La práctica psicoanalítica llevada a cabo desde el servicio de salud mental de la maternidad intenta corresponderse con la concepción antes expuesta y refleja el proceso de atención que el servicio realiza. Una vez recibida la interconsulta intentar preservar una secuencia.

Comenzando con la entrevista con la paciente, su familia o acompañante en dicho momento. Previo a la realización de esta se pide al equipo a cargo que consulte a la mujer si quiere que el servicio de Salud Mental la visite. Desde el equipo de Salud Mental esto es considerado importante ya que se cree que la aparición repentina del psicólogo podía no ser de agrado, llevar a una situación sorpresiva y en casos negativa para la mujer, por no entender los motivos de dicha intervención. Por otro lado, también para poder delimitar si era una problemática que afectaba verdaderamente al paciente, si era más de la institución/equipo médico o simplemente la mujer no tenía ganas de hablar en ese momento.

Esto muchas veces es motivo de discusión ya que los profesionales de los diferentes servicios que tuvieron un contacto previo con las pacientes no llegan a entender la importancia, sintiéndolo como una carga laboral. La cual produce que sea llevada a cabo con desgano por algunos profesionales.

En ocasiones, antes del primer contacto con la paciente, el psicólogo concurre a la sala de enfermería para establecer un contacto con la enfermera/as que la estaban atendiendo. Las cuales exponen desde su saber y experiencia datos de la paciente

y su situación. Los mismos son considerados de utilidad al momento de efectuar la entrevista. También en algunos casos se accede a la carpeta con la historia clínica.

Una vez que el profesional a cargo pregunta a la paciente y con su consentimiento efectuado, se lleva a cabo la entrevista de presentación en la habitación donde se encuentra internada o en el box de Salud Mental dependiendo de cada caso. Ya que muchas veces la mujer no puede acceder al mismo o prefiere quedarse en la habitación. Esta elección del lugar a realizar la entrevista se pretende preservar ya que teniendo en cuenta las características de la institución, la mayoría de las veces las habitaciones son compartidas. En la cual están presentes no solo sus familiares sino también otras personas internadas. Se intenta que el psicólogo pueda hacer de lo público un lugar privado entre el paciente y él. Siempre teniendo en cuenta la decisión del paciente. La presencia de un pariente, amigo o acompañante muchas veces no permite una charla fluida, llevando a que el paciente no pueda expresarse libremente, esté condicionado, limitado, tenso.

Una vez efectuado el consentimiento se lleva a cabo la entrevista. En la misma el psicólogo/a se presenta, pregunta cómo se encuentra y aclara los motivos por los cuales el equipo de salud creyó pertinente nuestra intervención. Preguntando si esos motivos coinciden con su situación.

Teniendo en cuenta el enfoque teórico con el que el equipo realiza su trabajo, se continúa con la escucha. La escucha psicoanalítica se sostiene en la asociación libre. Se le pide al paciente que diga todo lo que se le ocurre, para que de este modo pueda vencer las resistencias y, a través de la atención flotante por parte del psicólogo, profundizar en los contenidos psíquicos. "La propuesta de Salud Mental es la comprensión de los procesos subjetivos en el terreno de la vida social y

cultural de las personas, teniendo como principal herramienta la escucha, la palabra, el dialogo, para recuperar las capacidades de pensamiento y reflexión". (Galende E. 2008)

Como principal característica las intervenciones que se producen en la maternidad se reducen a un solo encuentro, el cual puede brindar contenido necesario para intervenir y llegar a producir algún movimiento. Es importante tener presente que las primeras entrevistas en su mayoría son ricas en contenido lo que permite que se desplieguen diferentes hipótesis, que en un principio se presentan mezcladas y en algunos casos llega a desarrollarse alguna de ellas con más énfasis que las otra.

La mujer es entrevistada por el Servicio de Salud Mental en el período en que se encuentra internada, lo que provoca, como se dijo anteriormente, que el trabajo que se realiza es en un lapso breve de tiempo. Ello lleva a que la función del Psicólogo/a no se reduzca solo a intervenir sobre la demanda actual, sino que también facilita el contacto con el centro de salud más cercano al domicilio de la paciente, siguiendo la lógica del proyecto sanitario municipal, para continuar el tratamiento en el caso que la paciente lo requiera. Es importante resaltar que dicha modalidad de trabajo no hace lábil la escucha, ni la intervención por parte del psicólogo.

Esto se ve claramente cuando, ya sea porque la internación de la mujer en la institución se hizo más prolongada logrando un vínculo y posibilidad de trabajo mayores o por cuestiones transferenciales las mujeres deciden continuar su trabajo con el psicólogo/a de la maternidad. Se le ofrecen ambas posibilidades al momento del egreso de la mujer, dando prioridad a su pedido. Tomando a Wagner de Sousa Campos, G:

Sin dudas fue Freud quien destacó la importancia de la interrelación sujeto/sujeto en los procesos terapéuticos, centrando inclusive el método psicoanalítico en la transferencia y contratransferencia establecidas a lo largo de un proceso de análisis. Él evidenció una dialéctica compleja que se instaure siempre que un especialista se hace cargo de un paciente con intención de ayudarlo a hacerse cargo de sí mismo. Un apoyo sutil que en esencia no debiera atarlo, sino darle libertad o apoyo. (Freud, 1976 citado en Wagner de Sousa Campos, 1998 pág. 10)

Consideramos que la intervención psicológica institucional la mayoría de las veces tiene que ver con la manera en cómo la situación que el sujeto está atravesando en ese momento puntual de su historia repercute en su vida y en su experiencia emocional. Eso lleva a que la motivación del paciente para recibir atención psicológica este más relacionada a encontrar respuestas que reduzcan o resuelvan su padecimiento actual lo más breve posible sin intenciones de indagar más allá de ello.

Es importante tener en cuenta que en casi todas las intervenciones que se producen desde Salud Mental en la Maternidad, el psicólogo debe encontrarse con un paciente, que la mayoría de las veces no solicitó su intervención ni tiene la más remota idea de por qué estamos ahí. Por lo tanto, las condiciones de trabajo cuando el paciente no acude hacia el psicólogo, sino que es psicólogo el que acude al paciente, se alejan de lo aprendido durante la formación académica. En la cual se plantea como condición la presencia de una demanda por parte del paciente, es decir, éste debe tener ganas de ir. En la práctica hospitalaria la mayoría de las veces ocurre lo contrario, la demanda está invertida, no es el paciente quien tiene

ganas de que lo vea un psicólogo, sino que es el equipo de salud el que cree importante que acuda para una mejor atención.

Esta situación genera una complicación en la labor, pero igualmente la experiencia en la maternidad nos demostró que esta complicación no es insoslayable. Que se puede trabajar, dándole un giro, subjetivando al paciente, llevándolo más allá de la enfermedad que lo aqueja. Igualmente, no hay una receta para lograrlo cada profesional con sus herramientas intenta hacerlo posible para que esto puede darse o no.

Sin embargo, la práctica del psicólogo en la maternidad no se reduce al encuentro con el paciente y la situación analítica. Se produce también un trabajo más amplio. Este trabajo referente a una permanente articulación con los profesionales del servicio y reuniones con los equipos de Centros de Salud que componen la red de salud municipal. Teniendo en cuenta las múltiples dimensiones que se ponen en juego en cada situación, subjetivas, sociales, económicas, legales, culturales. Reuniones con los equipos de los Centros de Salud los cuales, establecen un primer contacto con los pacientes en función a la estructura de la red, por su ubicación geográfica, su dirección. También con otras instituciones como Dirección de Niñez, consultas a representantes legales, entre otras. Dicha práctica denota la importancia de la comunicación en cada instancia y del trabajo en equipo para una mejor resolución de las situaciones siempre preservando los derechos tanto de las pacientes como de los niños. Y también las problemáticas y conflictos que surgían cuando la comunicación no se daba o alguno de los equipos no respondía adecuadamente en relación con la estrategia de salud municipal planteada.

Otro punto de importancia es también en concordancia con lo que plantea la Ley Nacional de Salud Mental la participación y organización de encuentros con otros

profesionales. En el Art. 13 y 33 postula la “Capacitación permanente” y la “promoción de espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñan en Salud Pública”. (2011, pág.3). Trabajar en Salud Pública implica un constante encuentro con otros, la posibilidad de compartir y crear experiencias. Estar cerca y escuchar a los equipos de salud, tener espacios de encuentro y formación en salud mental para poder pensar sobre las prácticas e incentivar la reflexión crítica. También favorecer la creación de espacios de cruce con otras disciplinas. Generar espacios de debate y discusión con profesionales referentes en el campo con relación a la salud mental. Para poder reflexionar sobre diferentes temas.

El desarrollo y puesta en funcionamiento de las diferentes áreas de trabajo nombrados anteriormente muestra como la práctica del psicólogo intenta articular acciones en el campo de la salud mental, constituyendo un tipo de práctica específica en el marco de la clínica ampliada y con las coordenadas que impulsa la Ley Nacional de Salud Mental. Así en concordancia con Ferrandini (2011, pág. 3) creemos que:

“La herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es especialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿No es eso la salud?”

Posición subjetiva de la mujer y categorías conceptuales en torno a la maternidad

Por otro lado, teniendo en cuenta el contexto donde el psicólogo efectúa su práctica es importante no perder de vista la necesidad de cuestionar, pensar los conceptos desde la posición subjetiva de la mujer y discutir acerca de categorías conceptuales en torno a la maternidad.

Sostenemos a la maternidad como una construcción subjetiva, histórica sociocultural. La cultura en la que la mujer está inmersa incidirá en el desarrollo de las funciones maternas, al igual que la época en la que se halle. El ideal de maternidad reconocido e incrementado desde nuestra cultura se caracteriza por un reconocimiento y valorización del ser madre y en el cual es un mandato ineludible estar preparadas para engendrar y dar vida. El mismo constituye una idealización de la maternidad desde la sociedad patriarcal que habitamos.

La maternidad –como construcción sociohistórica en el mundo occidental- fue definida en función de una serie de procesos biológicos tales como la fecundación, el embarazo y el parto, pero se ha extendido más allá de ellos hasta alcanzar prácticas y relaciones sociales que no han estado vinculadas fisiológicamente al cuerpo femenino –cuidado, crianza, cariño- (Nari, 2004).

En el encuentro permanente con el discurso de diversas mujeres se hace notoria la movilización que muchas veces se genera por el hecho de estar esperando embarazadas desde la vivencia de la mujer y su sentir. Ello hace inevitable interrogarse acerca de ¿Toda mujer embarazada es una madre? ¿Cuál es la relación entre sexualidad femenina y maternidad? ¿Cómo el desarrollo psicosexual

y la construcción de su sexualidad inciden en la elección o no de la maternidad?
¿Qué lugar ocupa ese niño? ¿Desde qué lugar es o no es alojado? entre otras.

Remitiendo a las concepciones desarrolladas por Freud desde una postura psicoanalítica se puede pensar que ser madre, al igual que el vínculo en relación con su hijo, son construcciones que cada mujer realiza según sus posibilidades. Son hechos que no tienen nada de natural ni de instintual. No siguen una cadena lógica. Cada mujer puede ser madre y puede no serlo de acuerdo con el sostén de su narcisismo y la superación de las vicisitudes de su evolución psíquica. Pero principalmente ser madre tiene que ver con el deseo. Con el deseo de un hijo, un deseo que no es consciente.

Para abordar la maternidad, debemos remitirnos a los momentos de constitución subjetiva de la niña y su ingreso al complejo de Edipo. El descubrimiento de la castración y la decepción fálica con respecto a la madre es el punto de viraje de la niña, a la cual se le presentan tres caminos, uno de los cuales va a estar vinculado con la maternidad. Es lo que Freud llama la sexualidad normal, siendo los otros la inhibición sexual y el complejo de masculinidad. La inhibición sexual, la retrae de la sexualidad en general, no hay un deseo por poseer aquello que le falta, ni cambio en la zona erógena, se reprimen las aspiraciones sexuales. Complejo de masculinidad significa con esto que la niña se rehúsa a reconocer la castración, mantiene su erogeneidad clitoide y busca refugio en las identificaciones con la madre fálica o con el padre. Se evita la oleada de pasividad que impone el giro hacia la feminidad. La operación más extrema de este complejo sería la homosexualidad manifiesta por un influjo en la elección de objeto. La reacción normal para Freud tiene tres cambios importantes: en principio cambia de objeto de amor, éste pasa a ser el padre, y se le dirigen los sentimientos tiernos, así comienza

el complejo de Edipo. Se produce una mudanza de la zona erógena, el clítoris le cede lugar a la vagina, el desplazamiento de la libido en el cuerpo de la niña. Y una mutación del objeto deseado, la libido de la niña se desliza a lo largo de una ecuación simbólica (pene=hijo). En el inconsciente estos elementos son tratados como si fueran equivalentes y pueden sustituirse. La niña resigna el deseo de pene para reemplazarlo por el deseo de hijo y con este propósito toma al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser objeto de los celos y la niña deviene pequeña mujer.

Se observa así que el desenlace de la normalidad en la sexualidad femenina no es lineal, por el contrario, está precedida por ciertos preámbulos que desembocan en la maternidad.

Lo que se ha querido dejar de manifiesto es la idea de que la maternidad es un hecho subjetivo, más allá de lo biológico, es una construcción de cada mujer motivada por un deseo inconsciente. El embarazo, el parto y postparto son hechos complejos que ponen a prueba a la subjetividad de la mujer, debido a los cambios que ésta atraviesa y las funciones que asume, que lejos de confundirse con un proceso fisiológico y natural e instintual, son hechos de un entramado psíquico complejo. No solo hablamos del cuerpo biológico, sino también de la representación.

En algunos trabajadores de la institución existe un fuerte supuesto de convertir en madre a toda mujer embarazada, y que esa madre debe darse por entera a ese hijo, estar todo el tiempo, mimarlo, darle el pecho a libre demanda, entre otras cosas. Así como la maternidad se construye, el amor por ese niño no es un sentimiento innato.

Lo que vemos en el servicio de salud mental de la maternidad es que cada mujer es la madre y puede serlo, de acuerdo con el sostén de su narcisismo y la superación de las vicisitudes de su evolución psíquica.

Con ello se intenta dar cuenta de la complejidad que hay entre la maternidad y la sexualidad femenina, que sin dudas no podría pensarse una sin la otra, para poder así comenzar a dejar de pensarlas como equivalentes.

Reflexiones finales

A través del recorrido anterior podemos visibilizar que al preguntarnos por la práctica del psicólogo en una maternidad pública de la ciudad de Rosario debemos tener en cuenta todas las aristas que están implicadas, ya que éstas constituyen los ejes fundamentales a seguir y determinan dicho trabajo. Dicho trabajo no se reduce al encuentro con el paciente y la situación analítica. Se produce también un trabajo más amplio.

A pesar de que la homogeneización y automatización de la práctica médica y la predominancia de la visión de la salud en su dimensión biológica son los grandes problemas que llevan al surgimiento de diversos conflictos, hay espacios en los que desde la práctica de los psicólogos y con el acompañamiento de las demás disciplinas que intervienen en la institución se logran movimientos para romper con lo instituido desde la interrogación y el cuestionamiento de la práctica de los diferentes servicios. Apostar a construir una mejor relación entre los profesionales donde todos los servicios estén en permanente comunicación y articulación, favorecerá la atención de las personas que asisten a la institución. En concordancia con la modalidad de abordaje integral que genera participación de las usuarias en su proceso salud- enfermedad, abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

El desarrollo y puesta en funcionamiento de las diferentes áreas de trabajo nombrados anteriormente muestra como la práctica del psicólogo articula acciones en el campo de la salud mental, constituyendo un tipo de práctica específica en el marco de la clínica ampliada y con las coordenadas que impulsa la Ley Nacional de Salud Mental. Trabajo enmarcado desde un encuadre flexible, desde la escucha, con la palabra sosteniendo que cuando la palabra emerge se despliegan un sinnúmero de emociones y pareceres.

Por otro lado, otro aspecto que no se profundizó y sería importante tener en cuenta, es que, si bien este ensayo intenta plasmar la idea de que no basta con el hecho fisiológico de estar embarazada y parir para convertirse en madre, sino que la maternidad es una construcción que cada mujer realiza en base a sus posibilidades subjetivas, y en base a su deseo inconsciente. También se pone en juego lo cultural. La cultura en la que la mujer está inmersa también incidirá en el desarrollo de las funciones maternas, al igual que la época en la que se halle. En este sentido, la maternidad es un tema muy rico y amplio para seguir trabajando y pensando. En este ensayo se ha abordado solo un aspecto de ella.

Por último, a través de los recorridos teórico realizado se despertaron en mí nuevos interrogantes, los mismos hacen referencia a, por ejemplo: Teniendo en cuenta las características de dicha institución ¿Es posible llevar a cabo la práctica desde otro abordaje teórico?; ¿La brevedad de la mayoría de los contactos con los pacientes condiciona la práctica psicoanalítica?; ¿Produce efectos?; ¿Las transformaciones culturales actuales relacionadas a la lucha por la despenalización del aborto y el alquiler de vientres implican una modificación en los ideales anteriormente establecidos de la maternidad? Dichos interrogantes quedan abiertos para seguir reflexionando y trabajando.

Referencias bibliográficas

Baremlitt, G. (1992) Compendio de Análisis Institucional y otras corrientes: Teoría y práctica. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Ventos.

Castoriadis, C. (2007) El imaginario social instituyente. París. Biblioteca Omegalfa.

Colovini, M. (1995) Entre la necesidad y la contingencia: la interconsulta.

Ferrandini, D. (2011) Algunos problemas complejos de salud mental.

Freud, S. (1993) Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conf. 33: La Feminidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fidalgo, M.M. (2008) Consideraciones conceptuales acerca del “Bien Salud” y conformación del sistema de salud. Cap1. El campo de la atención de la salud y la política social.

Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Salud (2011) Ley Nacional de Salud Mental N°26657.

Nari, M. (2004) Políticas de la maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940, Buenos Aires, Biblos.

OMS (1978) La atención Primaria de la Salud. Cap. I y Generalidades. Declaración de Alma ATA. OMS/OPS. Washington DC

OMS (2008) La Atención Primaria de la Salud. Más necesaria que nunca. OMS, Washington DC.

Secretaría de Salud Pública Dirección de General de Servicios de Salud (2004) Rosario.

Sousa Campos, G. (1998) Equipos Matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud.

Stolkiner, A. (1988) Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. Rev. Salud y Sociedad. Córdoba. MOSIS.

Stolkiner, A. (1999) Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Bs As. Revista el Campo Psi.

Slucki, Daniel. (2000) Hospital: un desafío para el psicoanálisis. Revista Topia.

UNICEF (1994) Iniciativa hospital amigo de la madre y el niño. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

UNICEF (2011) Maternidad Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)
Conceptualización e implementación del modelo. 1 ed. Ministerio de Salud.
Argentina.