

Ramiro Garzantini

El psicólogo en el sistema sanitario

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar algunas de las dimensiones de la visión que sobre la actividad profesional de los psicólogos en el Primer Nivel de Atención y Complejidad (PNAYC) en la Argentina tienen los expertos en Psicología Comunitaria.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio perteneciente a una beca de iniciación a la investigación de la CIC y desarrollado desde el CEREN en el cual me propongo indagar acerca de las actividades profesionales y las modalidades de intervención de los psicólogos que trabajan en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en el partido de La Plata. Es en este marco, previo a la salida al campo, se vislumbró la posibilidad de abordar y entrevistar en profundidad a expertos para conocer lo que ellos han observado y piensan acerca de la actividad e intervenciones del psicólogo en este nivel de atención.

Los datos que estos actores aportaron se analizarán partiendo de la perspectiva conceptual de la *Teoría de la Actividad* ya que se trata de un recurso útil para pensar la actividad del psicólogo en el ámbito de la atención primaria de la salud (APS) en CAPS, no en términos de acciones y decisiones individuales sino como parte de un sistema más amplio, complejo y atravesado por tensiones de distinta índole (como el de los marcos normativos que legislan a las prácticas del psicólogo en la atención de la salud mental en el Primer Nivel de Atención y explicitan el deber del trabajo del psicólogo en el CAPS). El sujeto, representado en este caso por los psicólogos que trabajan en CAPS, constituye el subgrupo cuyo accionar se elige como punto de vista en el análisis.

Marco legal de la APS

Ya casi han transcurrido 40 años de la Declaración de Alma Ata (OMS- UNICEF, 1978), en donde se explicitó que la estrategia de APS sería una propuesta superadora del estado en que se

encontraba la atención de la salud en ese momento y con el objetivo y eslogan de “*salud para todos en el año 2000*”. Sin embargo, a mitad de camino, en 1988 la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) amplía el margen para dicho objetivo afirmando “*salud para todos en el año 2000 y más allá*”. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000) ya no mencionan esos propósitos y proponen metas más acotadas, como disminuir la mortalidad materna o la incidencia del SIDA en el África Subsahariana.

La estrategia de APS fue definida originalmente como “*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puestos al alcance de todos, individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación*” (OMS-UNICEF, 1978). A partir de ese momento se deberían reorientar los dispositivos de atención de la salud hacia los principales problemas de la comunidad, fortaleciendo la prestación de servicios con actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación (Villalva, 2015). Efectivamente, el interés y las acciones por parte de los Estados miembros de la OMS respecto a la APS aumentaron sustancialmente (Miguez, 1998; Gofin y Gofin, 2007; Villalva 2015), aunque de forma dispar y sin llegar a los resultados previstos en 1978. Esto se debió en gran parte a que la forma de implementar estas reformas no fueron explicitadas en estos marcos normativos, por lo que en las décadas siguientes produjo distintos modelos de implementación (Stolkiner y Solitario, 2007).

En efecto, los programas sanitarios de los países de la región comenzaron a dirigir sus esfuerzos tanto para descentralizar y distribuir sus recursos, como para interrelacionar las tareas preventivas en salud mental con la APS (Caldas de Almeida y Horvitz-Lennon, 2010; Garzaniti, Noriega y Villalva, 2014). Pese a estas acciones, la misma OMS (2001) señalaba a fines de la década del 90 que en América Latina aún se encuentran formas dominantes de la práctica médica con un predominio cuantitativo de la investigación clínica, íntimamente relacionada con la atención médica hospitalaria, especialmente en el ensayo de nuevas formas terapéuticas. Hoy en día la salud mental, o mejor dicho, la enfermedad mental, representa un 14% de la carga mundial de enfermedad (OPS, 2009).

Doce años después de la Declaración de Alma Ata se da otro hito importante que hace al marco legal de la atención de la salud mental: la Declaración de Caracas (OPS, 1990). Allí se afirma que se debe realizar una reforma para lograr una mejor atención de la salud mental. Este documento fue la aceptación por parte de estos organismos de investigaciones empíricas previas que venían demostrando la ineficacia del tratamiento psiquiátrico asilar y la constante violación a los derechos humanos que se realizaban en aquellos ámbitos (Caldas de Almeida y Horvitz-Lennon, 2010). Específicamente lo que se propone es que los programas sanitarios deberían tender a disminuir cada vez más el énfasis en los aspectos psiquiátricos y orientarse hacia acciones de prevención y promoción de la salud, siguiendo la “*estrategia adoptada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*” (Declaración de Caracas, 1990: 2), es decir, la estrategia de la APS. De esta forma la OPS por primera vez sugiere una desmanicomialización, es decir, una sustitución del Hospital Psiquiátrico por otras modalidades de intervención, en este caso, comunitarias. Lo que se propone es que el paciente se encuentre en su comunidad, sin romper lazos sociales y evitando, en lo posible, la internación.

Los organismos internacionales de los que nuestro país forma parte (la OMS y la OPS) han ido modificando la forma en que entienden la salud a lo largo del tiempo, pasando de definirla como un “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1948, 1978) a definirla en la Declaración de Buenos Aires (OPS, 2007a) como “*condicionada por diversos y dinámicos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. La responsabilidad por su cuidado es de todos y el rol de los sistemas de servicios de salud basados en la estrategia de atención primaria es clave, incluyendo la comunidad*”. En coincidencia con esto, la estrategia de APS hoy se define de la siguiente manera: “*un Sistema de Salud Basado en la APS es aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados por la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles*” (OPS, 2016).

En nuestro país estas directrices en salud mental toman carácter de ley a nivel nacional a partir de 2010, con la sanción de la Ley 26.657, la Ley de Salud Mental. Los artículos más importantes de dicha Ley en referencia a la atención de la salud mental en la comunidad son los siguientes:

- *Artículo 3º: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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...”*
- *Artículo 8º: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.*
- *Artículo 9º: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.*
- *Artículo 27º: Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos*

Entonces, estas directivas implican un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, ya que proponen tratarla desde un paradigma social expansivo (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010). Este paradigma implica la interdisciplina, el trabajo en y con la comunidad centrándose en la promoción y prevención de la salud, sin negarle al usuario la atención individual, pero ocupando esto menor cantidad del tiempo de trabajo del profesional. Se debe trabajar con la

persona sana, haciendo promoción y prevención y atender patologías propias de este PNAyC, es decir, patologías leves con pacientes ambulatorios (Saforcada, 2000; Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010).

Ahora bien, no todo el sistema sanitario debe volcarse hacia la APS, ya que eso significaría dejar de lado a aquellas personas que sufren alguna dolencia aguda y/o específica cuyo tratamiento requiere una complejidad mayor de la que dispone un sistema centrado en la APS. De lo que se trata es de centrar los esfuerzos y recursos en aplicar dicha estrategia. Es por eso que uno de los soportes básicos de la planificación y el gerenciamiento en el ámbito de la salud es el concepto de nivel de complejidad, a partir de tres niveles: primero, segundo y tercero. Esta racionalidad y precaución lleva a que el contacto inicial de los usuarios con el sistema sea con el primer nivel de atención y complejidad (Saforcada, 2000). De ahí en más, si el problema de salud así lo exige, irá pasando a los otros niveles de atención y complejidad en función de la indicación del profesional que lo atiende en el primer nivel. Una cuestión importante a tener en cuenta, es que el nivel de complejidad requerido por el problema de salud de una persona no queda determinado sólo por la naturaleza y características de la patología sino por las condiciones por las que el proceso de salud está atravesando y por las circunstancias de vida del paciente. Tomando un par de ejemplos del campo mental: un paciente con consumo problemático de alcohol puede demandar por largo tiempo (o siempre) sólo atención en el primer nivel; en cambio otro paciente, que tiene el mismo problema pero está atravesando una crisis aguda, puede requerir asistencia en el segundo nivel de complejidad o en el tercero.

La estrategia de APS comienza a ser adoptada en el cono sur con la vuelta de la democracia (Miguez, 1998; Chiarvetti, 2008; Garzaniti, Noriega y Villalva, 2014). Así, se generó evidencia empírica en nuestro continente que mostro esta estrategia era eficiente y eficaz para mejorar la salud de la población (OPS, 2005; OPS, 2007b). Numerosas investigaciones epidemiológicas señalan que en el Primer Nivel de Atención y Complejidad, y a través de la estrategia de APS, pueden resolverse hasta el 95% de los casos (Saforcada, 2000; Scharager Goldenberg, y Molina Aguayo, 2007; Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012). En palabras de Scharager Goldenberg, y Molina Aguayo (2007: 159), *“la atención primaria debe abocarse hacia la atención de los problemas de salud mental leves o moderados mediante estrategias propias de ese nivel de atención que permitan resolver una mayor proporción de esos problemas”*. Este Primer Nivel de

Atención representa el primer contacto de la población con el sistema sanitario y exige entonces atender a una gran cantidad de personas por lo que se vuelve imprescindible un óptimo uso del tiempo. Esto implica intervenciones de prevención y promoción de la salud basadas en estrategias esencialmente grupales y comunitarias.

Marco teórico

Trabajar salud mental en APS exige trabajar en y con la comunidad y por tanto la actividad del psicólogo que trabaje en este ámbito sería una asociada con la definición del psicólogo comunitario. La Psicología Comunitaria entiende la práctica profesional dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado, en relación a sectores u organizaciones con ampliación de sus fines sociales, incrementando su contenido crítico y con aplicación de tecnologías y técnicas provenientes de la psicología social y la psicología clínica, o del desarrollo (De Lellis, 2010). Tiene como fin el desarrollo de comunidades autogestoras para el diagnóstico y solución de sus propios problemas (Montero, 2004). Estudia, de esta forma, las relaciones entre salud mental y poder, entre *“las condiciones de vida y su efecto sobre procesos psicosociales”* (Montero, 2004: 35). La Psicología Comunitaria tiene un carácter político en sí, al buscar desalienar, generar conciencia y movilizar a la sociedad. Trasciende de esta forma una visión molecular y alcanza una perspectiva más completa que tiene que ver con su impacto global sobre el desarrollo de sociedades saludables (Londoño Perez, Valencia Lara y Vinaccia Alpi, 2006).

Desde este marco teórico se entenderá a la salud como un proceso de relativo bienestar bio-psico-socio-cultural, como fenómeno complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano (Bonzo, Castro, De Lellis y Tissera, 2001). El componente mental de la salud se define como una creación social y humana, *“un modo de vida, un modo de estar en comunidad surgido en una sociedad determinada y un modo activo de estar en el seno de ésta”* (Ferro, 2010:52). Como todos los fenómenos de las ciencias sociales, no está unideterminada y en ella intervienen, como bien explicita la Ley 26.657, variables económicas, sociales, políticas, ontológicas, culturales, biológicas, etc. Entonces, su abordaje deberá incluir las circunstancias sociales que lo determinan y el medio en donde se producen. El sujeto se define entonces de forma fenomenológica, experiencial y dinámica, como un momento activo y permanente de

tensión, contradicción y desarrollo en la confrontación necesaria entre la subjetividad social y la individual (González Rey, 2008). Este aparece constantemente comprometido de forma simultánea en una multiplicidad de escenarios tanto macro como micro sociales.

Siguiendo a Giddens (1979, en Cole, 1996), las prácticas son los constituyentes básicos del sistema social, formando una unidad de análisis que supera este dualismo individual-social. En este mismo camino podemos ubicar a Pierre Bourdieu (1977, en Cole, 1996) cuando nos propone superar este dualismo entre la vida social y los procesos cognitivos. De esta forma el autor presenta el concepto de habitus como el producto de las condiciones materiales de existencia y el conjunto de principios para generar y estructurar las prácticas

La *Teoría de la Actividad* conforma una buena manera de aproximarse a las prácticas que permite superar el dualismo cartesiano individuo-sociedad. El individuo no podría ser entendido sin sus medios culturales; y la sociedad no podría ser entendida sin la agencia de individuos que usan y producen artefactos (Erausquin y Larripa, 2008).

La actividad como unidad de análisis psicológica fue desarrollada por el psicólogo ruso Alex Leontiev a finales de los años el 70 y ha sido reformulada actualmente por Engeström (Erausquin y Larripa, 2008). Desde esta perspectiva, un sistema de actividad no es una unidad homogénea. Por el contrario, se compone de una multitud de elementos, voces, puntos de vista, a menudo dispares. Siguiendo a Erausquin y Larripa:

“La actividad es una formación colectiva y sistémica con una compleja estructura mediadora. Un sistema de actividad produce acciones y se desarrolla por medio de acciones; sin embargo, la actividad no es reducible a acciones, que son relativamente efímeras y tienen un principio y un final determinados en el tiempo de los individuos o grupos. Los sistemas de actividad, en cambio, evolucionan durante períodos de tiempo sociohistórico, adoptando la forma de instituciones y organizaciones.” (2008:114)

Una segunda generación de investigadores (Erausquin, 2013) respecto a esta teoría propone que las acciones son mediadas no solo por artefactos, sino de la siguiente manera:

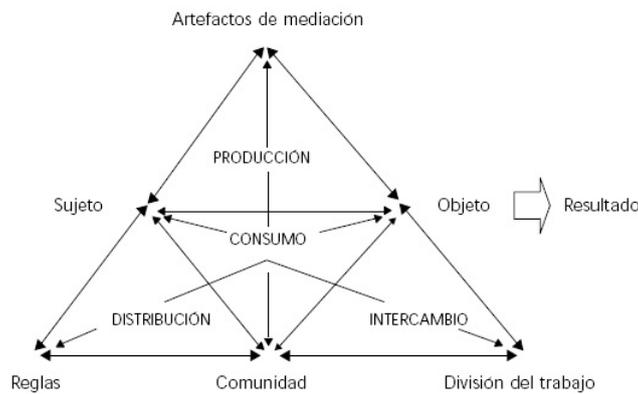


Figura 1. Triángulo fundamental de la mediación ampliado (Engeström, 1996)

Esta Teoría se funda en tres principios básicos: un sistema de actividad colectiva puede tomarse como unidad de análisis, lo cual aporta contexto y significado a acontecimientos individuales aparentemente aleatorios; el sistema de actividad y sus componentes pueden ser comprendidos históricamente; las contradicciones internas del sistema de actividad pueden analizarse como fuente de desorganización, innovación, cambio y desarrollo de ese sistema incluidos sus participantes individuales. (Cole y Engeström, 1993; Engeström, 1996).

Sin embargo, como dicen Cole y Engeström (1993), una nueva estructura de actividad no cae del cielo. En este caso el cielo bien podría estar representado por los Organismos Multilaterales y Nacionales que envían directivas sobre el trabajo en los CAPS. Estos organismos proponen modificar la forma en que se está trabajando la atención de la salud mental desde los Servicios de Salud, explicitando la ineficiencia de los mecanismos actuales para brindar servicios de calidad a toda la población (OMS-UNICEF, 1978; OMS, 1988, 2013; OPS, 1986, 1990, 2005, 2007^a, 2009, 2010). Pero para que haya un cambio en un sistema de actividad:

“se requiere un análisis reflexivo de la estructura de actividad existente: los participantes deben aprender a conocer y comprender lo que quieren superar y la creación de un nuevo sistema de actividad requiere la apropiación reflexiva de modelos y herramientas avanzados que ofrezcan la posibilidad de salir de las contradicciones internas” (Cole y Engeström, 1993:67).

La *Teoría de la Actividad* no corresponde a un dominio particular ni ofrece técnicas y procedimientos prefabricados aplicables a cualquier ámbito de estudio, sino que *“se trata de un*

enfoque general, interdisciplinario, que ofrece herramientas conceptuales y principios metodológicos que deben ser precisados de acuerdo con la naturaleza específica del objeto que se estudia” (Engeström, 1996: 114). Para poder convertir esta Teoría en procedimientos plausibles de ser aplicados a una investigación se necesitan instrumentos intermedios que permitan aplicarla al análisis de una situación determinada. En este caso, esos instrumentos intermedios serán las características propias del trabajo del psicólogo en APS.

Apartado metodológico

La investigación se basa en un estudio transaccional descriptivo con abordaje cualitativo. El procedimiento analítico se focaliza en un análisis de contenido interpretativo sobre un corpus de entrevistas semi-dirigidas a referentes y expertos en Psicología Comunitaria con experiencia en intervención e investigación en el Primer Nivel de Atención y Complejidad. La selección fue de tipo intencional basado en los siguientes criterios: expertos en psicología comunitaria, con título de posgrado, experiencia en intervención en el Primer Nivel de Atención y gestión pública en el campo de la salud mental a nivel local, provincial y nacional. Los entrevistados se reconocerán con las siguientes etiquetas: E1, E2, E3 y E4

El análisis de contenido interpretativo se centró en dos ejes principales: Caracterización del trabajo del psicólogo en el Primer Nivel de Atención y Complejidad y como debería trabajar el psicólogo en el Primer Nivel de Atención y Complejidad.

Análisis

El encuadre teórico mencionado permite observar, desde el discurso de los expertos, una serie de tensiones internas al sistema de actividad en el que tienen intervenciones los psicólogos que trabajan en CAPS y que pueden ser pensadas como fuente de desorganización y, a la vez, de innovación, cambio y desarrollo.

Eje 1

Los entrevistados coincidieron en que el psicólogo en APS centra sus trabajos en un paradigma individual restrictivo (opuesto a la estrategia de APS), ocupando la mayor parte de su tiempo en terapias individuales. Si bien argumentaron que la situación podía variar de un municipio a otro (los CAPS en la Provincia de Buenos Aires son de gestión local), coincidieron en que el modo de trabajar del psicólogo suele centrarse en la clínica individual con un marco teórico psicoanalítico. Este modo de trabajo contradice los principios de la APS, al no haber participación crítica de los ciudadanos y no hacer prevención y promoción de la salud. En lo que respecta a la atención de patologías en el Primer Nivel de Atención, también genera un cortocircuito ya que esta modalidad de trabajo no permite atención de gran cantidad de personas y tampoco concluir la atención. Sin embargo, uno de los entrevistados nombra un caso en el que no se trabajó de esta forma, pero aquí el problema fue que se trató acción técnica y normativamente pertinente pero aislada y no controlada intelectualmente.

E1: Piensan que los problemas de la gente de las villas son insolucionables. Por ahí puedes encontrar a una psicóloga, como por ejemplo XX, que va a llevar a cabo dispositivos grupales y comunitarios. XX dice: “bueno acá el psicoanálisis no va, acá hay que trabajar de otro modo, el psicoanálisis lo tengo que dejar en el consultorio”, sale a la comunidad y hace un muy buen trabajo. El tema es que cuando le pregunte qué marco teórico aplicaba ella me respondió que no sabía, que hacía lo que creía conveniente, con su modo de pensar y con sentido común. Y nadie sale al campo. Hay municipios que directamente lo tienen prohibido.

E2: Depende mucho del municipio. Pero en general, en el primer nivel de atención el psicólogo, producto de esa formación y de interiorizar ese modelo, por ejemplo espera la demanda, no piensa el contexto de intervención, no piensa por lo general el proceso en todo su momento, desde la intervención temprana hasta el seguimiento y el final. Pero por lo general hay un déficit en ese sentido.

El usuario interioriza mucho el modelo profesional, o sea, en el caso de la medicina Eduardo Menéndez lo vio bien porque introdujo un concepto que es el modelo médico hegemónico, que es como la sociedad interioriza el modelo de contención y prácticas de los médicos. Es decir, va al hospital o al centro de salud cuando le pasa algo, espera que el médico le recete algo, no se involucra, no se responsabiliza, no efectúa una labor de contralor colectivo de lo que puede ser un centro de salud en un barrio. En fin, ese modelo individualista, liberal, está presente en muchos profesionales y la sociedad lo interioriza como tal también. Entonces cambiar la

imagen que uno puede tener de un profesional ya sea un psicólogo o un médico, requiere un cambio cultural, y que empiece a ser demandado para hacer cosas distintas que aquellas para las que fueron tradicionalmente formados.

Las áreas que tienen que ver con promoción de la salud, con participación comunitaria, redes, son áreas que no son jerarquizadas. Entonces el profesional piensa que eso se puede hacer con un poco de voluntad y sentido común. Entonces parece que la acción profesional pasa por el tratamiento y lo demás es un plus ajeno al núcleo técnico de la profesión.

Respecto a las principales causas de este fenómeno, los expertos entrevistados argumentaron: la formación de grado y de posgrado de estos psicólogos y las directivas emanadas desde el Municipio para este trabajo. En efecto, se trata de la formación restrictiva individual en la que se centran la mayoría de las carreras de psicología de la Provincia y la CABA (Saforcada et al, 2010; Plan Nacional de Salud Mental, 2013). Al prohibir la salida al campo y enfatizar el trabajo en consultorio, las directrices de los Directivos convergen en esta misma línea.

E3: Para mí como trabajan los psicólogos tiene que ver con dos cosas: por un lado la formación desde este paradigma restrictivo; por otro lado las posibilidades y modalidades de trabajo del mismo CAP. Muchas veces los mismos directivos son los que pueden romper o no con esto y sumar al psicólogo a un proyecto integral.

E4: Esto se debe a un corriente fuertemente instalada en el país que homologa psicólogo a psicoanalista y la psicología como profesión liberal. Es probable que esto sea así, también en equipos de orientación escolar, por ejemplo. Es que si no han tenido otra formación y no manejan otra teoría. Yo sé perfectamente lo que hago y pienso cuando voy a supervisar un CAPS. Pero si nunca en la vida estudiaste otra cosa estas usando el sentido común, no te queda otra. O, los más brillantes, digamos, utilizan elementos de la teoría psicoanalítica que son muy útiles y los reprocesan para pensar otro tipo de prácticas. Para mí está mal.

E4: En una de esas no es solo la formación que ellos recibieron sino también la urgencia del servicio que en vez de funcionar como centro de APS funciona como centro de atención médica.

E2: Es para un análisis más amplio que trasciende la profesión de psicólogo y que tiene que ver con estas representaciones acerca de lo que es el núcleo técnico de la profesión. Hay estereotipos, imágenes que se construyen socialmente que deberían ser reconstruidas para producir otra cosa distinta.

Se observa aquí como, si bien tienen en cuenta que este fenómeno tiene múltiples aristas, centran sus argumentos causales en la formación de dichos psicólogos.

Por otro lado, también se indaga específicamente acerca del trabajo interdisciplinario. Este es una condición necesaria para poder hacer prevención y promoción de la salud y modificar el estilo de vida en una comunidad de modo que se vuelva más saludable. Acerca de esto argumentaron que en los CAPS no se suele trabajar de forma interdisciplinaria,

E3: El psicólogo aprende a trabajar en interdisciplina, entre comillas, en el momento que está haciendo algo y no puede. O sea, va pensándose capas de todo y vuelve sabiendo que no pudo y ahí pide ayuda. Tipo de emergencia y no una posición conceptual. Los psicólogos somos muy omnipotentes.

E1: Nadie les da bola. Poco y nada.

E2: Cuando el psicólogo se forma bien, con buena formación de base, tiene una formación bastante dúctil porque como en la facultad se construyen categorías de pensamiento y de relación con bastante nivel de elaboración teórica tiene bastante potencialidad para trabajar en equipo. Cuando el psicólogo se forma mal, se profundiza en un marco teórico dogmático, se vuelve muy difícil dialogar, vincularse, trabajar, algo parecido le pasa a la medicina. Lo que por ahí no hacen los psicólogos cuando se trabaja en equipo es pedir información a otros profesionales y demás. Pero no está tan incorporado el tema de la interconsulta, por ahí en la formación está muy dissociado lo orgánico y lo subjetivo.

Coincidieron los entrevistados en que el mayor que problema que generan estas modalidades de trabajo son: por un lado, el abandono del tratamiento por parte del paciente; por otro lado, en caso de que el paciente sea tratado bajo esta modalidad terapéutica, las “altas institucionales”, es decir el psicólogo da el alta no porque el paciente haya sido curado, sino porque no puede dedicarle más tiempo a este paciente y debe atender a otros. De aquí la importancia de trabajar con grupos y modalidades terapéuticas breves.

E1: Vos pensá que si hablas con psicólogos y psicólogas que trabajen en el primer nivel de atención te van a decir que los pacientes son inanalizables. O que no tienen adherencia al tratamiento, o sea que van una o dos veces y no van más. Y no salen de ahí. Bueno, en esos casos de poca adherencia al tratamiento, si vos vas y hablas con la gente te va a decir: “lo que pasa es que yo deje porque la psicóloga no me habla”.

O terminan dando un “alta institucional”. El “alta institucional” es un delito que está tipificado en el Código Penal. Algún día va a terminar preso algún psicólogo. Eso pasa mucho también en los hospitales. Y además los psicólogos suelen derivar al paciente a su consultorio particular o el de un amigo.

Eje 2

En este eje se analiza las visiones que estos expertos tienen respecto al deber ser de las actividades del psicólogo en el Primer Nivel de Atención y Complejidad. Coincidieron aquí en que lo más importante que debería hacer los psicólogos en el CAPS son las terapias grupales y, en lo posible, hacerlo por fuera del CAPS, es decir, en la comunidad.

Para el trabajo clínico sugirieron utilizar técnicas de aconsejamiento psicológico o counseling (anglicismo con el que suele ser llamado el aconsejamiento psicológico). Y como marcos teóricos para el trabajo en comunidad propusieron el uso de marcos teóricos Sistémicos y Cognitivos.

Ante la pregunta ¿Qué debería hacer el psicólogo que trabaje en el Primer Nivel de Atención y Complejidad? Se obtuvieron las siguientes respuestas:

E1: Para empezar uno no puede tener a un solo psicólogo. Y yo creo que ese más de uno, aunque sea uno debería: el 70% del tiempo tiene que estar en la comunidad, caminando con la gente, pasando por las casas, por las organizaciones del barrio; y un 20% o 30% tiene que hacer consultorio.

En el primer nivel de atención tiene que trabajar con técnicas grupales, tiene que trabajar fundamentalmente con aconsejamiento psicológico, o sea con gente que el 70% no están enfermos, son personas con problemas de la vida. Hacer el counseling, te permite o te ayuda a tener destrezas para solucionar problemas de la vida que por no tener destrezas te condujeron a eso. Pero para eso tenés que ser psicólogo. También tenés que hacer terapia multifamiliar. Son muy útiles estos grupos.

Yo creo que ningún psicólogo o psicóloga debería salir a la calle con su título si no maneja por lo menos dos marcos teóricos, los más fértiles en este momento: el sistémico y el cognitivista. Estoy hablando de terapias. Con eso podrá trabajar tranquilo.

E4: Mi posición es que el psicólogo en el sistema de salud no debe atender psicopatologías específicamente, sino incorporar la dimensión subjetiva en la práctica de la salud, que el modelo medico hegemónico ha colocado por fuera.

Un CAPS tiene que tener un programa de acción participativo y en red con la comunidad en la cual trabaja. Ahí le corresponde al psicólogo pensar que acciones tomar.

E2: Sobre todo en lo que se llama evaluaciones de intervenciones breves, que puedan conjugar lo que puede llamarse la orientación, la asesoría con tratamientos más prolongados. Un counseling más de tipo comunitario y también con aspecto clínico, individual y comunitario. El psicólogo maneja un conjunto de recursos y de técnicas que se ajusta a la variedad de situaciones que se pueden encontrar. A veces se podrá aplicar una técnica más grupal o una técnica donde se puedan ensamblar diferentes grupos, que pueda distinguir como se debe intervenir en comunidad para trabajar con técnicas en la comunidad. Y como se debe intervenir en pequeños grupos y como se debe intervenir en una familia, y en una persona.

Los marcos teóricos y técnicas que ellos proponen son los que llevan a cabo cuando gestionan proyectos de intervención comunitaria, sea desde un municipio, la provincia o la universidad. Solo uno de los dijo haber observado en una sola vez a psicólogos trabajando en APS utilizando estas herramientas que, según ellos, son las que mejor funcionan para trabajar en este contexto.

Conclusiones

A partir del análisis de estas entrevistas se observan recurrencias en las problemáticas observadas por estos actores respecto al trabajo del psicólogo en y con la comunidad. Entre estas falencias se destacan: falta de adecuación del trabajo que realiza el psicólogo respecto a lo que los marcos teóricos y normativos sugieren para el trabajo en el Primer Nivel De Atención y Complejidad; y las directrices de los gestores de los CAPS que suelen ir en este mismo sentido, de nuevo alejándose de aquellos modos de intervención que se han mostrado más eficaces y eficientes para el trabajo en comunidad.

Volviendo a la Teoría de la Actividad, podríamos decir que las problemáticas enumeradas por los expertos se centran en la relación entre los sujetos (en este caso, los psicólogos), los artefactos mediadores (los marcos teóricos que referencian su practicas) y los resultados que estos

generan, alejados de los objetivos que tienen los CAPS. En menor medida, también mencionan una contradicción entre las reglas (bajadas por los Municipios) y los objetivos que tiene el Primer Nivel de Atención. Respecto a la ausencia de interdisciplina, el problema se encontraría en la forma en que se divide el trabajo dentro del CAPS, en este caso de forma compartimentalizado.

Las contradicciones internas caracterizan a un sistema de actividad y no pueden ser eliminadas ni solucionadas con remedios individuales (Engeström, 1996). Como bien dicen Cole y Engeström:

La nueva estructura de actividad no cae del cielo. Requiere un análisis reflexivo de la estructura de actividad existente: los participantes deben aprender a conocer y comprender lo que quieren superar. Y la creación de un nuevo sistema de actividad requiere la apropiación reflexiva de modelos y herramientas avanzados que ofrezcan la posibilidad de salir de las contradicciones internas. El ciclo expansivo de un sistema de actividad comienza con un énfasis casi exclusivo en la internalización, en la socialización y la formación de novicios para que se conviertan en miembros competentes de la actividad según se la realiza habitualmente.
(1993: 67)

Para que se de este ciclo expansivo del que nos habla Engeström es necesario que comienzo con un cuestionamiento por parte de individuos o grupos de la práctica consagrada, ya que si no ven inconvenientes en su propia práctica no habría porque modificarla. El conflicto y el cuestionamiento, incluso la insatisfacción, son fundamentales para su noción del desarrollo, porque de ellos surge la transformación de la práctica (Cole, 1996; Engeström, 1996; Erausquin, 2013). Las contradicciones se convierten así en factores causantes de movimientos y las perturbaciones serán indicadores del potencial. A medida que las rupturas y las contradicciones de la actividad se tornan más exigentes, la internalización cobra cada vez más la forma de reflexión crítica y se incrementa la búsqueda de soluciones novedosas. Esta alcanza su culminación cuando se diseña e implementa un nuevo modelo para la actividad.

Estos ciclos expansivos no son en absoluto cursos predeterminados de desarrollo unidimensional, pero tampoco son decisiones arbitrarias (Erausquin y Larripa, 2008). Todo modelo propuesto para modificar una actividad que no formule y resuelva las contradicciones existentes se volverá, en su momento, no expansivo.

Se necesita, entonces, una nueva propuesta que sea superadora de estas contradicciones y generar espacios óptimos para que este ciclo expansivo pueda darse en los contextos en los cuales los psicólogos en PNAyC realizan sus prácticas.

Es evidente que resulta imprescindible valerse de nuevas tecnologías de gestión e intervención que nos permitan prestar cada vez más y mejores servicios a un número siempre mayor de ciudadanos para superar el estado actual de las cosas.

Bibliografía

Bonzo, C, Castro, B., De Lellis, M. y Tissera, E. (2001). Aportes Psicosociales al concepto de riesgo. En Saforcada, E. (comp.) *El Factor Humano en la Salud Pública* (130-141). Buenos Aires: Proa XXI.

Caldas de Almeida, J. M. y Horvitz-Lennon, M. (2010). An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric services*, 61 (3), 218-221.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13 (2), 173-182.

Cole, M. (1996). *Psicología Cultural*. Madrid: Ediciones Morata.

Cole, M. y Engeström, Y. (1993). Enfoque histórico-cultural de la cognición distribuida. En Salomon, G., *Cogniciones distribuida. Consideraciones psicológicas y educativas* (23-74). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

De Lellis, M (2010). Políticas públicas y salud comunitaria. En Saforcada, E., Mañanas, M. y Aldarondo, E. (comp.), *Neurociencias, salud y bienestar comunitario* (21-30). San Luis: Nueva editorial universitaria.

Duran Gonzalez, L. I., Hernandez Rincon, M. y Becerra Aponte, J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria de la salud. *Salud pública de México*, 37, 462-471

Engeström, Y. (1996). Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica. En Chaiklin, S. y Lave, J. (comps.) *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto* (78-118). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Erausquin, C. (2013). La teoría histórico-cultural de la actividad como artefacto mediador para construir indagaciones e intervenciones sobre el trabajo del psicólogo en escenarios educativos. *Revista de Psicología*, vol. 13, 173-197.

Erausquin, C. y Larripa, M. (2008). Teoría de la actividad y modelos mentales. Instrumentos para la reflexión sobre la práctica profesional: “aprendizaje expansivo”, intercambio cognitivo y

transformación de intervenciones y psicólogos y otros agentes en escenarios educativos. Anuario de investigaciones UBA, vol. 15, 109-124.

Ferro, R. O. (2010). Salud mental y poder, un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 47-62.

Garzaniti, R., Noriega J. y Villalva A. (2014). Análisis de los programas sanitarios de la Provincia de Buenos Aires. Casos 1999-2014. Memorias 6º Congreso Marplatense de psicología.

Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21 (2/3), 177-185.

Gonzalez Rey, F. (2008). Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas. En Jiménez-Domínguez, B. comp. *Subjetividad, participación e intervención comunitaria* (31-54). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.

Ley Nacional n° 26.657 de Salud Mental. Ministerio de Salud de la República Argentina, 2010.

Londoño Perez, C., Valencia Lara, S. C. y Vinaccia Alpi, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y salud*, 16 (2), 199-205.

Miguez, H. (1998). Prevención y vulnerabilidad. En *Uso de sustancias psicoactivas, investigación social y prevención comunitaria* (27-36). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.

Minoletti A., Rojas G. y Horvitz-Lennon M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Saude Coletiva* 20 (4), 440-447.

Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la OMS. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1978). Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1988). Reafirmación de Alma Ata en Riga. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS.

Organización de las Naciones Unidas (2000). Objetivos del milenio. Nueva York: ONU.

Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración De Montevideo). Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007a). Declaración de Buenos Aires. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007b). La renovación de la Atención Primaria en las Américas. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Consenso de Panamá. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2016). Atención Primaria de la Salud. De www.paho.org.

Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de la República Argentina, octubre de 2013.

Saforcada, E. (2000). Psicología sanitaria análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós.

Saforcada, E., De Lellis M. y Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.

Scharager Goldenberg, J. y Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149–59.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira, D. (comp.) *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (121-146). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.

Villalva, A. (2015). La estrategia de la atención primaria de la salud. En Gavilán, M., *De la salud mental a la salud integral* (146-168). Buenos Aires: Lugar Editores.