



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**



SIGNIFICACIONES ACERCA DEL QUEHACER DEL PSICÓLOGO/A EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

Autor:

María Julia Perea

Tutor:

Mag. Patricia De la Cuesta

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el
Primer Nivel de Atención en salud**

María Julia Perea

Tesis para la obtención del Título de Magister en Salud Comunitaria
en el marco del Programa de la Maestría Salud Comunitaria

Tutora: Patricia De la Cuesta
Profesora Agregada
Magister en Salud Mental
Licenciada en Psicología

Montevideo
Abril 2017

*A mis hijos Candela y Augusto
por su buen amor y su gran valor*

Siglas

APS - Atención Primaria de Salud

ASSE- Administración de Servicios de Salud del Estado

EUP- Escuela Universitaria de Psicología

IPUR- Instituto de Psicología de la Universidad de la República

OPS- Organización Panamericana de la Salud

PNA- Primer Nivel de Atención

PPR- Programa de Practicantes y Residentes

RAP- Red de Atención del Primer Nivel

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud

UDELAR- Universidad de la República

Paysandú, 2 de marzo de 2017

Centro del Posgrado

Facultad de Enfermería

Por la presente otorgo el aval para la presentación de su tesis de maestría Significaciones del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud, a la maestranda Julia Perea.

Sin otro particular saluda atentamente



Prof. Ag. Patricia de la Cuesta
Polo Salud Comunitaria
Paysandú

Agradecimientos

A mi tutora en primer lugar, por los aprendizajes recibidos de su persona durante el proceso de trabajo compartido. Pero sobretodo por la paciencia, dedicación, humildad y calidez con que fueron brindados.

Al posgrado de la Facultad de Enfermería por abrir las puertas de su casa para brindarme la posibilidad de compartir espacios multidisciplinares de intercambio y gran formación académica.

A las psicólogas de Área de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE, ya que sin ellas este trabajo no hubiera podido ser; y a la Dirección de Salud Mental de ASSE por la confianza depositada en mi proyecto.

A mis compañeras del equipo de decanato por el aguante en mis días de ausencia y por el aliento en todos los momentos. Vaya entonces mi agradecimiento a María José, a Rossina, a Lili, a Antonella, a Graciela y a Isabel.

A mis compañeras/o docentes del Programa Concepciones, Determinantes y Políticas de Salud por cubrirme con la corrección de exámenes. Y a Luis Giménez además, por hacerse cargo de los plenarios de los practicantes.

A Graciela Loarche por su gran apoyo logístico y su servicio de emergencias.

A Ernesto por su colaboración cotidiana imprescindible y a mi familia toda por estar siempre.

RESUMEN

Este estudio pretende conocer cómo significan su quehacer los/as psicólogos/as que se desempeñan en el primer nivel de atención en salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado, vinculados/as al Programa Practicantes y Residentes de Psicología. A partir de una amplia trayectoria en salud, se ha detectado la presencia de desajustes entre el hacer y el poder hacer que desarrollan los/as psicólogos/as. La metodología es de tipo cualitativa, en base a un diseño exploratorio descriptivo. Se realizaron doce entrevistas a psicólogos/as que trabajan en el Primer Nivel de Atención (PNA) en zonas de Montevideo. Se apeló a un muestreo teórico por conveniencia, intencional y no representativo. En la recolección de datos se procuró obtener perspectivas y puntos de vista de los participantes. Los/as psicólogos/as que trabajan en el PNA han construido su quehacer a partir de referentes teórico conceptuales que los marcaron en sus experiencias de formación y capacitación, como también a partir de diferentes vínculos con los que intercambian en su cotidianidad. Estos aspectos a su vez definen, mayoritariamente, las estrategias metodológicas y las acciones. El contexto institucional y los contratos correspondientes imprimen cierta ambigüedad en el vínculo laboral. Predominan sentimientos que van desde la idealización, pasando por el desconcierto, el enojo y la frustración.

En suma, las significaciones que tienen de su quehacer se componen de tres dimensiones: el soporte teórico conceptual, el tipo o modalidad de acciones que privilegian y el contrato institucional.

Palabras claves: Primer Nivel de Atención, psicólogas, significaciones.

ABSTRACT

The following study aims to know how psychologists signify their labor, specifically those involved in the Practitioners and Residents Program in Psychology who work in primary healthcare within the State Health Services Administration. Long-term work experience in healthcare has revealed that said professionals develop a series of disajustments between what is done and the possibilities of doing. Using a qualitative methodology based on an descriptive exploratory design, twelve interviews were made to psychologists working in primary healthcare (NAP) in various zones of Montevideo. A non-representative theoretical sampling was intentionally used for convenience. The data collection process sought to obtain points of view and perspectives of the participants. Psychologists working in the NAP have built their labor based on theoretical and conceptual references that marked them during their undergraduate training experiences, as well as the everyday exchanges from different links. These aspects in turn define, mainly, the methodological strategies and the actions. The institutional context and the corresponding contracts give a certain ambiguity in the employment relationship. Predominant feelings ranging from idealization, through to bewilderment, anger and frustration.

In sum, the meanings they have of their work. Are composed of three dimensions: the theoretical conceptual support, the type or modality of actions that privilege and the institutional contract.

Key words: First level of attention, psychologists, meanings.

INDICE

Dedicatoria	1
Sigla.....	2
Aval de la Tutora	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract.....	6
Indice	7
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	12
FUNDAMENTACIÓN	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS	22
MARCO TEÓRICO	23
Modelo de Atención en Salud	25
Primer Nivel de Atención en Salud	26
El/la psicólogo/a en PNA. Rol y componentes	28
La interdisciplina en salud	32
METODOLOGÍA	33
Diseño metodológico	33
Convocatoria y entrevistas.....	35
Análisis de datos y Aspectos éticos	36
PRESENTACIÓN DE DATOS	37
Tabla I- Matriz Categorial	38
RESULTADOS	40
Tabla II- 1. Soporte teórico conceptual	40
1.1. Organizadores conceptuales de la tarea	41
1.1.1. Modelos de atención y percepciones del func. del PNA y APS.....	42
1.2. Formación profesional	47
1.2.1. Formación de grado y posgrado	47
Tabla III- 2. Modalidades de las acciones	55
2.1. Construcciones metodológicas	56
2.1.1. Dispositivos y Estrategias	57
2.2. Lo Interdisciplinario	64
Tabla IV- 3. Contrato Institucional	71
3.1. Efectos de las normativas y acuerdos de trabajo	71
3.1.1. Zonas de conformidad	72
3.1.2. Zonas de ambigüedad y malestar	74
DISCUSIÓN	80
Referentes y apoyo ideológico conceptual como soporte del del/la psicólogo/ga	80
Acciones y herramientas	84
Lo relacional en el contexto laboral	89
CONCLUSIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
Anexos	106

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realiza en el marco del Programa de Practicantes y Residentes (PPR) de la Facultad de Psicología, en convenio con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se propone estudiar los significados que los/as psicólogos/as otorgan a las prácticas, funciones y tareas que realizan en los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud (PNA) en Uruguay. El PPR se propone la formación de grado y posgrado de psicólogos/as, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la producción de conocimiento, priorizando el PNA, atendiendo a la distinción que el mismo tiene en el nuevo sistema de salud y al énfasis en la promoción y prevención primaria. En el marco de esta experiencia se ha detectado por parte de los propios actores, desajustes entre lo que se hace y lo que se considera que se debería hacer, lo que impacta en la calidad de la atención y en el desempeño de los propios profesionales. Frecuentemente los profesionales de la salud mental plantean que dedican la mayor parte de su tiempo a realizar intervenciones centradas en la enfermedad, en un espacio donde se debe promover primordialmente salud. Además, los perfiles formativos y profesionales parecen presentarse como muy abiertos y poco específicos para el campo disciplinar que requiere este tipo de quehacer.

En 2007, se aprueba la Ley 18211, que da lugar a la creación del SNIS, cuyos principales objetivos están dirigidos a producir un cambio de modelo de atención, por lo cual es necesario que los profesionales tengan un perfil ajustado a estas nuevas transformaciones. En este sentido, el PPR se propone contribuir al desarrollo de una formación específica.

Existe, por parte de la institución de salud ASSE, una descripción de las acciones que

el/la psicólogo/a del PNA debe llevar adelante, las cuales no siempre pueden cumplirse o se cumplen parcialmente. En la descripción de la mayoría de estas acciones, puede observarse que hay poca especificidad disciplinar, entendiendo que puede ser compartida dicha descripción con cualquier disciplina que trabaje en este campo. Las tareas y responsabilidades mencionadas son: participar en promoción y prevención en las áreas y programas prioritarios; realizar diagnósticos de situación y diagnósticos precoces con el objetivo de acelerar los procesos de resolución, ampliando la eficiencia de la misma; diseñar intervenciones multidisciplinarias programadas generando un mayor contacto con la comunidad en su conjunto y con las necesidades provenientes de esta; orientar al usuario a través de estrategias y metodologías que tomen en cuenta la situación crítica del momento, con diferentes enfoques: individual, familiar y comunitario; atender consultas psicológicas, focalizando la demanda puntual del usuario, desarrollando mecanismos eficientes de referencia y contrareferencia e implementar seguimientos domiciliarios en casos necesarios (1).

En este estudio se parte de los fundamentos de la Psicología de la Salud para analizar la función de las psicólogas en los equipos de salud del PNA. Se utiliza el enfoque cualitativo de investigación para comprender los significados que otorgan a su quehacer los/as psicólogos/as, partiendo del supuesto que éstos tienen un alto peso en la construcción de las acciones y estrategias metodológicas elegidas por los/as profesionales y también en la definición de qué es un problema de salud y del perfil específico. Este método científico permite mediante la inducción, explorar, describir y generar luego perspectivas teóricas. Para este estudio se partió del Construccinismo Social como marco para la comprensión del problema.

El Construccinismo Social plantea que la realidad es un conjunto de significados

conversacionales socialmente compartidos que no se conocen a partir de hipótesis comprobadas, pues estas solo reproducen una forma de entender el mundo. Lo que se toma por realidad es el producto de negociaciones sociales (2). De acuerdo con esto, la investigación cualitativa propone una forma apropiada para conocer el conocimiento compartido, pues este surge de lo que los propios sujetos con sus singulares expresiones resaltan de sus experiencias. Se rescata la lectura de la realidad del sujeto a partir de las construcciones que haya realizado de su realidad (3). En este sentido, esta investigadora se posiciona desde la Epistemología Cualitativa, la cual defiende el carácter constructivo e interpretativo del conocimiento; esto significa comprenderlo como una producción y no como una realidad lineal que se devela ante nuestros ojos. Por otro lado, legitima lo singular como producción del conocimiento científico y la comprensión de la investigación como un proceso de comunicación (4).

“La comunicación es el espacio de privilegio en que el sujeto se inspira en sus diferentes formas de expresión simbólica, todas las cuales representarán vías para el estudio de su subjetividad, la que expresa las diversas formas en que el universo en sus condiciones sociales objetivas adquieren significación subjetiva.” (4).

La subjetividad se constituye en el individuo y en los espacios sociales donde vive. La interacción entre individuo y espacios sociales construye subjetividad individual, y de los propios espacios donde se relacionan (4).

En la investigación cualitativa, la recolección de datos que se realiza no es una medición numérica y se basa en obtener la perspectiva y puntos de vista de los participantes. El investigador recaba datos a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal y conduce la investigación de una manera subjetiva, reconociendo su propio involucramiento. La preocupación del investigador está focalizada en las vivencias de los participantes, de

acuerdo a como son sentidas y experimentadas (5).

Se muestra en este estudio cómo ven los/as psicólogos/as su trabajo en el PNA y cómo lo significan y comprenden, ya que estas ideas definen sus acciones. Los estudios en el tema se han enfocado primordialmente en la descripción de las acciones y funciones; escasamente se ha explorado sobre la perspectiva del propio psicólogo/a de lo que hacen. ¿Cómo construyen su rol en este contexto?, ¿de qué manera se las arreglan para orientar y definir su trabajo?, ¿con quienes cuentan o qué apoyos visualizan?.

Para conocer las vivencias de los/as psicólogos/as que trabajan en un servicio del primer nivel, se indagó acerca de cómo se ven trabajando, que caracteriza su tarea tanto en apoyos y dificultades, como también con quienes cuentan y qué respaldos reconocen. Durante el proceso del análisis de resultados se identificaron tres categorías, siendo las mismas: soporte teórico conceptual, modalidad de las acciones y contrato institucional. Esto permitió identificar que los/as psicólogos/as perciben intensas tensiones en todos los aspectos de su tarea, apelando a múltiples estrategias de resolución; se vivencian como aguantadores/as, tironeados/as, atrapados/as, así como sostenedores/as, propositivos/as y colaboradores/as. Se describen malestares, alianzas, idealizaciones, contradicciones y contrariedades con las que cotidianamente conviven en su contexto laboral.

El producto de esta investigación pretende ser una contribución para la actualización del perfil de los/as psicólogos/as en el PNA y a la reflexión disciplinar sobre el lugar de los/as psicólogos/as en la salud, en el actual contexto social. También pretende sensibilizar acerca de la orientación que predomina en los actuales perfiles formativos en esta disciplina, invitando a la revisión de los programas curriculares existentes, para discutir y comprobar cómo se está formando en las herramientas y las competencias

necesarias para trabajar en el PNA.

ANTECEDENTES

Son varios los estudios que identifican la formación y capacitación de los psicólogos como una fuente privilegiada para el mejor desempeño profesional ajustado a los requerimientos de un primer nivel de atención (6, 7). Asimismo, son escasos aquellos que se enfocan a comprender cómo es que los psicólogos se las arreglan para desarrollar su quehacer en el PNA y qué factores se entrelazan en las decisiones e intervenciones (8). Sin embargo, es dable detectar la presencia de desajustes en el desarrollo de la tarea, según se refleja en los estudios revisados.

En Chile se han estudiado las funciones que lleva adelante el/a psicólogo/a en el primer nivel de atención en salud, planteando que se destina mucho más tiempo a consultas e intervenciones individuales que a actividades de prevención y promoción grupales y comunitarias. Más del 93% de los encuestados dijeron estar satisfechos con su trabajo y la valoración de sus pares, pero alrededor de la mitad evaluaron negativamente las condiciones y la estabilidad de su trabajo (9). La mayoría consideró necesario configurar un plan de estudios que se adapte a las particularidades de la atención primaria. Dimenstein M, Macedo (10) expone que en Brasil se presentan críticas hacia los psicólogos que trabajan en el Sistema único de salud, integrados a los tres niveles de atención. Las principales refieren a que se sigue manteniendo el clásico *modus operandi* de la atención clínica privada con un formato individual y curativo, así como también se buscan relaciones causales de la comprensión del paciente, basándose únicamente en las definiciones de normal y patológico y centrándose en la remisión de los síntomas. Se

crítica, además, la realización de acciones profesionales aisladas, justificadas por el respeto al secreto profesional y por lo difícil que resulta el trabajo en equipo. Sin embargo, a pesar de estas críticas, se reconoce que la participación del psicólogo en el ámbito de atención primaria y de salud mental, ha permitido el desarrollo de experiencias de transformación, nuevas habilidades y competencias psicosociales, el aporte de innovaciones a la formación y el reciclaje de los modelos de la actividad en el sector, además de aumentar el papel de estos profesionales en el campo de la reforma sanitaria y psiquiátrica.

Parra (11) a partir de un estudio realizado en Neuquén (Argentina), plantea que las intervenciones de los psicólogos, a pesar de estar encuadradas en una estrategia de APS, se dirigen mayoritariamente a la atención de la demanda. Por otro lado, en menor medida, se observan otro tipo de acciones dirigidas al cuidado de la salud, al trabajo con grupos de personas y con distintas instituciones y al fortalecimiento del trabajo en equipo. Estas acciones se presentan además conformando dispositivos y estrategias (12). Se reitera en los estudios el problema de que los profesionales suelen destinar mayor tiempo a la atención individual que a las intervenciones grupales y comunitarias, dedicándose más a responder a las problemáticas de salud que a desarrollar estrategias o planes de promoción o prevención (9- 13). Berroeta (14) afirma que el quehacer de los psicólogos en el campo comunitario es el de un psicólogo clínico institucional o experto en dificultades relacionales y en menor medida, se ocupan de actividades de diagnósticos o vinculadas a la realidad comunitaria en aspectos de prevención o promoción de salud. Ciertos factores asociados a estas prácticas fueron determinados como el auge de un modelo de atención privatista asistencialista, con prácticas curativas, particularmente en países como Brasil, Chile (9- 13).

FUNDAMENTACIÓN

Como integrante de un espacio de formación académica como es el PPR, surge recurrentemente la preocupación por conocer ¿cuál es el psicólogo/a que estamos formando? o ¿cuál es el mejor perfil de psicólogo/a que necesita el país para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida?

La formación del psicólogo/a se propone, a nivel internacional en tres dimensiones, científica, profesional y deontológica. La científica es reconocida como pilar fundamental del proceso de formación y a partir de ella se pretende que los psicólogos contribuyan al progreso de la psicología como ciencia universal. La profesional pretende que sus egresados, en el ejercicio de la profesión puedan aportar al mejoramiento de las condiciones de vida, al desarrollo, y progreso de la sociedad. La dimensión deontológica abarca a las dos anteriores y se orienta al logro de la identificación, pertenencia y compromiso de la psicología como ciencia (15). El perfil profesional requiere de competencias, en este caso específicas para el trabajo en PNA. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que las competencias son conocimiento, habilidades y actitudes que se evidencian en el ejercicio profesional. El concepto de competencia es central para introducir progresivamente el modelo de salud integral de APS (16). Tiempo atrás, los psicólogos que ingresaban al ámbito de la salud, no poseían una formación específica. Generalmente en la mayoría de los países de Latinoamérica, existía una carrera de grado basada mayoritariamente en brindar herramientas para el trabajo clínico con foco en el daño o la enfermedad (17). Se reconoce como necesario en la formación del psicólogo que trabaja en el ámbito de la salud, que existan asignaturas básicas que se relacionen con la promoción y educación

de la salud. Por lo tanto, se ha planteado la necesidad de un cambio en los planes académicos que enfatice en la salud colectiva de la población y en el trabajo en equipo interdisciplinario, contenidos que deberían considerarse tanto en la formación de grado como de posgrado (17).

En países pioneros como Cuba, la formación de recursos humanos en Psicología de la Salud se hizo en forma escalonada, mediante la Maestría de la Salud en 1993, la Especialidad en Psicología de la Salud en 1995 y la Licenciatura en Psicología, Mención Salud en el 2004. Estos procesos conducen a la existencia de un sistema de formación en Psicología de la Salud y un avance en el posicionamiento de la Psicología en el sector y en la sociedad al servicio de la salud de la gente (6).

En Uruguay, hubo luego de la dictadura militar (1973-1985), un avance en cuanto a la incorporación de contenidos de cursos estrechamente vinculados con la Psicología de la Salud en los planes de estudio de grado. Con la creación del Instituto de Psicología de la Universidad de la República (IPUR) en 1988 se funda el Área de Salud, incorporando en el plan de estudio, asignaturas específicas en psicología de la salud y comunitaria. En el año 2009, con la reforma universitaria, se crea el Polo de Salud Comunitaria, con una base sustancial en Psicología de la Salud y Comunitaria, en la sede universitaria Paysandú, teniendo como referente y responsable del proyecto a un exponente internacional de esta subdisciplina, el Profesor Morales Calatayud. En el año 2013, se crean 5 Institutos, entre los que se encuentra el de Psicología de la Salud, ampliando el impacto en la formación de grado respecto a la misma área. Ese año, y en el marco del Programa de Practicantes y Residentes, surge la Especialización en Servicios de Salud. Por lo que puede deducirse que si bien existe un claro crecimiento, aún son acotadas las oportunidades de formación específica en Primer Nivel para

psicólogos/as, tanto en grado como posgrado, que brinda el país, además de ser de reciente creación. ¿Cómo impacta este escenario en la transformación de un modelo de atención que reclama la reforma de salud en Uruguay para el caso de la psicología?

Si bien existe un acumulado teórico que respalda y fundamenta el camino que debe transitarse para que dicha reforma sea posible, se presentan situaciones singulares en cada contexto social que es necesario analizar para luego resolver (18). Entonces, ¿cuál es la situación en nuestro país en relación al trabajo del psicólogo/a en PNA?

Según el Censo realizado en Uruguay, el año 2014 desde la Facultad de Psicología (UDELAR), existe un gran número de psicólogos en relación a la población general (un/a psicólogo/a cada 450 personas), lo que ubica al país en uno de los primeros lugares respecto a la cobertura en salud mental. Sin embargo, es dable observar una débil inserción de los mismos en el sistema de salud, siendo que de 6.877 psicólogos que trabajan en Uruguay, sólo 20 lo hacen en el Subsector Público ASSE y 129 ejercen en Salud Mental en Primer Nivel. Este Censo caracteriza el comportamiento sociolaboral de los/as psicólogos/as, contraponiendo la oferta académica y profesional de la Facultad, con las políticas públicas de los ministerios y otras dependencias del Estado (19). El censo muestra que en el ejercicio de la profesión, en su mayoría, son menores de 41 años, que hay más proporción de mujeres, lo cual habla de una tendencia a la feminización; y que existe una importante concentración en Montevideo y zona metropolitana, presentando una marcada deficiencia en relación a las distribución de recursos en la población. Mientras que el área de inserción laboral prevalente es la clínica privada, entendida como psicoterapia. ¿Cómo impactan estos aspectos en la elección laboral de los psicólogos/as en relación al PNA?. No se detectaron estudios que demuestren en profundidad cómo se fue dando la inserción laboral de los psicólogos a

través de la historia. Algunos sin embargo, indagan acerca de la formación académica y su relación con las demandas sociales enunciando dificultades al respecto (20).

Giménez (20) señala que si bien el número de psicólogos que contrata el sector salud en Uruguay, es insuficiente para responder a las demandas sociales, también reconoce que al privilegiar en alguna medida el PNA, se está contribuyendo al cambio de modelo de atención propuesto por el SNIS. Entonces, ¿cómo hacen los/as psicólogos/as para cumplir con los requerimientos en un área de trabajo tan joven y a la vez compleja?. Si no hay suficiente formación en el país, si se privilegian otros campos laborales y disciplinares, si son escasos los modelos referenciales existentes, ¿Cómo se las arreglan los/as psicólogos/as para trabajar en PNA?

Se requiere por este motivo, avanzar en las investigaciones que generen insumos para el diseño de políticas de recursos humanos en salud (20) y desarrollo de perfiles específicos.

El Programa de Practicantes y Residentes del convenio ASSE- Facultad de Psicología, resulta un marco relevante para este estudio dado que consiste en una formación académica en Servicios de Salud, proponiéndose promover un perfil específico para trabajar en los distintos niveles de atención en salud y particularmente en el Primer Nivel. Se orienta a la formación de recursos humanos en salud, particularmente psicólogos/as, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios rectores del SNIS. También se propone producir conocimientos psicológicos en el campo de la salud. Se constituye en un espacio intersectorial fermental para la búsqueda y creación de nuevos conocimientos teóricos y prácticos mayormente relacionados con las necesidades actuales y cambiantes de la población. Promueve también la búsqueda de ese cambio de modelo de atención que

propone el SNIS y que permitirá una mayor integración de saberes a través del trabajo conjunto de técnicos y no técnicos en todos los niveles de participación. Esto es fundamental en tanto que la transformación propuesta actualmente requiere en gran medida de la flexibilidad de los profesionales de la salud, actuando como principales agentes de cambio, para poder dirigir sus acciones en el sentido que lo plantea la estrategia de APS. El/la psicólogo/a deberá poder apropiarse del rol en el PNA, identificando los obstáculos y delimitando sus funciones. Este proceso formativo cuenta como elemento sustancial, el compartir los lugares y escenarios de trabajo con los propios recursos profesionales de ASSE, quienes modelizan las prácticas y conocimientos que serán adquiridos e integrados por los estudiantes del Programa. Desde aquí es que la presente investigación pretende contribuir, considerando que dicho nivel resulta una prioridad del sector salud, mejorando en alguna medida la eficacia y eficiencia del mismo.

Planteamiento del Problema

Surge de la experiencia en la práctica profesional de la propia investigadora y de su vinculación como psicóloga en el PNA, las frecuentes problemáticas que plantean los/as colegas referidas al exceso del número de demandas de atención, las dificultades para poder desarrollar espacios de promoción de salud, los obstáculos encontrados para concretar espacios de trabajo en equipo con diferentes disciplinas, las condiciones laborales desfavorables para el desarrollo de prácticas comunitarias, etc. Éstos problemas no son nuevos y persisten, a pesar de las muy variadas medidas y consideraciones que a través de estos años se han implementado para mejorar la calidad de las prácticas psicológicas en el PNA. Se identifica como problema en este estudio los

desajustes entre lo que los/as psicólogos consideran que deben hacer, lo que pueden hacer y lo que se les pide que hagan. En este caso desajustes se refiere a contradicciones, omisiones, conflictos expresados fundamentalmente en las acciones pero que, sin duda, están ligados a los aspectos subjetivos, a las interpretaciones, valoraciones, en definitiva significaciones que se ponen en juego.

En esta amplia trayectoria en trabajo interdisciplinario en equipos del PNA, es que se ha visualizado la dificultad para poder delimitar qué hace o debería hacer un/a psicólogo/a en estos efectores, dificultad evidente tanto para los integrantes de los equipos como para los/as propios/as psicólogos/as. El hacer o quehacer se vincula a un perfil que deviene horizonte, referente orientador para todos los actores en el campo de la salud, pero muy especialmente para los/as psicólogos/as. El quehacer es la expresión significativa de cómo se interpreta un perfil. Por otra parte, este horizonte constituye un marco para el ejercicio profesional y define qué tipo de práctica se realizará en que área. En el caso del PNA, en las experiencias transitadas, el quehacer aparece construido a partir de experiencias personales, tradiciones académicas y profesionales, elecciones intuitivas o elaboradas a partir de reflexiones conjuntas, pero sin duda, es clara la dificultad para indicar la composición de un perfil que oriente las acciones y estrategias de las prácticas psicológicas. Si bien, no se sostiene que deba existir un único perfil, si es necesario conocer de qué se habla cuando se hace referencia a psicólogo/a en el PNA y cuáles son los componentes específicos del mismo así como las mejores formas de constituirlo.

Según Hawes et al (21) cuando se habla de perfil profesional se hace referencia a la declaración institucional de rasgos que constituirán a sus egresados, expresados en términos de competencias en distintos dominios de la acción profesional, las que pueden

serles demandadas legítimamente por la sociedad en cuanto persona acreditada con tal profesión. Un perfil bien diseñado contribuye a la pertinente elección de los contenidos, metodologías y evaluación de los cursos de grado que formarán a los futuros profesionales, dando también información valiosa al mercado acerca de las competencias de los mismos. Se espera que el profesional se desempeñe de manera eficaz y eficiente en las funciones fundamentales relacionadas a la profesión. Este dominio de competencias no es estático sino por el contrario se va modificando de acuerdo a las necesidades y demandas de los cambios sociales. Es así, que la universidad brinda una formación centrada en la adquisición de competencias básicas de un perfil que deberán continuar enriqueciendo de acuerdo a sus capacidades e intereses. Los aspectos subjetivos juegan un papel sustancial en la incorporación de este perfil así como en la significación que adquiere el rol y lo que de este se deriva.

A pesar de que existe por parte de ASSE, una detallada descripción de las acciones que el/la psicólogo/a del PNA debe llevar adelante, se puede observar que estas no siempre pueden cumplirse o se cumplen parcialmente. En la descripción de la mayoría de estas acciones puede observarse que existe poca especificidad disciplinar, entendiéndose que puede ser compartida dicha descripción con cualquier disciplina que trabaje en este campo.

Una de las principales modificaciones propuestas desde el SNIS en el sentido de promover un cambio en el modelo de atención en salud, es dejar atrás uno básicamente clínico, individual, vertical, tecnocrático y monodisciplinario, para pasar a uno integral, horizontal, equitativo e interdisciplinario. Considerando que este nuevo modelo de atención al promover la salud de la población y prevenir enfermedades, logrará además de mejorar la calidad de vida de los uruguayos, reducir los altos costos que se invierten

en la cura. Se trata entonces de un modelo centrado en la gestión de salud positiva (22).

Al lograr una mejor calidad de vida mediante la adquisición de estilos de vida saludable, menos personas sufrirán enfermedades graves en edad productiva y reproductiva. Pero también sus familias se evitarán el sufrimiento de tener enfermos, y al existir menos personas productivas incapacitadas, éstas gozarán de un mejor ambiente familiar y mayores recursos. La sociedad tendrá que mantener menos incapacitados y estos recursos podrán ser invertidos en prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de los mayores, cuando de manera natural dejen de ser productivos (23).

En un relevamiento¹ que se hizo para indagar acerca del funcionamiento de policlínicas para adolescentes del PNA, ocho de ASSE, una municipal y dos del subsector privado, surge a través de las entrevistas a psicólogos/as y otros/as profesionales que aún se observa un modelo de atención que privilegia la asistencia, favorecido por la demanda de los propios usuarios, que se visualiza al SNIS como facilitador a la apertura de espacios de participación, de promoción y de atención integral, aunque resulta necesario un mayor conocimiento por parte de los técnicos y los usuarios del contenido de la ley y los derechos que esta promueve, que las instituciones educativas facilitan el trabajo de promoción de salud y la participación de los adolescentes, que los equipos que trabajan interdisciplinariamente son pocos, siendo los principales obstáculos la ausencia de algunas disciplinas y la falta de un espacio físico exclusivo para los adolescentes y para los técnicos.

Si además consideramos que las posibilidades formativas en el campo de la salud desde un enfoque de la Psicología de la Salud, se encuentran limitadas en nuestro país a

¹ Realizado por los estudiantes del curso Niveles de Atención en Salud de la licenciatura de la Facultad de Psicología de la UDELAR, del Plan 1988, en el año 2011; en coordinación con el Programa de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública.

algunos contenidos curriculares y recientes espacios de formación específica en posgrado, como la Especialización en Servicios de Salud del PPR, surgen las siguientes preguntas orientadoras: ¿cómo construyen los/as psicólogos/as su rol en el PNA? ¿cómo lo piensan, cómo lo hacen y con quiénes? ¿cómo significan su quehacer? ¿cómo perciben la relación entre sus concepciones teóricas y las acciones que priorizan? ¿a qué recurren para llevar adelante su tarea? ¿cómo interactúan en sus contextos de prácticas? ¿qué relación existe entre lo que hacen y lo que entienden que se debería hacer en estos servicios de salud?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer cómo significan su quehacer los/as psicólogos/as que se desempeñan en el primer nivel de atención en salud de ASSE, vinculados/as al Programa Practicantes y Residentes de Psicología, UDELAR

Objetivos específicos.

1. Explorar los marcos referenciales que sostienen la tarea de los/as psicólogos/as en el PNA
2. Conocer las herramientas y acciones a las que apelan los/as psicólogos/as que trabajan en el PNA
3. Analizar los vínculos y/o relaciones que se establecen en su contexto laboral.

MARCO TEÓRICO

En la actualidad los cambios que se observan en la trayectoria humana permiten constatar características de un nuevo perfil biológico y comportamental como el envejecimiento poblacional, los fenómenos migratorios de los pueblos, el aumento de las poblaciones en las ciudades, las transiciones epidemiológicas, el fenómeno de la globalización que incrementa el intercambio de información sobre salud y enfermedad en todo el mundo, etc. Esto sin duda, modificó la demanda y promovió la reformulación de las prácticas de salud (24). En el mundo se observa el desarrollo de una creciente modalidad de asistencia dirigida cada vez más hacia la comunidad y al trabajo interdisciplinario con enfoque en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

En el siglo pasado, década del 70, se pueden identificar situaciones que contribuyeron de gran forma a este cambio de modelo en la atención de salud. Las mismas fueron, en primer lugar, el Sistema de Salud de Canadá con Marc. Lalonde como ministro y su planteamiento de la distribución de recursos según los determinantes de salud propuestos por Laframboise (24) (medio ambiente, estilo de vida, biología humana y sistema sanitario) y en segundo lugar, la APS, estrategia que surge de la conferencia de Alma Ata, donde se propuso la meta salud para todos en el año 2000 (25, 26).

Un tiempo antes, por 1969 surgía la Psicología de la Salud en Cuba, creándose el Grupo Nacional de Psicología en el Ministerio de Salud Pública de ese país, integrando a los psicólogos a los programas prioritarios de los Centros de Atención Primaria (27).

Morales Calatayud, uno de los principales exponentes en este campo afirma:

“Las relaciones entre la psicología y los problemas de la salud y la enfermedad de los seres humanos comenzaron hace aproximadamente un siglo, cuando los primeros

psicólogos profesionales aparecieron en el escenario de las instituciones de salud “(24).

La psicología de la salud se define como la rama de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso de salud-enfermedad y de la atención de la salud. En el plano práctico se realizan actividades referidas a la promoción de salud, prevención de enfermedades, a la atención de la enfermedad y la limitación de secuelas. Interviene también atendiendo a las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud y en adecuar los servicios de salud a las necesidades de la población (28). Si bien en la región, la Psicología de la Salud no ha tenido el mismo desarrollo, son muchos los países que han virado sus sistema de salud a uno más integral y comunitario, particularmente en Latinoamérica; y en casi todos los casos se identifica la dificultad de reformular las prácticas psicológicas para el primer nivel, entendiendo que los ajustes en este sentido resultan complejos y con factores variables (29).

Por otra parte, la OPS establece que “las competencias para un adecuado desempeño de los integrantes de los equipos de APS implican que estos tengan conocimientos (saber) para entender y ejecutar una labor, habilidad para poner en práctica los conocimientos en una problemática o actividad específica (saber hacer), estar motivados y tener actitud (querer hacer) y, finalmente, disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).” (30)

Los fundamentos teóricos soportes de este estudio, se centran en las concepciones de los modelos de atención en salud, la concepción sobre el primer nivel de atención, las especificaciones del rol del psicólogo/a y sus componentes para el primer nivel y lo interdisciplinario como elemento constituyente del PNA.

Modelo de atención en salud

La Ley 18.211 que da lugar al SNIS en la exposición de motivos expresa: “El cambio en el modelo de atención supone fomento de hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. Al efecto, el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestaciones integrales, dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados” (31). En este sentido, el cambio de modelo de atención implicaría la transformación de la currícula universitaria, del imaginario social y de las prácticas profesionales. La psicología no escapa a estos planteamientos, debiendo desarrollar sus procedimientos y herramientas con un enfoque especialmente dirigido a la prevención y promoción. Esto resulta para el psicólogo algo relativamente nuevo (32). Saforcada (33) ha analizado los paradigmas que paulatinamente dieron lugar a dos cuerpos teóricos bien definidos. Estos son, el paradigma individual- reduccionista representado a través de la medicina clínica, descategorizado por el lucro, la ultraespecialización y la escasez de recursos. En este se privilegia la prevención primaria y secundaria y la monodisciplinariedad o bidisciplinariedad; los individuos son vistos como actores pasivos y descontextuados. Así mismo, el énfasis está puesto en la enfermedad y el único saber considerado es el del profesional. Por otro lado, el paradigma social expansivo, está representado por la medicina social caracterizado por la integralidad, el rol del Estado como garante del cuidado de la salud de la población y la epidemiología como herramienta. Sus características más relevantes son el enfoque multidisciplinario integral privilegiando las acciones de protección y promoción de la salud. Se considera a la salud- enfermedad como un proceso y al individuo como parte de una comunidad inmerso en un entorno

social. Es a partir de las prácticas sanitarias institucionalizadas, que se validan los modelos de atención en salud, legitimando prácticas de atención, estilos de vida, así como cuáles son las decisiones que los profesionales toman sobre la vida y el cuerpo de individuos, familias y comunidades (34). Afirma Morales Calatayud que “En el campo de la salud, un modelo de atención es el reflejo de complejos procesos históricos, económicos, culturales que involucran desde la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas sociales en salud”(24).

Estos modelos operan de manera casi invisible, generando tensiones, contradicciones y conflictos en el campo de las prácticas. Así, cuando se quiere intervenir desde un modelo centrado en la gestión de salud, en una situación de enfermedad, las herramientas, las definiciones metodológicas, el tipo de acciones e incluso la definición del campo de problema van a ser sustancialmente diferentes. La clínica de la enfermedad difiere sustancialmente de la clínica de la salud. Es allí donde se encuentran los principales obstáculos.

Primer Nivel de Atención en Salud

En Uruguay, a partir de la reforma de la salud y la implementación del SNIS en el año 2007, el PNA cobra una importancia fundamental. Piñeiro et al (1) plantean que en este marco, la Dirección de Salud Mental de ASSE, consideró la propuesta surgida desde el Equipo de Gestión Central de la Red de Atención en el Primer Nivel (RAP) que consistió en la integración de psicólogos/as a los Equipos de Área de Salud de la mencionada red. A partir de ese momento formaron parte de los equipos interdisciplinarios insertos en el primer nivel, realizando trabajos en red y participando en los Programas Prioritarios de salud dispuestos por el Ministerio de Salud Pública.

Fueron expuestas anteriormente en este documento, las tareas y responsabilidades definidas para las psicólogas/os en este contexto.

Es de fundamental importancia para este estudio tener en cuenta las características que definen al PNA.

Los niveles se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos. Se distinguen tres niveles (primer nivel, segundo nivel y tercer nivel) que se diferencian entre sí por su complejidad técnica y tecnológica, en forma progresiva del primero al tercero (35). Están estrechamente relacionados por el sistema de referencia y contrareferencia, a través del cual se intenta lograr la continuidad necesaria de la atención, posibilitando un mejor aprovechamiento de los recursos y evitando la superposición de tareas. El primer nivel de atención se establece como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención de la población y que deben estar accesibles en forma inmediata (35, 36). Se utilizan tecnologías simples y los técnicos que conforman el equipo básico pueden ser médicos generales, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, ginecólogos, odontólogos. De todas formas, cabe destacar que la conformación dependerá de los requerimientos surgidos, según el diagnóstico de salud realizado en la población que habita en el radio de atención definido para el mencionado efector de salud.

Otras de las características de la estrategia de APS que se visualiza mayoritariamente en este primer nivel son la interdisciplinariedad, la promoción de salud y la participación comunitaria. Esta última está considerada como condición fundamental, en la medida que se trata del nivel más próximo a la residencia de las personas y la puerta de entrada al Sistema (37). El PNA debe estar conformado por técnicos experimentes y competentes debido a que los mismos tienen que poder resolver el 80% de los problemas que se

presentan y realizar un diagnóstico oportuno para derivar en tiempo y forma aquellas situaciones que deben ser referenciadas a otro nivel (37).

Concluyendo, se puede decir que trabajar en el primer nivel es: trabajar con la comunidad, utilizar distintas herramientas a las tradicionalmente implementadas en salud, educar para la salud, trabajar en equipo, validar otros saberes. Es por ésto que sin duda, el aspecto formativo y teórico metodológico adquiere un protagonismo indiscutible al momento de comprender las prácticas profesionales.

El/la psicólogo/a en PNA. Rol y componentes

Trabajar desde el marco teórico de la Psicología de la Salud, significa no sólo actuar dentro de los espacios físicos de las instituciones de salud sino también realizar actividades extramuros, en todo lo implicado en el proceso de salud enfermedad, en el seno de las comunidades, con los individuos y las familias.

El/la psicólogo/a al igual que otros técnicos que trabajan en el PNA debe privilegiar las acciones de promoción y prevención primaria. Según plantea Saforcada (22) si se representan los problemas de salud con un triángulo equilátero, en la base se ubicará la mayor cantidad de personas con problemáticas de menor complejidad y en el vértice la menor cantidad de personas con problemas de gran complejidad. En este sentido en la base se hallarían los servicios que no requieren gran inversión de recursos y en el vértice los que exigen la mayor inversión. Cabe señalar que complejidad, sufrimiento, secuelas y costos se asocian directamente y su mayor expresión se da en el vértice del triángulo. (22)

En un Sistema orientado en APS, en la base se involucran personas que se encuentran en el estadio de problemas pre- mórbidos como por ejemplo pueden ser las dificultades

para conciliar el sueño, o trastornos leves de alimentación; falta de destreza para resolver problemas cotidianos de la vida; alteraciones del estado de ánimo; problemas familiares de relacionamiento etc. (22).

La importancia de intervenir en estas situaciones es impedir que se agraven, pasando a un estadio mórbido e incluso de cronificación.

En el campo de la medicina, la diferencia existente entre los distintos niveles de atención está dada por la complejidad de la tecnología y la formación específica de los técnicos que la manejan, así como los adecuados conocimientos científicos de los profesionales que hacen uso de estos métodos.

En el campo de la salud mental sin embargo, la diferencia entre niveles de atención no está dada por la tecnología más compleja y costosa, sino por los distintos marcos teóricos, herramientas diagnósticas y tratamientos. Es necesario que los profesionales posean una formación especializada en cada uno de estos componentes y su orientación.

Por ser la puerta de entrada al Sistema, el Primer Nivel es masivo y por ende el tiempo debe ser utilizado racionalmente, con la responsabilidad de no perder la calidad de la atención del servicio, ni la rigurosidad científica. (22)

El asesoramiento psicológico, así como modalidades sencillas de terapia comportamental, cognitiva o sistémica familiar son propias del PNA. También las técnicas de relajación grupal para disminuir el estrés y la intervención en grupos con intereses comunes como pueden ser de adultos mayores, adolescentes, padres, educadores.

Es importante aclarar que en este nivel no se hace uso de tecnologías sencillas, sino que las problemáticas que se abordan son de baja complejidad.

En el Segundo Nivel de Atención se pueden ofrecer formas complejas de técnicas sistémicas o cognitivas y enfoques psicoanalíticos de corto y mediano plazo.

Asimismo aplicar una técnica como el Rorschach podría ser propio del Tercer Nivel, así como realizar un tratamiento psicoanalítico.(22)

Otra acción necesaria para el eficaz funcionamiento del PNA que el/la psicólogo/a puede realizar conjuntamente con el equipo de salud, consiste en el estudio epidemiológico del colectivo social que se encuentra en el área de acción del servicio. Este estudio permite una más acertada elaboración e implementación de programas de promoción y educación para la salud en la medida que se abordan temas que surgen del real interés de la comunidad. La colaboración con los profesionales de las instituciones educativas de la zona es muy frecuente, así como las visitas domiciliarias.

La derivación a otros servicios de salud de mayor complejidad, cuando lo amerita, o a instituciones sociales, es también una tarea que los/las psicólogos/as y otros/as profesionales realizan desde el PNA (38).

Se privilegian los enfoques grupales y las terapias de corta duración. Para el trabajo con grupos, el taller es un dispositivo de tiempo limitado y objetivos particulares, muy utilizado. Es un proceso pedagógico que articula teoría y práctica, promueve la participación de los integrantes produciendo un intercambio de saberes y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes.

Puede servir para evaluar, diagnosticar, formar, planificar, sistematizar y analizar distintas temáticas (39).

Existen otras técnicas de intervención e investigación como la Observación Participante, las entrevistas participativas y las discusiones reflexivas que utiliza la Psicología Social Comunitaria y que resultan muy pertinentes para el trabajo del

psicólogo en el PNA . Forman parte de lo que se denomina método participativo por su carácter colectivo y por integrar a la investigación a los propios sujetos investigados.

(40). El PNA resulta ser un espacio apropiado para crear nuevo conocimiento poniendo en práctica las técnicas mencionadas.

Trabajar en red es una estrategia que utiliza el/la psicólogo/a y otros integrantes del equipo para mejorar la calidad de vida de la población, con la participación activa de la misma. Es fundamental al comenzar este modo de funcionamiento que pueda historizarse acerca del diagnóstico sanitario de la zona, con el fin de conocer lo que se hizo y cuáles fueron sus resultados. La participación comunitaria es imprescindible debiendo realizar los diagnósticos comunitarios en forma conjunta con los técnicos del servicio. Se pueden incluso confeccionar carpetas de las familias que viven en el área de responsabilidad del efector, sustituyendo a las historias clínicas individuales. Este tipo de registro requiere cambiar la atención del paciente en el consultorio por más actividades comunitarias y visitas domiciliarias. Se comparte con la familia el contenido de la carpeta, de manera de ir enriqueciendo y evaluando sus procesos de salud-enfermedad con el fin de hacer las consultas oportunas en el momento oportuno. Tanto la organización de los programas de prevención primaria y promoción de salud como la evaluación de los mismos debe ser un trabajo de todos los integrantes de la red. Así como la difusión de los resultados a toda la comunidad (41).

La estrategia de APS propone también dentro de los niveles de participación, la intersectorialidad como forma de trabajo de gran pertinencia para lograr acuerdos que confluyan en el logro de una salud para todos. En este nivel de constitución de redes resulta imprescindible considerar a la comunidad con todas sus complejidades (lo local, lo regional, lo nacional y transnacional) y como un sistema social donde se concibe la

interacción de los distintos subsistemas (educativo, sanitario, religioso, familiar, económico) (41).

El modo de trabajo en red aleja a las personas de las formas jerárquicas de relacionarse, construyéndose significaciones a partir de la interacción global del hombre con su mundo, donde la integración aspira a legalizar la legitimidad de las diferencias. “El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación” (41)

La Interdisciplina en salud

La interdisciplina ocupa un lugar fundamental, especialmente en el PNA. Es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de cada disciplina y se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos (42). Para trabajar interdisciplinariamente, los profesionales que integran los equipos de salud deben poder partir de una concepción de salud integral, tener una postura flexible, negociadora y solidaria; promover la creatividad y las acciones conjuntas además de respetar y valorar los tiempos de reunión y los acuerdos que de ellos surjan (42).

La conformación de equipos de salud interdisciplinarios se asocia a un modelo de atención que parte de una concepción integral de los procesos de salud enfermedad, entendiendo a su vez que estos procesos son determinados por múltiples causas. La interdisciplina responde a la complejización del campo propio de los modelos comunitarios y se sostiene en una epistemología que reconoce la historicidad y la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios anteponiendo la comprensión de la complejidad a la búsqueda de respuestas aisladas (42). Si bien se reconocen los beneficios que conlleva el trabajo en equipo interdisciplinario, referido al sentimiento de

apoyo y colaboración en la tarea cotidiana y en la toma de decisiones, a la mejora de la calidad de la atención, a los nuevos aprendizajes conjuntos etc, también se presentan obstáculos que es necesario resolver para el mejor funcionamiento del mismo (43).

Según plantea Allegro, F “et al”(43) la interacción entre los profesionales de la salud es un tema que ya no admite discusión y que debe ser incorporada con imperiosidad como una práctica normal entre todos los profesionales que ejercen las distintas disciplinas. Esta práctica mejorará indudablemente la salud y calidad de vida de las personas. Sin embargo, todo proceso de transformación es causante de crisis y dificultades, pero se está ante un inminente cambio en las visiones de las ciencias de la salud, partiendo de nuevos enfoques.

En Cuba, la psicología de la Salud ha tenido un papel protagónico en la Instalación del Sistema de Salud con un enfoque social, integral, promocional. El psicólogo ha sido llamado para ocupar un papel preponderante en el equipo de salud, en la formación psicosocial del mismo, debido a las herramientas que a través de la disciplina han obtenido para la orientación, comunicación, e intervención terapéutica. Son los profesionales de la salud más familiarizados con el comportamiento humano, y en este sentido pueden formar al resto de los profesionales del equipo, por ejemplo a promover cambios del comportamiento, fomentar la mayor participación de la población, e impulsar a lograr mayores niveles de autogestión etc. (27).

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

Esta investigación se ha realizado desde una metodología cualitativa, en base a un

diseño exploratorio descriptivo, utilizando los procedimientos que la misma propone para la recolección y análisis de datos. De acuerdo a los objetivos de la investigación, es un diseño exploratorio en tanto se pretende contribuir a la formulación de hipótesis para futuras investigaciones sobre un problema poco estudiado; y descriptivo, porque se busca caracterizar y especificar las propiedades del fenómeno a estudiar. (5) Este tipo de diseño se caracteriza por tener la flexibilidad necesaria frente al problema que se estudia, es una aproximación a las perspectivas, significados, sentidos y conocimientos de los participantes, rescatando los aspectos subjetivos y la voz de los propios involucrados.

Los criterios de rigurosidad considerados fueron la reflexividad, atendiendo al involucramiento del propio investigador y su implicación en el problema estudiado; la consistencia de los datos, de manera de mantener la estabilidad, si el estudio fuera replicado; así como su relevancia. (44). El investigador cualitativo de acuerdo a lo manifestado por Neuman está directamente vinculado con las personas estudiadas y sus experiencias personales (5 p.10). En la medida que la investigadora tiene una extensa trayectoria de trabajo en el PNA y actualmente forma parte del equipo docente del convenio Facultad de Psicología- ASSE, marco de la investigación, se hizo imprescindible el análisis de la implicación (45)

La unidad de análisis fue el discurso acerca de su quehacer de psicólogos/as que trabajan en el Primer Nivel de Atención en Salud.

Se apeló a un muestreo teórico por conveniencia, intencional y no representativo; los criterios fueron comparación constante, flexibilidad y saturación teórica (46).

La población objetivo de estudio son las psicólogas de Área de los efectores del Primer Nivel de Atención de Salud de ASSE, en las zonas de Montevideo y Florida.

Para la selección de la población de estudio se consideró: 1- que estén en ejercicio de su cargo como psicólogos/as en el Primer Nivel de Atención, contratados/as por la Dirección de Salud Mental de ASSE; 2- que integren los Equipos de Área de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (RAP- ASSE); 3- que se vinculen al Programa de Residentes y Practicantes de Facultad de Psicología de la UDELAR. Es de interés de la investigadora señalar que en adelante, se hará referencia a los entrevistados/as siempre en femenino, así como también a la investigadora. Esto se fundamenta porque en su amplia mayoría son mujeres.

Las entrevistas fueron realizadas entre el año 2015 y 2016, algunas en los servicios de salud donde trabajan las psicólogas y otras en la Facultad de Psicología, UDELAR.

Se realizaron 12 entrevistas a psicólogos/as que trabajan en PNA en ASSE en la zona de Montevideo, siendo en su mayoría mujeres (sólo se entrevistó un varón). Los/as entrevistados/as oscilan entre los 35 y 60 años.

Convocatoria y entrevista.

Antes de realizar las entrevistas, se solicitó permiso a la Dirección de Salud Mental de ASSE, quien brindó una carta de autorización para presentar a cada entrevistada. (Anexo 1) Con estas últimas se agendó vía conversación telefónica día y hora de encuentro.

Se llevó adelante la aplicación de una entrevista semiestructurada, en la que la entrevistadora mantiene la conversación, enfocada sobre un tema particular, proporcionando a la informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión (47 p.37)

La pauta guía se elaboró en base a los siguientes temas: ¿cómo perciben su quehacer las

psicólogas en el Primer Nivel de Atención? ¿cómo creen que se ajusta a lo requerido por el Sistema? ¿cómo hacen para construir sus acciones y con qué se enfrentan? ¿cómo significan su formación a la hora de contar con herramientas para desarrollar su tarea? ¿cómo consideran el papel que juega la Institución de Salud en su trabajo cotidiano? ¿cómo piensan que juegan los modelos conceptuales en la definición de acciones?

Aspectos éticos

Previo a la realización de la entrevista se le explicó a cada participante de manera pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, brindándoles además el Consentimiento libre informado, el cual fue firmado una vez aceptada la participación (Anexo 2). En el mismo Consentimiento se detallaron los objetivos de la investigación; se les solicitó permiso para la grabación. Se les puso en conocimiento acerca de los beneficios de su participación para la investigación, la no existencia de riesgo alguno, los requerimientos de confidencialidad y anonimato de las participantes, salvo expresa manifestación de lo contrario por alguna de ellas. Quedó también explícito el derecho de las participantes de acceder a los resultados de la investigación (CM 515/2008, Poder Ejecutivo, cap. I, art. 2, numeral ñ, p.7). En cada situación se le dice a cada entrevistada que el consentimiento libre informado podría ser revocado por la sola voluntad del sujeto en cualquier momento del desarrollo del proceso de investigación en tanto así lo expresare, respetando de esta forma el Principio de Autonomía de todas las participantes en la investigación (CM, 515/2008; cap. II art. 4, numeral a, p.9.)

Análisis de datos

El método de análisis se basó en la Teoría Fundamentada. Se trata de una teoría

derivada de datos recopilados sistemáticamente y analizados por un proceso de investigación.(46)

Esta teoría derivada de datos, es probable que se asemeje más a la realidad, pudiendo proporcionar un camino más cierto para las acciones futuras.

Los componentes principales de esta investigación fueron: a) los datos recabados a través de entrevistas, b) el ordenamiento conceptual mediante la elaboración de categorías en términos de dimensiones; posteriormente el relacionamiento y la descripción para dilucidar estas categorías. c) finalmente la teorización (46 p.32).

Al ser un enfoque cualitativo, en la recolección de datos se procuró obtener perspectivas y puntos de vista de las participantes (5 p.9). A partir de los datos recogidos en las entrevistas, se identificaron y organizaron frases y párrafos en grupos de similares ideas, adjudicando códigos. Esta codificación abierta da paso a la indagación, proponiendo una interpretación provisoria (48). Las fuentes de sustentación son tanto lo emergente de la propia transcripción de las entrevistas, como de la experiencia y conocimiento acerca del tema de la investigadora (46). Luego se agruparon en categorías atendiendo a la posibilidad explicativa de lo registrado. Las categorías, dado que pueden explicar y predecir, constituyen la posibilidad de análisis. Una vez identificadas fueron traducidas en dimensiones y subcategorías (46). A partir de aquí se realizó una codificación axial, constituyendo más explicaciones más detalladas y completas (46). Finalmente se realizó una lectura transversal y de proceso entre las categorías centrales y los elementos que las componen (46).

Presentación de datos

Los datos fueron codificados en dimensiones, categorías y subcategorías y se presenta

una matriz categorial.

Tabla I - Matriz categorial

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS
1. Soporte teórico conceptual	1.1. Organizadores conceptuales de las tareas	1.1.1. Modelos de atención y Percepción sobre el funcionamiento del PNA y APS
	1.2. Formación profesional	1.2.1. Formación de grado y posgrado
2. Modalidades de las acciones	2.1. Construcciones metodológicas	2.1.1. Dispositivos y Estrategias
	2.2. Lo Interdisciplinario	2.2.1. Trabajo en equipo, rol y enfoque de abordaje
3. Contrato institucional	3.1. Efectos de las normativas y acuerdos de trabajo	3.1.1. Zonas de Conformidad 3.1.2. Zonas de Ambigüedad/ Malestar

Se partió de tres dimensiones que fueron las construidas a partir de la revisión y la experiencia propia.

1. **Soporte teórico conceptual** [respecto al PNA en ASSE que implica lo referido a las concepciones teórico prácticas, modelos de atención y modos de explicación o aspectos ideológicos conceptuales acerca del quehacer del psicólogo así como la percepción que estos tienen sobre el funcionamiento del PNA y la APS. La formación profesional, es decir aquellas experiencias formativas que matrizan y sostienen las prácticas de los psicólogos, fueron agrupadas según las características de grado y posgrado.
2. **Modalidades de la acción**, que incluye las construcciones metodológicas y el enfoque interdisciplinario. Se refiere a las definiciones que las psicólogas hacen de sus tareas diarias y se componen de construcciones metodológicas que

definen el tipo de acciones y las herramientas metodológicas disponibles. La subcategoría construcciones metodológicas se constituye en función del componente Dispositivos y Estrategias. También incluye una subcategoría denominada Lo interdisciplinario y que alude a la capacidad de trabajo en lo referido al propio trabajo interdisciplinario, como en lo relacionado al trabajo en equipo con otras disciplinas y su rol.

3. **Contrato institucional**, se crea a partir de una categoría emergente, donde se describen y analizan las normas institucionales y acuerdos que surgen a la hora de desarrollar las tareas y funciones. Se destaca el peso que tiene el contrato institucional en la construcción del perfil laboral de la psicóloga. En la subcategoría Efecto de las normativas y acuerdos de trabajo, se analiza la interrelación que se establece con la Institución, tomando en cuenta la valoración que realizan las psicólogas de la misma. De estas valoraciones surgen dos componentes: una zona de conformidad y otra de ambigüedad/ malestar.

El análisis de los datos se realizó en dos planos: uno descriptivo y otro interpretativo. Se fundamenta este proceso en las necesarias modificaciones que tuvo este estudio a partir del material que fue emergiendo durante la investigación y la recolección de la información a través de las entrevistas. Allí fue donde surgieron aspectos del orden de la implicación de esta investigadora, quien se encontró atravesada por su propia trayectoria en el Primer Nivel de Atención en un Programa Universitario de Aprendizaje-Extensión (APEX), por el conocimiento personal con varias de las entrevistadas y por ser una de las coordinadoras docentes del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud, marco en el que se desarrolló este estudio.

Este proceso significó que a partir de un análisis más descriptivo respecto a

qué hace una psicóloga en el PNA en ASSE, se profundizara en una aproximación a los significados que las psicólogas le otorgan a su quehacer y sus contextos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que son múltiples las estrategias y dispositivos que instrumentan las psicólogas en el PNA para el desarrollo de sus objetivos, pero que no todas aplican los mismos, siendo que algunos son comunes para la gran mayoría, particularmente los referidos a la atención o asistencia, mientras que otras integran actividades diferenciales como comunitarias, de educación para la salud, asesorías o consultorías, actividades grupales.

Se observa también una fragmentación de los componentes centrales del PNA particularmente en lo referido a la estrategia de APS que será abordado más adelante.

Tabla II- 1. Soporte teórico conceptual

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Soporte teórico conceptual	1.1. Organizadores conceptuales de la tarea	1.1.1. Modelos de atención y Percepciones sobre el funcionamiento del PNA y APS
	1.2. Formación profesional	1.2.1. Formación de grado y posgrado (en psicología)

La dimensión **Soporte teórico conceptual** se refiere a los procesos cognitivos y valorativos que delinear el tipo de acciones que se sostienen y que se estructuran a partir de identificaciones con paradigmas, modos de pensar y comprender la realidad, afiliaciones a cuerpos teóricos técnicos, que diagraman el pensar y el hacer de las psicólogas. Esta dimensión se revela en dos categorías, los organizadores conceptuales

de la tarea, que son aquellos componentes o subcategorías referidas a concepciones teórico metodológicas de afiliación de las psicólogas, como aquellas que identifican como en conflicto con sus prácticas. Del análisis de los datos surge además aspectos ideológicos políticos, relacionados con concepciones que no se corresponden con cuerpos teóricos específicos sino que son aquellos que atraviesan el quehacer de las psicólogas provenientes de su propias experiencias de vida, o lugar social que ocupan. Con respecto a la subcategoría Modelos de atención y percepciones sobre el PNA y APS, se observa que la noción de modelos adquiere un relieve particular en el discurso de las entrevistadas, así como en la literatura científica, en relación al problema de investigación/ intervención, y se consideran los diferentes modelos establecidos que rigen estas prácticas. En cuanto a las percepciones sobre el PNA y APS, estas surgen a partir de las referencias a los niveles de formación necesarios y específicos que requiere el trabajo en este campo, dadas las complejidades del área. La categoría Formación profesional se refiere a los trayectos formativos sistemáticos cursados por los psicólogos y sobre los que se sostienen sus acciones. Incluye mayoritariamente lo referido al grado y en menor medida al posgrado desde la perspectiva descriptiva valorativa.

1.1. Los organizadores conceptuales de la tarea, se construyen a partir de los soportes teóricos o conceptuales que las psicólogas manifiestan apelar a la hora de realizar sus actividades. Se pueden identificar marcos formativos, que devienen en supuestos teóricos, que las entrevistadas relacionan con sus prácticas y modelos de atención tanto hegemónicos como críticos o emergentes. Estos componentes se visualizan en la claridad con que las psicólogas definen sus prácticas así como en las ambigüedades o contradicciones que atraviesan las mismas.

Una psicóloga expresaba: *“Es muy difícil para mi cuando se dice el trabajo en comunidad, es muy difícil darle una forma o un dispositivo a ese discurso de trabajar con la comunidad o en la comunidad incluso en el discurso decimos en la comunidad, con la comunidad, de la comunidad, no? son todas esas variables que también hacen a las concepciones.”* E1

1.1.1. Modelos de atención y percepciones del funcionamiento del PNA y APS

Los modelos de atención pueden agruparse según las definiciones de modelos y la valoración del peso de los mismos en el diseño del trabajo y las acciones específicas, □ por otro lado, las necesarias articulaciones o negociaciones entre los diferentes modelos reales que conviven y por último, los procesos de cambio o transición de un modelo a otro. Por otra parte, se refleja una fuerte relación entre los modelos que jerarquizan y la percepción que acerca del funcionamiento del primer nivel y la atención primaria se viene desarrollando en el país.

Uno de los grandes factores que atraviesan las prácticas en psicología lo constituye la permanencia y arraigo de modelos tradicionales y contrarios o conflictivos con los requeridos para el trabajo en el PNA desde una estrategia de APS. Así es que el Modelo Médico Hegemónico tal como lo denomina Menéndez (49) sigue prevaleciendo a pesar de fuertes críticas al mismo, imponiendo dificultades en múltiples sentidos. Una de ellas se refiere a la posibilidad o no del trabajo en equipo, y la primacía de los mandatos verticales, de las lógicas impositivas, sobre aquellas que promueven el diálogo y el reconocimiento de las diferencias.

“... sigue como primando todavía el Modelo Médico Hegemónico, entonces trabajamos en equipo en teoría porque nos mandatan que trabajemos en equipo y no puede ser un

mandato, tiene que ser una cosa que surja a partir de la necesidad.” E3

“Y el equipo? Yo pienso que predomina el MMH en todos, totalmente, incluso en las psicólogas...” E3

También se reconoce en la adaptación de un modelo de trabajo asistencialista, con un enfoque significativamente curativo.

“...entonces de alguna manera adaptan el modelo asistencial al Primer Nivel de Atención, entonces tenés que ver determinada cantidad de pacientes. Vos decís, no, no estás trabajando todo lo que es grupal, comunitario. Todo, todo lo demás se valoriza, no se jerarquiza.” E8

De todas formas se percibe un avance hacia la consolidación de un nuevo modelo de atención, de un modelo emergente, donde el PNA es reconocido como principal promotor de la misma.

“Le veo que vamos caminando hacia ahí... yo veo que hay progreso si y que hay progresos, veo que es muy heterogéneo... todos deberíamos tener una mirada de primer nivel ..” E5

Esa percepción se acompaña de claras dificultades referidas al anclaje en los modelos de formación e intervención más arraigados en nuestro contexto.

“Claro entonces hay quienes o no pueden salir de lo individual, y yo creo que yo te digo todo esto ahora, pero también estos paradigmas me atraviesan y seguramente también atraviesan mis prácticas...y también por la experiencia de trabajar en muchos lugares de la comunidad, creo que te lleva a pensar de otra manera también pero es como una lucha.” E5

Se identifican dificultades en la persistencia, particularmente de los aspectos asistenciales o asistencialistas y sus consecuencias, tanto en las acciones como en el

funcionamiento de los equipos.

“Si, yo creo que vamos andando con muchas contradicciones en el camino y bueno con esto de que las personas que estamos al frente fuimos formadas, nos formamos en otro paradigma ya sea médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadoras sociales...todavía hay algo muy arraigado de un modelo asistencial, y médico asistencial...” E5.

En relación a los tipos de modelos existentes surge una definición de modelo recurrente que es denominado por las entrevistadas como modelo clínico, caracterizado por la atención individual, cuyo principal impacto se identifica en su peso negativo para desarrollar actividades de promoción en salud o acciones de tipo comunitario.

“Yo creo que en realidad tendríamos que tener mucho menos atención individual que la que tenemos, lo que pasa es que todavía sigue muy asociada la demanda a ese modelo clínico ... tendríamos que tener mucho más actividades de promoción en salud y deberíamos tener un diagnóstico comunitario que generalmente no existe”. E3

Con un carácter más procesual se hace referencia a cómo es transitar el cambio de modelo, que se asocia con un “cambio de cabeza” con el deber ser, de lo que habría que hacer, de lo que falta para alcanzar una meta ideal, etc. y queda instalado un supuesto de que hoy no se ha logrado el suficiente avance en este tema cambio de modelo, emergiendo vivencias referidas a lo mucho que falta para concretarlo.

“Hay muchísimo para trabajar en un Primer Nivel pero implica un cambio de cabeza, un cambio de modelo. Específicamente de modelo en salud. donde la participación y el empoderamiento es el derecho que uno tiene que promover”. E4

Las percepciones sobre el funcionamiento del PNA y de APS, y la información que las psicólogas tienen acerca de la constitución y el funcionamiento del PNA se analizan a partir de los conocimientos que poseen sobre APS y cómo se relaciona este con las

prácticas en el servicio de salud y con la propuesta del SNIS. Estos se visualizan al identificar cuáles son las problemáticas específicas de su campo de trabajo, y es así que priorizan aquellas referidas a la inserción social y educativa, tanto individual como familiar, que se imponen sobre la perspectiva salutógena en relación al enfoque que necesariamente deben hacer al planificar o definir acciones. Surgen descripciones de problemáticas de salud referidas a desajustes conductuales de niños y adolescentes, que son derivados en su mayoría de las instituciones educativas, con diferentes nomenclaturas: desde hiperactividad a violencia y delincuencia, fuertemente asociadas a problemáticas sociales, vulnerabilidad y exclusión social. Asociación que a la vez explica y estereotipa los modelos sociales imperantes, primando una visión más restringida de las problemáticas individuales y familiares.

“... básicamente le cambias los nombres, todos son desajustes conductuales, agresividad, hiperactividad, violencia en algunos casos, robo, mentiras y veo la familia que hay detrás y me explico enseguida como ese chiquilín no va a ser un desajustado entre comillas y obviamente el lugar donde pasa más tiempo después de la casa es la escuela o el liceo y es donde lo refleja ... y a veces me da mucha bronca porque me insume mucho tiempo y también digo uy, si este chiquilín estuviera en otro lado... pero bueno tengo que trabajar con la familia que tiene”. E2

El PNA además, es visto como un lugar de accesibilidad, privilegiando la geográfica y económica para los usuarios (50). Ofrece también la posibilidad de mejor distribución de recursos humanos y económicos para todo el Sistema.

“Cuanta gente que viene a nosotros no necesita un servicio más caro, ahorramos dinero, ahorramos técnicos que pueden estar para otros ámbitos y situaciones que se arreglan acá, que no es de entrecasa, que se arreglan en el Primer Nivel, que es en su

lugar de residencia, que es en su lugar de vida. Que es gente que no te va a llegar al centro de salud ... porque no va a ir, no quiere decir que todo lo resolvamos acá pero sí que hacemos un gran primer filtro, segurísimo.” E2

Así mismo es reconocido como un servicio que debe conformarse por técnicos de gran experticia disciplinar y capacidad para trabajar en equipo.

“Que la gente que trabaja en el primer nivel tiene que ser la más capacitada, absolutamente. A veces se piensa que porque hay una fantasía, no sé, llámalo imaginario o lo que quieras, de que ah, Primer Nivel, no sé, vamos a hacer un taller”

E9.

Las entrevistadas reconocen una ajustada sintonía entre el funcionamiento del PNA y lo planteado por el SNIS aunque valoran que todavía resulta insuficiente, debiendo afianzar sobre las prácticas con la propuesta del Plan de Salud Mental.

“... para mi hay pila de conexión en lo que plantea la letra del sistema, no hay tanta conexión con el Plan de Salud Mental” E3

Las psicólogas afirman no conocer un perfil claro planteado por la institución donde trabajan, lo que hace que vivencien barreras desde la perspectiva de la incorporación de los psicólogos al campo de la salud mental en el primer nivel. Este aspecto será tratado específicamente cuando se aborde la categoría contrato institucional (p 71).

“... creo que el obstáculo mayor es pensar la incorporación de los psicólogos sin una línea clara de perfil y de acción con respecto a lo que es salud mental...” E8

En suma, al hablar de modelos surge la convivencia entre modelos tradicionales y otros emergentes. Esta convivencia se presenta de muy diferentes formas, unas como transición, otras como claramente conflictivas y otras como transacciones, pero con la predominancia aún de un fuerte desarrollo del modelo clínico tradicional.

Por otro lado se puede identificar que perciben al primer nivel primeramente como un lugar de accesibilidad, aunque hacen referencia sólo a algunas formas de accesibilidad, y en absoluto se refieren a la cultural, que es una de las que involucra con más precisión los conocimientos psicológicos. Por otra parte, más que cuestiones de la salud, identifican problemáticas muy asociadas con salud mental, en tanto orientado a las fallas y daños más que a la potencia de comportamientos saludables. Además consideran que la formación específica y la capacitación, así como la definición clara de los perfiles de las psicólogas son altamente necesarios y que la ausencia de ellas conspira contra la excelencia en los servicios.

1.2 Formación profesional.

1.2.1 Formación de grado y posgrado De la información relevada surge que existen diferentes formaciones de grado, la totalidad de las entrevistadas egresó de los planes anteriores al vigente (Plan 2013), como fueron Plan EUP y Plan IPUR. Se destaca que los planes más antiguos presentaban perfiles de formación diferentes; uno como técnico diagnosticador y otro con un perfil polivalente aunque muy centrado en la formación clínica. En el plan IPUR se destaca la fortaleza del trabajo en los servicios y talleres. A través de los Servicios se buscaba responder a las demandas y requerimientos de la sociedad de la cual la UDELAR forma parte, promoviendo en este sentido la formación de los psicólogos universitarios capaces de responder a estos requerimientos. Tenían una duración anual y una amplia gama de ofertas donde los estudiantes podían elegir. Los cursos llamados talleres consistían en actividades centradas fundamentalmente en el trabajo y formación grupal. En el Plan IPUR los cursos fueron pensados para brindarse de forma consecutiva, estableciéndose así un sistema de previaturas, de un ciclo a otro.

Respecto a la formación de grado se visualizan diferentes movimientos; por un lado, una idealización de la misma, lo que conlleva a una comparación crítica con la formación que actualmente están recibiendo los residentes y practicantes con los que trabajan. Resaltan lo extenso, en términos temporales, de su propio proceso formativo que acompañaba el proceso madurativo del estudiante. Sobresalen como aspectos positivos del Plan IPUR, la presencia de prácticas preprofesionales y la organización por ciclos de formación con la intención de integrar los aprendizajes en torno a ejes temáticos.

“Yo de nuestra formación, yo no sé qué decirte.....quizás van pasando los años y más la idealizo. Nosotros no nos recibíamos en 4 ni 5 años, los que nos iba mejor nos recibíamos en 7 o en 8, creo que es un buen tiempo, esos años son buen tiempo para ir madurando y procesando la profesión; no creo que el acortamiento en años sume”. El Aparecen preocupaciones en relación a la calidad de la formación, prevaleciendo la idea o la sospecha de una baja en la calidad formativa actualmente.

“A mi lo que me preocupa de la formación actual es cuánto énfasis hay en los Servicios, si siguen existiendo cuánto hay de formación en eso, y por otro lado, yo que tuve la suerte, la fortuna de tener siempre docentes en roles de supervisión o de referencia o de coordinación, no me acuerdo bien como era el título, tan potentes, que aprendía tanto con ellos, eso también me preocupa”. El

También surgen comparaciones o asociaciones en relación a la experiencia formativa y la laboral, valorando la propia experiencia sobre la de los nuevos practicantes, jerarquizando la construcción de un perfil de egresado y las repercusiones que fue teniendo en la elección y posicionamiento laboral posterior.

“Porque además el transitar algunas experiencias, nosotros teníamos como esa avidez

de estar en algunos Servicios y te ibas perfilando por ahí. Si yo me observo ahora como trabajadora, como psicóloga quizás las opciones que hice como servicio no van tan de la mano con lo que hago ahora, pero aprendí lo quilos y aprendés de todo.” E1

Si bien la formación es marcadamente individual restringida, han emergido espacios formativos que al menos problematizan este modelo, es dable pensar que esto ocurrió por la jerarquización que se hizo en la formación en opción servicios del plan anterior.

Emergen preocupaciones respecto a los aspectos formativos que impactan en las modalidades de trabajo de estas psicólogas del PNA con los residentes y practicantes que reciben, instalándose sensibilidades al respecto. Evidenciando las dificultades o discrepancias que se producen a la hora de articular acciones entre la Universidad y la institución de salud, la distancia de los docentes en relación al trabajo de campo, al no estar ahí¹ es valorada negativamente por las psicólogas, lo que repercute tanto en las decisiones a tomar como en el sostén que como referente deben hacer con el estudiante²

“Hay algo que me preocupa un poco y es esto que a veces el docente en Facultad de Psicología que conoce del campo solamente el recorte que le trae el estudiante de su práctica, quizás son colegas que no tienen tanto trabajo como psicólogos en el territorio, en el campo, o que quizás lo tiene más desde la psicoterapia, pero le falta no?”. E1

La idealización de la formación recibida promueve desconfianzas sobre otras formaciones, haciendo que todo lo demás aparezca como malo o sospechoso.

Las entrevistadas resaltan del Plan IPUR, la formación clínica como herramienta fundamental para el psicólogo en el PNA.

“... porque yo creo que la formación nuestra fue mucho más clínica y de clínica individual que la valoro muchísimo y que me ha servido para un motón” E5

“... la formación clínica es muy importante igual para estar en el primer nivel de atención, nosotros tenemos que tener la formación clínica para darnos cuenta si el paciente es para primer, segundo, el nivel que, o sea saber qué atención necesita, por ejemplo si ese paciente está en riesgo de vida, si no, si tiene una patología grave o no la tiene y eso te lo da la formación clínica” E8

Resulta evidente el peso que esta formación tiene en las psicólogas, como huella sustancial del perfil profesional. En la valoración de la formación las respuestas son múltiples, pero hay una marcada diferencia entre las profesionales que cursaron el plan de estudio de la Escuela Universitaria de Psicología (EUP) y las que cursaron el plan IPUR. En este sentido las que lo hicieron luego del año 1978 y hasta el 1988 sienten que su formación fue muy insuficiente

“ Faltó todo, faltó todo porque la época que vivíamos que era imposible...”. E2

El psicodiagnóstico se visualiza como un fuerte para una parte específica de la población estudiada, como es la formada en los planes de estudios más antiguos o cursados en la dictadura.

“... creo que nos enseñaron a hacer psicodiagnósticos, buenos psicodiagnósticos y me ayudaron ... éramos buenos psicodiagnostadores, no buenos psicólogos”. E2

Las experiencias formativas que son valoradas como positivas se refieren a aquellas que incluyeron el trabajo a campo, o integración a servicios, como ya se explicó anteriormente; y aquellas donde se privilegiaba el trabajo y la formación en grupos y de tipo reflexivo como por ejemplo aquellos cursos que se llamaron talleres.

“Lo que tiene que estar en la formación de grado, integrada a la extensión... la extensión, lo que antes eran los servicios digamos”. E11

“Yo me acuerdo que el espacio de taller me marcó bastante o sea no sé si lo recibí

también de Facultad o de la vida pero sí los espacios así de reflexión grupal, esto me parece que sí, que son fundamentales de poder trabajar en equipo”. E10

En los relatos de las psicólogas se rescatan algunos contenidos y cursos como de gran importancia para el trabajo en el PNA.

Se destacan con una valoración positiva los cursos referidos a contenidos específicos en salud pública, Psicología de la Salud, Psicología Comunitaria, aquellos otros que se refieren a contenidos orientados al desarrollo normal o un enfoque de la salud en la comprensión de los procesos de vida y finalmente aquellos que se identifican claramente como específicos en la patología, diagnóstico y rehabilitación.

“Toda el Área de Salud, Salud Comunitaria, si, toda esa área si, Psicología Evolutiva, después la parte de Técnicas proyectivas”. E10

Al referirse a estos espacios de formación, identifican conceptos que fueron pertinentes al momento de definir sus acciones.

“En cuanto a elementos, yo creo que si, por lo menos me acuerdo de Salud de tercero, de cuarto de Sanitaria, de Comunitaria de quinto, sobre todo Comunitaria me acuerdo, que tuvimos mucha cosa en lo que hace bueno, al respeto por el otro, al empoderamiento de la comunidad a responder a las necesidades de la gente...”. E3

Si bien se plantea la importancia de estos contenidos y metodologías de formación, también se valora la insuficiencia de estos en el plan global.

“... tuvimos bastantes elementos en lo que hacía al primer nivel de atención, a la promoción en salud, como trabajar en comunidad, al trabajo en grupo. Si bien es verdad que no fue suficiente, no era una formación ni solo clínica ni solo dirigida a la investigación”. E3

Cuando se refieren a los aspectos básicos o mínimos necesarios para la formación,

identifican elementos más cercanos al modelo de intervención clínica y de la dimensión ética de las prácticas. Algunas de ellas se refieren a herramientas:

“Sabíamos que había como cosas básicas que teníamos que tener cuando nos enfrentábamos con alguien. El encuadre, la confidencialidad son cosas que no se si ahora están tan claras o están bien trabajadas, a mi me quedan dudas”. E3

Otras se refieren a profundizaciones en el campo de la enfermedad:

“Si, fundamental Psicopatología es todo lo que es la parte semiológica me parece súper interesante y muy aplicable y muy complementaria a lo que tenemos que saber al trabajar en un centro de salud con otros profesionales como psiquiatras...”. E11

En el Programa de Practicantes y Residentes, marco contextual de este estudio, las psicólogas referentes entrevistadas coinciden en valorar muy positivamente esta experiencia reciente en la formación, generando inevitables comparaciones con las propias experiencias de formación.

“... a nosotros nos faltó mucho práctica, yo lo que veo en estos gurises espectacular la posibilidad de tener experiencia, de poder largarse a la cancha digamos”. E5

La gran ausente y reclamada en los discursos de las entrevistadas es lo que concierne a la investigación. Tal vez esto explique las dificultades que puntean las psicólogas, en relación al campo investigativo en salud, lo que hace que no sea un rubro extendido y frecuente en la producción de conocimiento en salud para esta disciplina.

“Y ausentes que faltaron y no estuvieron ... investigación sí, cuali y cuanti”. E11

Aparecen tensiones respecto a lo social y lo psicológico, que sin duda, se deben atribuir a los marcos referenciales hegemónicos en esta formación. Es obvio que esto desborda los objetivos de la presente investigación, pero se entiende que deberían estudiarse y profundizarse para comprender cómo se construyen estos supuestos y paradojas.

“pero yo creo que nosotros tenemos una riqueza de esta mirada más social, esto de trabajar con otros, el poder ver más allá de la psicología, pero lo psicológico existe ...”

E6

Se desprende de los discursos analizados que resulta importante un enfoque formativo que ponga mayor énfasis en las necesidades de la población y en un plan de estudio de grado que las considere. Además se propone un proceso de aprendizaje que habilite a los egresados a tener el perfil que la sociedad en la que está inserto necesite.

“... me parece que habría que bueno, consensuar cuáles son, pero capaz que ver en un criterio poblacional bueno a ver, estos psicólogos con quienes van a trabajar, cuáles son las necesidades del país, van a ir un montón a trabajar a los programas sociales y otro montón van a estar atendiendo gente en las mutualistas, en ASSE, bueno, que se requiere, le tenes que dar como esa cosa de aprendizaje general que les va a permitir pensar para poder producir su propio conocimiento. Pero los vas a largar con un título habilitado a trabajar, no para que se formen después, que por ahora se forman por autoconsciencia... ”. E6

Por otro lado, se hace una crítica a las condiciones de salida al ámbito laboral y los requerimientos o exigencias de inserción en el trabajo, alegando que no existe una buena regulación de estos aspectos, ni académicos, ni legales.

“pero no hay ningún colegiado que te pida los postgrados para trabajar, mientras que no sea así capaz que en el futuro todos va a tener bueno, los de grados en tal cosa, los de postgrados en tal otra, mientras eso no este, me parece que hay que dar una manito a la gente ...” E6

Con respecto al posgrado, las maestrías y doctorados, surgen en facultad de psicología a partir del 2009, siendo los mismos de carácter gratuito, lo que facilita la

accesibilidad a la formación dentro del país. sin embargo, estas condiciones no son las únicas que inciden en la decisión de las psicólogas para acceder a estudios de posgrado. La variable de mayor peso que identifican es la articulación con sus trabajos por los horarios y/o con las situaciones familiares, las cuales no son favorables para integrarse a maestrías y doctorados, dado las exigencias que este tipo de estudios suele presentar.

“Me queda un debe, lo voy a decir , que es como para ponerle un moño a mi carrera, que es hacer una maestría, en políticas de infancia, ya lo tengo decidido porque me serviría para mi otro trabajo... y lo voy a hacer algún día cuando los hijos estén más grandes y tenga mas tiempo”. E2

“... o sea hay un pasaje por la Universidad que te da un pantallazo general de cómo ser; las distintas intervenciones posibles y un mínimo de literatura para que uno después diga bueno, quiero seguir en esto, me parece que, sobre todo ahora en el grado no se puede pedir más... o sea en el momento en que yo inicie esta facultad no había posgrados de ningún tipo” E7

Entonces, en relación a la formación de grado se distingue la idealización de la propia formación realizada en un plan diferente al que reciben actualmente los practicantes y residentes con quienes trabajan, instalándose una fuerte tendencia a comparar formaciones. Los aspectos más sensibles en este sentido se refieren a la formación en investigación, la disminución de los años de la licenciatura, la falta de espacios para la formación en grupos.

Respecto a los contenidos que mayormente han contribuido o impactado en su trabajo actual, destacan los referidos a la salud pública, psicología de la salud, psicología comunitaria y aquellos que abordan los conocimientos sobre el desarrollo normal. Otra línea de contenidos son aquellos cursos referidos a los procesos del enfermar; y por

últimos los asociados al trabajo con colectivos y espacios de reflexión sobre el hacer.

Respecto al posgrado, aparece como una necesidad a la vez que una demanda para la formación como psicóloga, pero no expresamente en relación al Primer Nivel y Atención Primaria de Salud como temática de formación.

Tabla III- 2. Modalidades de las acciones

2. Modalidades de las acciones	2.1. Construcciones metodológicas	2.1.1. Dispositivos y Estrategias
	2.2. Lo Interdisciplinario	2.2.1. Trabajo en equipo, rol y enfoque de abordaje

Esta categoría evidencia las definiciones que las psicólogas toman en su tarea diaria, ya que las acciones devienen de modelos de pensar la realidad y cómo resolverla, o al menos abordarla. Surgen además, de procesos de diagnóstico, planificación, etc, y de las propias experiencias acumuladas o procesadas por las psicólogas en el trabajo con otros.

De esta manera, se compone de construcciones metodológicas, que definen el tipo de acciones y las herramientas metodológicas disponibles, así como de la dimensión interdisciplinaria, propia de este campo de trabajo.

En el análisis emerge la presencia de una tensión entre la asistencia clínica y los abordajes comunitarios, tensión que evidencia conflictivas por la prevalencia de un tipo de acciones, asociadas a lo que llaman modelo clínico, que incide en el desarrollo de otro tipo de acciones vinculadas a la promoción y prevención en salud

“Yo creo que en realidad tendríamos que tener mucho menos atención individual que la que tenemos, lo que pasa es que todavía sigue muy asociada la demanda a ese modelo clínico... tendríamos que tener mucho más actividades de promoción en salud y deberíamos tener un diagnóstico comunitario que generalmente no existe”. E3

Claramente emerge la necesidad de cambiar estas modalidades, lo cual resulta dificultoso dado su nexos con algunos factores como puede ser la alta demanda de asistencia existente

“... la demanda de asistencia es enorme a veces si no te reservas las horas para la actividad de promoción y prevención”. E10

En algunos casos se intenta la articulación entre ambos modelos, en otros aparece una marcada perspectiva crítica, pero resulta evidente que esta tensión atraviesa constantemente el trabajo de los psicólogos. ¿Cómo es que impacta en las prácticas? ¿Cómo resuelven esta tensión las psicólogas? ¿Cómo la comprenden?

La complejidad de estos aspectos hizo necesario desagregar los elementos que componen y expresan esta relación, articulación, negociación entre la atención, más ligada a la enfermedad y una perspectiva comunitaria más ligada a la salud.

Para el análisis de estos componentes se consideraron los aspectos descriptivos de los dispositivos y estrategias que privilegian los psicólogos, a partir de comprender cómo se construyen en función de las modalidades de accionar, las construcciones metodológicas y el trabajo interdisciplinario.

Por otro lado lo interdisciplinario permite analizar el rol asignado al psicólogo y la estructura organizativa; las relaciones de afinidad dentro del equipo, las coincidencias y las alianzas de trabajo.

2.1 Construcciones metodológicas

Se identificaron diversas formas y modalidades para llevar adelante las acciones, definir las, programarlas y ejecutarlas. Estas modalidades se construyen a partir de metodologías que las psicólogas diseñan o ensayan según su marco referencial

formativo, según la experiencia adquirida, según los acuerdos coyunturales, etc. Entonces, la categoría construcciones metodológicas se constituye en función del componente Dispositivos y Estrategias.

2.1.1 Dispositivos y Estrategias

Esta se refiere a cómo las psicólogas llevan adelante sus tareas y que plan de acciones privilegian para concretar los objetivos y niveles de intervención.

Para el estudio se partió de la concepción de dispositivo como un montaje o artificio capaz de producir un acontecimiento, del orden de lo nuevo, máquina productora de sentidos y de prácticas (51).

Los dispositivos se organizan en relación a ejes prioritarios que se ajustan a las peculiaridades propias de las tareas y lugares en que se implementan.

“...dentro del Primer Nivel, tiene una amplitud como de tres grandes líneas ya te digo, la prevención, la promoción y la asistencia y en verdad participo en los tres, los tres ejes como yo lo llamo, con las particularidades inherentes a la zona”. E9

Se desarrollan diversas modalidades de acción, unas con un enfoque de atención dirigido a una patología, a un daño que hay que reparar, recuperar, tratar. En este sentido, se identifican aquellos dispositivos diseñados para la atención individualizada o intervención clínica, siendo los que se presentan con mayor frecuencia y ocupan gran parte de las actividades desarrolladas por las psicólogas.

La percepción de las entrevistadas se aproxima a una elección forzada de este tipo de dispositivos dado que responde a la gran demanda que usuarios, instituciones y profesionales del equipo o externos a él, realizan.

“...la asistencia en consultorio, que es muy solicitada ya sea a iniciativa propia de los

usuarios, derivado por los otros técnicos con los que trabajo, con los que comparto la policlínica, como por integrantes de equipos como Plan Caif o Clubes de niños de los centros en los cuales está inserta la policlínica”. E2

Se plantea como una elección forzada porque en el discursos de las entrevistadas emergen una serie de justificaciones, explicaciones o argumentaciones que tienden a fundamentar por qué este dispositivo insume tanto tiempo en las acciones de las psicólogas.

Un grupo de argumentaciones se refieren a las dificultades de la implementación del Segundo Nivel que impactan directamente en el trabajo de las psicólogas, entonces, deben hacer lo que no se hace donde correspondería que se hiciese.

“... una persona que viene a consultar por un duelo, no puedes decirle vení en 6 meses a un tratamiento psicoterapéutico, tenés que acompañarla ahí en ese momento... me parece mientras que no se ensamble con el más aceitado, con el segundo nivel ... me parece que tiene que seguir existiendo” E8.

Por otra parte también surgen valoraciones en relación a la imprecisión en la relación entre los distintos niveles de atención. ¿Qué respuesta le toca a cada nivel y cuáles son las dificultades para cumplirlas?

“... otro capítulo grande, es la parte de la asistencia que en realidad es como algo medio difícil de delimitar cuál es el primer nivel de atención y el segundo nivel de atención... primero por la falta de recursos que hay en el segundo nivel”. E10

Esta problemática coordinación entre los niveles parece generar impacto negativo en la población, según la percepción de las entrevistadas.

“Lo que nos está pasando ahora es que nos derivan bastante a nosotros del hospital, vayan a la policlínica y bueno si, nosotros los atendemos, lo que pasa es que no

podemos..... y lleva muchísimo tiempo si cada situación la vamos a ver individualmente”. E3

“*...cuando vienen hay como una sobremedicación y vemos que de repente hace años que están tomando la medicación y necesitan como otra evaluación.*” E3

Con respecto a los dispositivos utilizados, hay explicaciones que se presentan por la negativa: no son iguales a los de la intervención clínica individualizada. Y se definen por sus diferencias con esta última, definiéndolos como más flexibles en su encuadre.

“el encuadre no es un encuadre de una psicoterapia psicoanalítica, es como un encuadre más flexible”. E5

“... es una asistencia clínica individual pero muy especial porque ahí hablé con ellos, hablé con los otros, fui a la casa, fui con la familia, las instituciones”. F11

A pesar de los esfuerzos por poner en práctica nuevas formas de abordaje, las mismas giran alrededor de lo tradicionalmente conocido (modelo clínico), pudiéndose diferenciar sólo, además de la flexibilidad, por la disminución del tiempo de la intervención o una delimitación mayor de los objetivos.

“... trabajo en la parte de la consulta, en la consulta psicológica que la característica un poco de nuestro trabajo es que no hacemos ni psicodiagnósticos ni tratamiento psicológico, sino que tenemos un abordaje más situacional de las consultas que llegan al psicólogo, ya sea por la derivación de distintos profesionales o por distintas instituciones de la zona, y ahí el abordaje es un abordaje más de una intervención psicológica con tiempos y objetivos limitados, no tratamientos que se extienden en el tiempo y con un encuadre flexible a lo situacional en relación a que muchas veces viene a consultar por el niño y quizá terminamos trabajando con la abuela o con la familia o consulta él por un síntoma y terminamos yendo a la escuela”. E5

En otras ocasiones la posibilidad de llevar adelante acciones con un enfoque de promoción en salud, queda subsumida por un pedido que aparece como imprevisible y urgente y que al parecer no se puede desatender.

“A veces íbamos con horas y días para trabajar en algunas aulas o con algunos grupos y no podíamos porque nos estaban esperando las maestras directoras con cuestiones que no eran menores además y ta, teníamos que estar ahí... entonces eso enlentecía y frustraba a los gurises porque no habíamos ido, son cosas manejables pero si son obstáculos”. E4

La imposición aparece y genera tensión, el privilegio de lo urgente anula acciones planificadas y esta postergación genera sentimientos de frustración. En algunas ocasiones el enfoque de atención a la enfermedad surge como imposición que impide realizar acciones dirigidas al cuidado de la salud.

“...el obstáculo es la alta demanda de asistencia que hay todas las semanas, todos los días... Eso es un obstáculo porque no me permite disponer del tiempo que me gustaría para hacer actividades de promoción y prevención”. E2

El dispositivo que se focaliza en la atención del problema o la enfermedad, a pesar de ser el más reconocido y ofrecido, se percibe en ocasiones como inadecuado para hacer frente a las diversas situaciones que se presentan en un servicio del PNA.

“yo lo que encuentro es que hay población que uno tiene para ofrecerle dispositivos y otras que no ... recibimos pila de situaciones que vos decís, no es para una psicoterapia”. E5

Otros dispositivos utilizados son los que poseen un enfoque dirigido a la atención de la salud, generalmente se orientan a grupos de personas más o menos extensos, y parten de una concepción de salud donde el involucramiento de la población es fundamental

para el logro de los objetivos planteados. Estas prácticas están enfocadas a promover la participación, entendiendo que cada persona, y todos a la vez, son responsables de su propia salud y la de la comunidad. En general son denominadas por las entrevistadas como “comunitarias” para diferenciarlas de la intervención clínica individual.

En este grupo de prácticas, se distinguen acciones con distintos grupos etarios que son concebidas como actividades de promoción de salud.

“.. de hecho te decía, nos interesan mucho los espacios grupales porque parece que la gente en grupo, se genera un plus que habilita a procesos que se hacen en la salud, al bienestar, como por ejemplo grupo de adultos mayores, después tenemos grupos de niños y padres, orientación a padres...”. E10

“Hacemos actividades de promoción de salud y prevención ... y las actividades de promoción son con niños y con adultos mayores básicamente”. E3

El taller aparece como dispositivo grupal privilegiado.

“En el área de promoción de hábitos saludables había una articulación importante con el sector educación ... en primaria teníamos una agenda de talleres que yo me ocupaba de llevar ” E3

“... trabajamos mucho en redes, distintas redes, hay unas redes zonales...buscando un poco de participación barrial uno de los objetivo también es esto de la promoción de salud y prevenciones también que la propia comunidad piense la problemática de la zona, piense que cosas ayudan, inciden en la calidad de vida de la gente de la zona y que cosas se puede hacer en conjunto con las instituciones de la zona, ” E10

Se realizan además acciones en estrecha relación con instituciones de la zona.

“... trabajamos mucho con las escuelas de la zona porque vemos que las instituciones educativas tienen mucho de promotoras de salud y podemos hacer sinergia”. E10

Parece un dato importante saber que los tipos de acciones que se realizan en las escuelas de cada zona, dependen de la habilitación que para ello realice la dirección de cada institución educativa.

“Hemos tenido años de trabajo con las escuelas divinos al punto de decirte de que hemos venido a trabajar los sábados ... y hemos tenido años donde nos hemos visto 3 o 4 veces ... ahora estamos en un momento de poca, en relación de lo que yo creo que sería necesario, de qué depende eso? depende fuerte fuerte de la gestión de las direcciones...”. E1

En las acciones dirigidas a la promoción de salud, se encuentran los grupos autogestionados de la comunidad que demandan la colaboración de los técnicos para, en forma conjunta, solucionar problemas o satisfacer necesidades que perciben como no satisfechas.

“Hubo 2 años seguidos que se trabajó violencia también por acontecimientos también públicos y cosas internas del barrio... Ellos se autogestionan no sé, creo que hace 10 años o más que se están reuniendo con muchísimos avatares... Entonces, ahí hay un movimiento importante de gente que sabe trabajar en colectivo, de comunidad y permanentemente están solicitando formación, cursos; arrimate, está pasando esto y vos podés darnos una mano.” E4

Esta participación activa y crítica de los habitantes de la zona puede incluso estar promovida por la creación de un antecedente de trabajo conjunto con el Servicio de Salud, en la organización de eventos de promoción y prevención primaria.

“...y después estaban las demandas de prevención y promoción de salud que esto se mueve mucho porque esto está ya instaurado en relación a los días de, los días del corazón que ahí se arma todo un movimiento, ahí los vecinos del barrio ... lo tienen

bien claro, se aproximan y dicen bueno, qué vamos a hacer este año". E4

A partir de la descripción realizada de los dispositivos con sus distintos enfoques, se observa que entre ambos aparece una tensión, que los ubica en algunos casos como contrarios.

"... por un lado la asistencia y por otro lado actividad comunitaria que es muy variada" E10,

En otros como en una relación articulada y compatible. Las posiciones varían de acuerdo a una gama de combinaciones cuyos extremos están entre los que sólo o casi exclusivamente se posicionan en uno de los dos enfoques.

La transición hacia otro modelo distinto al hegemónico requiere de un esfuerzo de transformación de las concepciones que se tienen de las intervenciones que se realizan.

"... si bien es consulta en consultorio yo creo que es un cambio la mirada, la mirada, ya hay como una cabeza de pensarla con una perspectiva interinstitucional de articulación". E5

"se trabaja mucho la demanda, es como que se procura... hay como un cierto cambio del modelo de atención como de planificar, de prever". E6

Las acciones dirigidas a atender la enfermedad resultan culturalmente aceptadas por la población con la que se trabaja, son tradicionalmente conocidas. Por el contrario las acciones que se dirigen a promover la salud, son insuficientes y debe apelarse a la creatividad de los psicólogos para poder ampliar su alcance.

"quizás hacemos una intervención desde acá, un acompañamiento pero veo que es necesario seguir como ampliando de forma creativa otras formas de promover la salud mental". E2

Entonces, el cambio de un dispositivo a otro se presenta como algo dificultoso, requiere

de procesos de reflexión, de intercambio, de problematización.

“... si costaba salir de lo enquistado de los abordajes tradicionales y que se yo, yo lo pensaba y creo que a veces existe eso, pero también yo siempre insisto que ningún dispositivo es bueno o malo a priori ... pero un poco el objetivo era este, era ver qué nos pasaba a nosotros, qué dispositivos y abordajes estábamos utilizando, cuando los utilizábamos, como problematizarlos”. E9

2.2. Lo interdisciplinario

Esta categoría hace alusión a una perspectiva relacional con el equipo de salud y a la definición de problemáticas que merecen atención, es decir, dónde ponen la mirada y la sensibilidad, para identificar aquellas situaciones, relatos, acontecimientos que se consideren propios de la intervención de las psicólogas. Se analiza el posicionamiento de las psicólogas en el equipo interdisciplinario. Se toma en cuenta aspectos que tienen que ver con la circulación del poder. También se analiza la construcción de acuerdos y alianzas que se presentan entre las distintas disciplinas, así como los prejuicios que surgen en relación al rol y la tarea de la psicóloga de Área.

El trabajo en equipo interdisciplinario en el PNA se presenta como un ámbito de conflictos y riquezas donde se ponen en juego aspectos disciplinares, personales, históricos, culturales. El enfoque interdisciplinario requiere de un espacio físico que permita el encuentro para pensar y coordinar el trabajo a realizar. Del mismo modo parece algo necesario que los integrantes del equipo sepan a priori, en qué consiste un servicio del PNA.

“... estamos siempre como haciendo nexo en la interna de la policlínica entre los médicos de familia con la psiquiatra, trabajamos mucho en equipo tratamos de

coordinar con ellos si necesitamos algo y de pensar al paciente en conjunto, los pacientes que derivan, los pacientes que nosotros derivamos”. E8

“ Yo pienso que tiene que ver con el conocimiento del equipo de salud con respecto a lo que es primer nivel de atención, por ejemplo”. E8

Luego de estas condiciones necesarias para comenzar a trabajar en equipo, el abordaje interdisciplinario se va construyendo con el hacer, con la reflexión, con el compartir, con el enseñar y aprender.

“... pero creo que también es como esto de ir construyendo en la medida que vamos haciendo, en la medida que uno va mostrando lo que el otro puede hacer también el otro dice, mirá esto tiene resultado y nunca habíamos pensado que por ese lado pueda ir, es un desafío”. E8

El equipo es vivido de múltiples formas, pero en ningún caso de manera indiferente. Es unánime el convencimiento de que el mismo debe existir y funcionar satisfactoriamente. Sin embargo el relacionamiento entre las personas que lo constituyen no siempre es el idealizado, y los desencuentros teóricos y metodológicos no permiten, en algunos casos, lograr los acuerdos necesarios para el trabajo conjunto.

“... o sea, se podría decir que muchas veces los obstáculos son los compañeros de trabajo, incluyendo los agentes comunitarios”. E2

De la experiencia de trabajo con psicólogas de Área, surgen comentarios reiterativos acerca de cuál es la imagen que los demás poseen de la psicóloga , tanto percibido desde los usuarios, como administrativos o profesionales de la salud. Esta imagen parece estar estrechamente vinculada a la atención en consultorio de los casos problema, condicionando la posibilidad de reconocerla en la realización de otro tipo de tareas directamente relacionadas con acciones de promoción y prevención. Es dable relacionar

esta imagen con el tipo de acciones que mayoritariamente ejercen las psicólogas puestas de manifiesto en el Censo de Psicólogos de Uruguay donde se evidencia que más del 55% tienen su inserción laboral en el ámbito privado, y mayoritariamente en la clínica privada (psicoterapia) (52).

“... decir qué hace una psicóloga si no está en el consultorio [...] incorporar lo que hace una psicóloga de área, que no hace solo consultorio sino comunidad, el informar, estar con otros, creo que eso ha sido como facilitador para que ellos entiendan, todos entiendan que hacemos cuando no estamos en un consultorio”. E11

Se visualiza cómo se ponen a jugar las tensiones originadas por la dinámica del poder en la cotidianeidad de los equipos de salud, emergiendo un malestar ante un proceso que deposita hegemonías en algunas disciplinas más que en otras, asigna roles o lugares, etc., repercutiendo en la construcción de las psicólogas en el equipo. ¿Qué lugar le otorga el equipo a las psicólogas?, ¿qué es lo que esperan o creen que puede hacer? y ¿cómo lo aceptan o se resisten las psicólogas frente a esta depositación?. Por otro lado, pero relacionado directamente, ¿cómo se ubica en la estructura de la organización de la salud y cuáles son las formas de sobrellevarla?.

En la circulación de poder que se da dentro de los equipos de salud, existen ciertas afinidades o alianzas con algunos técnicos con los que parece haber un perfil común y con los que se puede trabajar desde un mismo enfoque o modelo. Es el caso del médico de familia en primer lugar, y otros profesionales.

“... la actividad comunitaria que tiene que ver con la promoción y prevención en distintos ámbitos y de diferentes maneras y así mismo nosotros tenemos ese perfil dentro de la policlínica, hay otros técnicos que también tienen ese perfil comunitario como los médicos de familia, como las parteras comunitarias, los trabajadores

sociales”. E10

Los diversos posicionamientos ideológicos complejizan el trabajo interdisciplinario y también favorecen cierto tipo de alianzas.

“...hay ciertos técnicos que están en consonancia también con la cuestión del psicólogo de área porque hay los médicos de familia hay una sintonía en cuanto a modelo, un pediatra que está formado hace 30 años es otra cosa, entonces bueno, me parece que es un tiempo donde coexisten distintos modelos hacia la riqueza y la complejidad del trabajo en equipo”. E5

Otro tipo de alianza es dable a partir de las formas de encarar la tarea, los estilos de interacciones y las colaboraciones o distancias que se construyen.

“ el poder pensar juntos, el poder pensar en un abordaje, sobre todo con aquella gente que pone disponibilidad, que tiene ganas y te llama y te haces el tiempo de discutir las cosas, de pensar, después hay otros que de repente me pasan un papelito con un nombre de un paciente más o menos me cuentan de que se trata y lo llamo y no pasa nada, hacemos lo que podemos y vemos, pero yo lo que siento es que no hay un modelo de que es lo que tengo que hacer yo acá, yo más o menos lo voy construyendo”. E6

Las psicólogas se visualizan en un lugar protagónico a la hora de conformar un equipo, resaltando la cualidad de ser específicamente las profesionales capaces de consolidarlo y sostenerlo.

“Lo interdisciplinario es la nota, es la identidad de este trabajo. Entonces, creo que para nosotras, esto de disponer del tiempo psíquico, disponibilidad de tiempo real para consolidar y armonizar y producir, esto de hacer equipo es un trabajo nuestro”. E1

Surge un acuerdo implícito por el cual se deposita esta función de soporte o aguante en la psicóloga del equipo, función que asume aunque con reclamos o al menos, con la

exigencia de explicitación institucional.

“Hay que empezar a poder sacar de la cocina de la interna de los equipos, esto que cuando hay un psicólogo o una psicóloga en un equipo, en el recae el entretejido de la interna, de los vínculos, de la cosa interpersonal, del disponer, en general, mi experiencia ha sido esa”. E1

Este tipo de rol en el equipo, del lugar que desempeña la psicóloga, es asociado a la matriz de formación, ligada a la posibilidad de facilitar el encuentro dialógico y reflexivo.

“Lo otro que creo que las psicólogas en el PNA hacemos mucho es el soporte de los equipos, eso de hacer equipo ... creo que nosotras por nuestra formación tenemos como una matriz de trabajo con otros, con otras disciplinas, de construcción de diálogo, esa cosa reflexiva, eso de la estructura de demora, el tiempo que nos damos para abordar los temas, esta cultura de registro. Todas esas cosas son instrumentos que hacen al trabajo en equipo y creo que nosotras tenemos esa fortaleza”. E1

Las dificultades encontradas en este sentido, son atribuidas a la falta de un espacio de aprendizaje en la formación académica referido al funcionamiento en equipo.

“... me parece que nos falta aprender a trabajar en equipo a todos no?”. E3

“Y por otro lado me parece también de que esa construcción en el grado tendría que ser en conjunto con otras disciplinas, [sinó no sabes esto de las diferencias, te la pensás pero..”. E4

De las respuestas de las entrevistadas surge que este enfoque interdisciplinario debe ser construido desde un aprendizaje común en la formación de grado. En este sentido se plantea que el conocimiento personal, a partir de un proceso psicoterapéutico, sería de gran valor para el logro de mejores vínculos, en la medida que permite diferenciar lo

propio de lo ajeno. Esta indicación de un proceso psicoterapéutico personal de quien trabaja en un servicio de PNA, puede ser visto como una propuesta muy sesgada por la profesión.

“..[un] *tratamiento individual para conocerte vos para ver que cosas podes aportar, no es exclusivo el camino, tenés que tener un conocimiento de tí para encontrarte con el otro, en definitiva es ahí donde vos podes hacer los aportes*” [E4]

Se observa, que existe un desdibujamiento disciplinar que impide una rápida y definida ubicación de la psicóloga en el equipo del PNA. Esta situación es vivida sin embargo, como un facilitador para su mejor desempeño.

“...porque lo otro es esto de que, como yo le digo la cadena atrófica de la salud, está muy estratificada y siempre hay subordinaciones, cuando llegamos las psicólogas a los equipos de salud como decía A. cuando llegué, donde te pongo?. Porque en mi cadena de mando entre comillas, ni estás arriba, ni estás abajo, en la salud está claro que el médico va a ir a la nurse y la nurse a la auxiliar de enfermería y así sucesivamente, nosotras estamos en otra dimensión y eso nos facilita mucho, me parece, justamente para poder hacer esa otra cosa.”. E1

Algunas de las dificultades que interfiere con un mejor funcionamiento interdisciplinario es el desconocimiento que tiene cada integrante del trabajo de los compañeros.

“[Gran] *parte de los obstáculos en los equipos pasan porque no se conoce lo que hace cada uno... el paciente es uno, la situación, la familia cuando abordamos es una, la institución es una, pero todas las miradas, la lectura y los dispositivos pueden ser muchos*”. E9

El desconocimiento de distintas formas de intervención, especialmente referidas a la

prevención primaria o promoción de salud, hace posible que se establezcan prejuicios y malentendidos que pueden interferir en el trabajo de equipo.

“...en un principio esta cuestión de que yo no estuviera en un consultorio y de que anduviera 4 horas en territorio, cuando venía mis compañeros me decían, -que fácil es tu vida-, o sea el tema de salirse de las puertas era como no trabajar”. [E4]

La forma de funcionar, conocida, esperable, hegemónica persiste en la ideología de algunos miembros del equipo.

“... es como una visión medio parcial con respecto a promoción y salud que ah claro hace eso y no atiende gente, eso es típico, claro, acá estamos los esclavos que vemos los pacientes y los demás pasean y ese tipo de cosas entonces si no hay como una cosa planificada desde el Centro de Salud es muy difícil que la gente sostenga...”. [E6]

¿Podría estar la persistencia de estos prejuicios ligada de alguna manera a la necesidad de una mayor planificación?

Se sostiene la idea de promover una mayor difusión acerca de lo específicamente disciplinar de la psicóloga, ya que la desinformación, la tradición, los prejuicios dificultan la revisión de un rol tradicionalmente atribuido.

“... hay que transmitir cuál es realmente el aporte disciplinar nuestro. Más allá que la construcción de las interdisciplinas es genial, no es lo mismo hacer un juego un profesor de educación física, que un licenciado en psicología. El mismo juego tiene que ser de aportes distintos y con miradas distintas así los objetivos sean los mismos. Eso me parece que es súper difícil transmitir o que se comprenda”. E4

□

Tabla IV- 3. Contrato Institucional

3. Contrato Institucional	3.1. Efectos de las normativas y acuerdos de trabajo	3.1.1. Zonas de conformidad 3.1.2. Zonas de ambigüedad y malestar
----------------------------------	---	--

En esta dimensión se describen y analizan las normas institucionales y los acuerdos que surgen a la hora de desarrollar las tareas y funciones. Se destaca el peso que tiene el contrato institucional en la construcción del perfil laboral de la psicóloga.

3.1 Efectos de las normativas y acuerdos de trabajo

Las consecuencias de la interrelación entre la institución y las psicólogas se analizan tomando en cuenta las valoraciones que de las mismas realizan las profesionales. Para una mejor comprensión, en este apartado se hace una separación entre zonas de conformidad, zonas de ambigüedad y malestar

Las zonas de conformidad corresponden a aquellos acuerdos y normas que son aprobados y valorados positivamente por las psicólogas. Estas valoraciones están relacionadas por un lado, con la capacitación recibida desde ASSE, enfatizando en la relevancia que la Institución le da a la misma, ya que se incluye dentro del horario laboral. Por otro lado, otra situación que produce conformidad, es la inserción laboral en el subsector público, ya que es considerado como un espacio que impulsa la atención integral de la salud, favoreciendo de esta forma el cambio de modelo. También es reconocido como un subsector exigente con la productividad de sus servicios.

Las zonas de ambigüedad y malestar están representadas por propuestas de la institución con las que las psicólogas hacen acuerdo en algún plano, por ejemplo teóricamente, pero que en la puesta en práctica, parece no sólo que no se cumplen sino

que se presentan como contrarias, provocando confusión y desacuerdos. Como ejemplo se pone de manifiesto el reconocimiento que se hace institucionalmente del trabajo colectivo, preventivo y promocional, oponiéndose a la evaluación que se realiza de las actuaciones profesionales, enfocadas en el cumplimiento de una tarea mayoritariamente asistencialista e individual. Estas evaluaciones, sin embargo, no parecen ser las mismas para todas las disciplinas, teniendo algunas mayor flexibilidad en la elección de sus acciones.

Las zonas de malestar se relacionan con aquellas situaciones que provocan en las psicólogas entrevistadas sentimientos de frustración, cansancio, desilusión. Estos pueden provenir del intenso involucramiento que sienten comprometer en la tarea, como también de la falta de delimitación de acciones en los distintos niveles de atención, provocando sobrecargas en sus funciones y perjudicando la calidad de las intervenciones sanitarias.

3.1.1 Zonas de conformidad

Existen zonas de conformidad en relación a ciertos procesos que transcurren dentro del sistema de salud como por ejemplo los referidos a la capacitación. Así dentro de los acuerdos con ASSE, que las entrevistadas valoran, se encuentran en primer lugar los espacios de capacitación que se brinda a los técnicos y de los cuales destacan que esa capacitación se da dentro del horario de trabajo.

“...tanto ASSE como la RAP Metropolitana son organizaciones que apuestan mucho a la formación de sus recursos, entonces nosotros permanentemente estamos recibiendo invitaciones a participar de formación, de actualización dentro de nuestro horario de trabajo, lo cual es contemplado desde ese lugar, desde esa importancia a formarnos y obviamente toda la formación viene muy pautada desde el SNIS”. E1

Esa formación se organiza en función de temas relevantes o jerarquizados por el sistema.

“Y ahora como soy funcionaria de ASSE hay mucha capacitación en temas específicos que está bueno. Hace poco tuve sobre discapacidad por ejemplo, salud sexual y reproductiva, son ámbitos interesantes de intercambios”. E6

En segundo lugar se ve como una medida acertada, la delegación de responsabilidades específicas en algunos técnicos, como es el participar en redes interinstitucionales y comunitarias que tienen como cometido la coordinación de acciones de prevención y promoción de salud. Si bien esta obligatoriedad es criticada por estar vinculada al cobro de dinero que reciben los servicios por cumplir con las metas prestacionales, igualmente se valora por ser potencialmente un impulso para el logro de un mayor nivel de involucramiento de los técnicos en acciones con un enfoque dirigido a la salud.

“... irán para cumplir la meta prestacional porque les pagan, pero van; muchas veces no saben ni a qué van a participar en una red, pero es como que ahora está bien visto ... entonces, quieras o no, hay más habilitación”. E5

Se reconoce al subsector público como un lugar donde los profesionales logran un ámbito propicio para trabajar en dirección al modelo propuesto por la reforma.

“El Sistema de Salud intenta posicionarse desde otro paradigma, a mi me parece que nosotros avanzamos en pila de cosas, por lo menos ahora tenemos carta abierta a que por lo menos, en nuestras horas podemos hacer estas actividades de promoción de salud, que nuestro cargo lo habilita, eso está buenísimo, pero bueno, aún falta, falta todavía.” E3

En este sentido también se manifiesta un grado de conformidad relativa a la construcción de integralidad que el subsector propone, valorando la exigencia que tiene

en cuanto a la productividad, considerándola asimismo mayor que en el subsector privado.

“...yo creo que desde el punto de la integralidad el sistema público tiene muchos más avances justamente por la no incidencia esa de interés privado, si ASSE presiona con la productividad pero me parece que da muchísimo más margen a los profesionales para hacer equipo, para hacer promoción, un poco por ahí”. E6

Algunas expresiones hacen referencia al abanico de posibilidades que ofrece el PNA, posibilidades de movimiento y creación.

“... si a mí me preguntas hoy yo toda la vida prefiero trabajar acá que en salud mental, toda la vida y me parece que acá hay un montón de dificultades y todo pero hay más posibilidades de crear, más posibilidades y allá lo veo más estático”. E5

Este movimiento que parece estar relacionado con las transformaciones requeridas por la reforma sanitaria, con el objetivo claro de un cambio de modelo, tendría su mejor escenario para que esto suceda, en los servicios del PNA.

Por último, parece haber un significativo sentimiento de pertenencia con el subsector público, con un convencimiento de que las propuestas que se realizan en el ámbito de la salud forman parte de un modelo de país al que se quiere llegar.

“... por lo menos cuando pienso en las propuestas que hacemos, tengo presente que tiene que ver con el modelo que queremos para el país, sobretodo porque ta, tengo la camiseta de ASSE puesta no? No precisa que te lo diga no? (risas) Confío que nosotros, el prestador público de salud, tiene que ser el ejemplo”. E3

3.1.2 Zona de ambigüedades y malestar

Se percibe una visible contradicción entre lo teóricamente correcto y esperado para un cambio de modelo de atención y lo expresamente valorado por la institución, como por

ejemplo, a la hora de solicitar un informe de las actividades realizadas por el profesional. Esto se hace visible particularmente en lo referido a los niveles de producción laboral, así es que las psicólogas consideran que se desvaloriza el trabajo con colectivos, ya que entienden que las modalidades de registro institucionalizadas, evidencian las ambigüedades en la relación laboral con las psicólogas.

“A nosotros todavía no nos exigen, pero es una cosa bien delicada esa frontera porque nosotros pasamos unas planillas con pacientes individuales es como si ves poca gente es como bueno, porque ves tan poco. Entonces hay una tensión, porque tiene que ser como una defensa el trabajo grupal, de por qué vas a trabajar en grupo”. E3

Se pueden visualizar tensiones entre las zonas de conformidad y confort y aquellas que mantienen los desacuerdos o resistencias, desentendimientos y vacíos y que desembocan en malestares y quejas.

Si bien las exigencias no aparecen explicitadas, predominan aspectos ambiguos en los discursos institucionales, aspectos que son percibidos como problemáticos.

“Hay como un doble discurso porque está la productividad, a mí nunca me hicieron problema, pero en verdad la productividad se mide un poco en cuántos pacientes tú atendés”. E5

Las normas y exigencias rigen de manera diferente, por ejemplo para un psicólogo o para un médico.

“La falta de flexibilidad para nosotros es un problema pero para los médicos es un problemón, porque ellos tienen que tener determinado número de consultas y se las cuentan”. E1

Las caracterizaciones del trabajo institucional generan malestares dado que parece recaer sobre algunos mandatos diferenciales que perjudican un funcionamiento más

equitativo y cooperativo.

“... quienes sí tenemos habilitadas horas y libertad como para planificar y armar, andar y coordinar actividades de promoción de salud, es la médica de familia y la psicóloga de Área que tienen explícitamente, tienen un mandato de hacer eso, entonces las demás personas del Centro de Salud va un poco en la voluntad, las ganas que tengan, pero también se desgastan”. E6

Significan formas de organización como desfavorables para algunos mientras que otros se ven beneficiados.

“...acá estamos los esclavos que vemos los pacientes y los demás pasean ” E6

Así también se señala que en algunas ocasiones, desde lo institucional, se siguen identificando los saberes de manera monodisciplinar. Y si bien se realizan encuentros de formación continua para todos, los que tienen que ver con enfermedades biológicas son los más ofrecidos.

“Entonces se sigue pensando cada disciplina por separada y eso también es un obstáculo. En ese curso preguntaron quienes son los médicos aquí, y el resto éramos no médicos, no importa si sos enfermero, trabajador social, psicólogo”. E3

Se hace alusión también a la falta de flexibilidad por parte de ASSE, frente a los reiterados pedidos de las psicólogas de modificar en alguna medida sus horarios para coincidir de mejor forma con los tiempos de la comunidad.

“A veces la institución misma es un obstáculo, la institución ASSE, por los horarios que te decía, porque hay una cierta disponibilidad de flexibilidad horaria que nosotros tenemos que tener para el trabajo en y con la comunidad que no es posible”. E1

Estas situaciones se viven como impedimentos para poder llevar adelante de manera eficiente las funciones que se espera se realicen en el PNA.

Atribuyen una falta de directiva común para todos los servicios de este nivel, lo que genera prácticas individuales, poco planificadas, y sin coordinación.

“depende mucho más de las personas el tipo de acciones que se haga; es como mucho más anárquico el funcionamiento”. E3

Emerge una necesidad de mayor claridad respecto a las exigencias y definiciones del perfil de las psicólogas que permita dar luz a las competencias y funciones de esta figura de psicóloga de Área y combata la zona de ambigüedad que favorece el aislamiento y la burocratización.

“... el obstáculo es cuando la Dirección de Salud Mental y la Dirección de la RAP no están en sintonía, que debe de ser nuestro perfil y nuestra tarea, ahí estamos en problemas... creo que esto de poder tener un perfil y una forma de trabajo nos ampara y nos habilita a determinadas cosas”. E8

Los malestares y quejas están asociados a cómo perciben a la institución; quejas centradas en la falta de coordinación necesaria, falta de centralización de la información, falta de sistematización y ordenamiento de las experiencias, falta de evaluación de actividades. Todo lo cual supone nuevos procesos de burocratización y gasto innecesario de recursos. Además, incide negativamente en los procesos de planificación requeridos.

El reclamo por la falta de un sistema de evaluación de las actividades que se realizan, es recurrente. Evaluar haría posible una planificación más adecuada a las necesidades reales. Frente a estas quejas y malestares o zonas de conflictos, se apela a propuestas que las psicólogas elaboran para mitigar los efectos negativos del trabajo.

“... tenemos un proyecto, tenemos que evaluar qué indicadores vamos a presentar a fin de año, cómo hacemos, no hay cultura de la evaluación”. E6

“... nosotros precisamos sistematizaciones y no las hacemos y viste que siempre faltó esa parte, faltaron las evaluaciones y si no, quedamos trancados”. E11

Algunos de estos sentimientos son provocados por un peligro inminente que dicen sentir las entrevistadas frente a la tarea, si no se tiene el cuidado de dosificar el esfuerzo invertido en ella. En este sentido, se utiliza la expresión “te puede quemar”, que fácilmente se asocia con el síndrome de burnout o síndrome del quemado.

“... hay como un excesivo dar de una misma en estas cosas y si no te cuidas un poco, te puede quemar, yo soy bastante autónoma y logro como ese equilibrio”. E1

Esta sensación de desmedido involucramiento en el trabajo, parece acarrear sentimientos de frustración y cansancio que se vinculan directamente con la situación de vulnerabilidad y gran vulnerabilidad de la población con la que se trabaja. La intervención con niños parece exaltar estos estados de ánimo, por lo que se recurre al intento del compromiso familiar, con el convencimiento de que sin este respaldo no existirá ningún resultado satisfactorio.

“Siempre en referencia a una familia, nunca en forma aislada porque son resultados que no voy a obtener, me voy a frustrar mucho más rápido, me voy a cansar y voy a tener ganas de mandar al diablo todo”. E2

Estas situaciones parecen incidir en la idea de una delimitación minuciosa de las acciones que las psicólogas pueden o deben realizar en un PNA, evitando así nuevos “golpes” o nuevos sentimientos de desilusión o fracaso. Asimismo la psicoterapia personal se distingue como un espacio fundamental para el cuidado de los técnicos y por ende, de las personas a quienes van dirigidas las acciones sanitarias.

“... cada vez más a fuerza de golpearme bajamos las expectativas, y no porque baje los brazos, todo lo contrario, me he puesto, por eso insisto, más rigurosa y más exquisita

en algunas cosas... decir esto puedo, esto sí, esto no me corresponde, esto lo que puedo hacer es mostrarlo, señalarlo y por eso tal vez hoy también insistí con el tema de la terapia y que se yo, porque lo que suscita en general, en todos los que trabajamos, es angustia y cuando alguien no tiene eso como que no le hincó el diente, no tiene restos, pasan cosas después y pasan cosas que a veces, viste vos la remás y laburás como vas sembrando el campo, el día a día y vos sabés que basta una macana que se produzca o un mal entendido o no sé qué, se desmorona y cuesta levantar de nuevo, entonces yo soy muy cuidadosa y muy re celosa de mis equipos, del trabajo”. E9

En esta misma línea, notan un desconocimiento por parte de las autoridades, relativo a las actividades que se realizan en los servicios de salud, reclamando entonces la instalación de un sistema de comunicación que mejore el flujo de información, entre la Dirección y los servicios.

“... no sé si se sistematiza la información, uno presenta los partes con eso pero yo no sé si la RAP tiene claro en qué temas se está haciendo prevención, si tiene un sistema de información que le diga bueno en qué trabajan los equipos, cuáles son las demandas de la comunidad, parece que todo lo que es gestión de información me parece que falla ahí, incluido los psicólogos de área o sea, no sé si alguien sabe más allá de que yo haga informes que es lo que hago y si está pensando en cómo mejorar lo que hacemos a futuro”. E6

Son variadas las explicaciones que se dan respecto a las causas o motivos que producen situaciones de malestar, algunas se refieren a aspectos económicos, otros a intereses divergentes, políticos y coyunturales, disputas de poderes.

“... yo creo que habría que pensar si los obstáculos en realidad no terminan tirando por el piso, y otras cosas que tienen que ver con los intereses económicos en la salud,

uno se quiere olvidar de eso y en realidad eso está pesando muchísimo, o pesa por ejemplo, en que los médicos tengan 12 minutos para atender al paciente, eso es porque las instituciones privadas no han permitido que se amplíe ese horario e implica más recursos”. E6

Estos malestares además son asociados a vivencias de estancamiento.

“... lo que siento es, nos estancamos; ahora, por qué nos estancamos? ... porque creo que también hay otras cosas, hay otros intereses, hay otros movimientos internos también que están a nivel de ASSE que hacen que no se alineen las cosas... todas las cuestiones políticas que bueno se quedo ahí, por ejemplo psicólogos de Área habemos estos y no hay más”. E8

DISCUSIÓN

Este estudio se enfocó en conocer las significaciones que las psicólogas, que trabajan en el Primer Nivel de Atención, tienen acerca de su quehacer, entendiendo que atraviesan la construcción del perfil disciplinar en el campo de la salud. Sentidos y significados que hablan de las subjetividades implicadas, las miradas sobre las problemáticas y sus formas de resolución y abordaje, que se ponen en juego en la transformación de los procesos de salud vinculados al campo de lo psicológico.

Fueron tres las categorías que, a partir del análisis del material de entrevistas se identificaron para la comprensión de los procesos de construcción del quehacer de las psicólogas: el soporte teórico conceptual, las modalidades de las acciones y el contrato institucional.

Referentes y apoyos ideológico conceptual como soporte del quehacer psicológico

El soporte teórico conceptual, como categoría teórica, emergió como base sustancial

para la interpretación de qué acciones, qué problemas, qué abordajes, son privilegiados, recordados o considerados por las psicólogas, a la vez que da luz a las contradicciones, expectativas y conflictos de la complejidad asociada a con quienes se trabaja. De aquí surgen las concepciones y modelos más tradicionales y arraigados, como el modelo médico hegemónico, que impacta definitivamente en las prácticas psicológicas, así como los procesos de transición y transformación hacia perspectivas y enfoques más actuales y necesarios (33- 49). Estos enfoques se refieren a lo que Saforcada (53) hace alusión como el nacimiento en el ámbito de la salud, hace aproximadamente diez años, del paradigma de salud comunitaria cuyo eje teórico-técnico está integrado por la gestión de salud positiva. Implica un conjunto de concepciones teóricas y prácticas que no nacen del ámbito académico sino del relacionamiento con las comunidades. Esto surge cuando, al trabajar con las distintas poblaciones, los profesionales adoptan una actitud de amplia apertura hacia la construcción de conocimientos y destrezas (54). Para trabajar en un PNA el psicólogo profesional deberá tener un perfil que de cuenta de conocimientos teóricos y técnicos de psicología (clínica, comunitaria, social), salud comunitaria, políticas públicas sociales y de salud, epidemiología.

Las conceptualizaciones y los modelos de los que parten las psicólogas para ejercer sus actividades disciplinares en el PNA, surgen de la formación recibida, la capacitación y la experiencia laboral, siendo producto de políticas públicas que durante mucho tiempo impusieron una manera hegemónica de cuidar la salud, tanto en Uruguay como en otros países del mundo (17-28-55). En las definiciones y contradicciones de estos modelos juegan un papel revelador los procesos formativos, correspondientes a la academia, tanto en el sentido de ofrecer y abrir nuevos panoramas a la producción del conocimiento, así como para reforzar o mantener las perspectivas más arraigadas,

individuales y restringidas. Las formaciones en el posgrado se visualizan como una potencial herramienta de transformación, a pesar que no sean las ofertas identificadas por estas profesionales, en su mayoría específicas al campo de conocimiento del primer nivel. Trabajar desde la estrategia de APS requiere de recursos humanos capacitados, que interactúen con la comunidad, que privilegien el trabajo grupal y tengan herramientas para ello, y que sean capaces también de promover cambios para mejorar la salud de la gente. Las psicólogas se consideran en este marco una pieza fundamental en la consolidación de los equipos y su interacción con la población.

La posibilidad de enfocar la energía hacia determinado tipo de acciones que son esperables que se realicen en el PNA, permite la canalización de aquellas que no lo son con el personal correspondiente, trabajando en forma coordinada. Así es que en varios países como Cuba, México, Colombia, Brasil se implementa una formación continua de grado y posgrado basada en la preparación del psicólogo para trabajar en el marco de Sistemas de Salud que se estructuran en los principios de la APS (6, 7^[15]).

Esta convivencia de modelos hace que las psicólogas se perciban en un campo de tensiones entre la necesidad de una transformación orientada por las reformas propuestas por el SNIS, a la vez que los marcos referenciales con los que fueron construyendo su rol, no necesariamente se afilian a esa transformación. Así es que aluden a un necesario “cambio de cabeza”, entendido como un proceso que es vivido con grandes dificultades. En consonancia con estos resultados, Dimenstein (56) afirma que existe un proceso de despolitización del psicólogo, que ocurre en las aulas, predominando una visión individualista de los fenómenos sociales, esto no favorece ni el compromiso, ni la sensibilidad que se necesita para que el cambio ocurra.

Partiendo de la premisa que todo cambio conlleva temores y conflictos, este nuevo modelo aparece como idealizado y persecutorio en la medida que desdibuja otro que se encuentra arraigado, naturalizado (56). En los procesos de cambio el sujeto se enfrenta todo el tiempo a sí mismo y al nuevo territorio. Es algo parecido a “perder el suelo” e iniciar una búsqueda de otro suelo y de sí mismo bajo nuevas referencias de vida y producción.(57)

La transformación aparece vivida como un esfuerzo en solitario, por ende, con escasas probabilidades de lograr el objetivo que se plantea (56). La posibilidad de trascender a otro modelo, es vinculada tanto a la información que se tenga del servicio donde se trabaja y de las funciones que allí se desarrolla, como a los conocimientos recibidos a través de la formación académica. La idealización de la formación recibida emerge como un mojón de aseguramiento y certeza, frente a la movilización generalizada que se percibe en el proceso de construcción de su quehacer. Sin embargo, esa idealización no impide la reflexión crítica y la identificación de nudos débiles de la formación recibida a la hora de ponerse a prueba ante los desafíos del trabajo en primer nivel. Ausencias de importantes contenidos curriculares, así como una formación profesionalista, en el sentido del ejercicio libre de la profesión, individualista y restringida, conviven con espacios reflexivos y problematizadores del MMH. En este sentido, Dimenstein plantea que en los formatos curriculares hay una acumulación de conocimientos que se consideran absolutos, siendo utilizados como instrumento de poder y control social; [] entonces es necesario cuestionar las formas instituidas, deconstruyendo supuestos básicos que cualquier transformación en el campo de la salud exige[](56).

Por otra parte, es evidente el énfasis puesto en la formación clínica, considerada una destacada herramienta para el PNA, y claramente la herramienta con mayor potencia

que identifican las psicólogas. Sin embargo, en este punto es necesario considerar a qué modelo clínico se hace referencia, dado que las experiencias en otros países demuestran el desarrollo de clínicas propias de un paradigma salubrista diferente a las devenidas de los paradigmas hegemónicos en Uruguay, como por ejemplo el psicoanalítico y sus desarrollos. (6-28-56)

Esta problemática es compartida por varios estudios realizados en distintas zonas geográficas, particularmente en Latinoamérica (9-38-58, 59) en los cuales queda claro la perdurabilidad de modelos clínicos imperantes como un nudo problemático para los abordajes en primer nivel, diferente a la consideración del método clínico, el cual parece confundirse frecuentemente con los modelos. El modelo es una construcción duradera, que permanece en la subjetividad colectiva y tiñe incluso a las propuestas más renovadoras, es el caso de la APS selectiva, enfocada a las poblaciones vulnerables desde un posicionamiento altamente asistencialista y benefactor (60).

De todas formas hay algo del orden de lo ausente en lo formativo que se siente, de aquello que falta y que no puede ser claramente definido, ni rápidamente compensado.

Acciones y herramientas

La reforma que se propone desde el SNIS tiene como uno de sus objetivos el cambio de modelo de atención, que las psicólogas preconizan aludiendo al pasaje de un modelo clínico hacia uno comunitario (11). Sin embargo esta transición no es ni sencilla, ni inocua. Por el contrario, atraviesa e impacta en la planificación de la tarea, en el hacer mismo, en el trabajo de equipo y en el relacionamiento con ASSE.

Si bien la atención clínica, en tanto consulta individual orientada a la asistencia de enfermedad, se presenta como un dispositivo que se vive como impuesto por actores

externos (institución, profesionales de distintas disciplinas, usuarios), se afianza en un bagaje de conceptos y prácticas adquiridas que conforman la subjetividad de los propios profesionales que actúan en el campo de la salud. Subjetividad que es individual pero también cultural y social. Un verdadero cambio entonces, debe estar dado por la producción de una nueva subjetividad, una nueva forma de producir cuidados en el proceso de salud enfermedad de los individuos y las comunidades (61).

Las psicólogas sienten que se enfrenta a múltiples situaciones de menor o mayor complejidad, a las que tienen que responder con distintas herramientas. Algunas de ellas resultan conocidas, aceptadas y compartidas por el colectivo que conforma el PNA (usuarios, profesionales, funcionarios administrativos) como la atención asistencial individual, entrevistas en profundidad, psicodiagnósticos, estudio de las características y dinámica familiar dirigidas a identificar factores de riesgo (62). Otras sin embargo, aparecen como ajenas a las prácticas sanitarias, desvalorizadas, insuficientes. Estas están vinculadas a intervenciones grupales y en comunidad a partir de la coordinación de talleres o espacios de educación para la salud (11).

Haraway citado por Parra (11) plantea la articulación como conexión parcial, pensada como interfaces entre dos prácticas en permanente constitución que, si bien no son iguales, no dejan de tener puntos de entrecruzamiento y encuentro. El elemento a tener en cuenta es colocar el centro de gravedad del control y del poder en la comunidad y no en el agente interventor (62). Fernández et al en Canetti et al (62) plantea que actuar con un enfoque integrativo supone la consideración de puntos de vista simultáneos y múltiples niveles de intervención. Asumir la revisión permanente de los enfoques empleados, sin olvidar la rigurosidad de los procedimientos es fundamental para asegurar la eficacia.

La creación de nuevos dispositivos que se adapten a las necesidades de la población, que sean pertinentes, que sirvan, resulta ser un desafío y una oportunidad altamente valorada (57), a la vez que interpela a aquellos dispositivos que no hacen más que reproducir, con algunas variaciones, el clásico modo asistencial o de atención clínica.

Sin embargo, este enfoque dirigido a la cura, prevalece sobre el promocional, coincidiendo con los hallazgos de las investigaciones latinoamericanas citadas anteriormente (32- 63, 64).

Los dispositivos pertenecientes a una producción hegemónica del cuidado de la salud y los enfocados a un modelo integral o comunitario son percibidos en ocasiones como contrarios y en otras como complementarios (11).

Con respecto a las acciones que se dirigen a la protección de la salud, los usuarios y vecinos del servicio parecen jugar un papel importante en la permanencia de las mismas y en la motivación de las psicólogas para ponerlas en práctica. La valoración de estos espacios de prevención primaria y promoción de salud, es transmitida desde los profesionales a la población, quien luego las reclama y las reproduce (65).

Una investigación realizada en Argentina da cuenta entre otras cosas de cómo se da una retroalimentación de motivaciones entre profesionales y gente de la comunidad, exponiendo específicamente el caso de una fiesta callejera que organizan los vecinos a la cual los profesionales que comparten una red de trabajo con ellos, se ven motivados a participar. Entendiendo luego que estos espacios compartidos promueven una mejor comunicación e integración, facilitando la tarea grupal (66).

Frente a la coexistencia de estos dos tipos de acciones que las psicólogas diferencian en el discurso, surge la pregunta de si deben ser contrarias o pueden en alguna medida complementarse. Se visualiza una situación que no queda dilucidada en las percepciones

de las psicólogas, que parecen fluctuar entre una y otra postura (11). Ambos tipos de acciones se plantean, también como complementarias, coexisten y se llevan adelante a través de los distintos dispositivos y estrategias (60).

En las modalidades de acción que desarrollan los equipos del PNA, el trabajo interdisciplinario ocupa un espacio de especial protagonismo, igualmente atravesado por obstáculos que dificultan la posibilidad de un adecuado funcionamiento. Vuelve a aparecer entonces la hegemonía de los campos disciplinares (67). En el método interdisciplinario no pueden existir problemas de jerarquía entre los integrantes; se debe pensar en grados de saber y respeto por la pluralidad (68). Sin embargo, resulta habitual que algunas disciplinas sustenten un lugar de mayor poder en el equipo, estableciéndose de esta forma una cadena de mandos aceptada, quizás en alguna medida, mediante el proceso psicosocial de naturalización (63). Si bien las psicólogas identifican este proceso de naturalización, también perciben que no tienen un lugar definido dentro de esta circulación de poder, situación que entienden beneficiosa en tanto favorece un funcionamiento más libre respecto a las exigencias institucionales, pero a la vez, neutraliza el efecto de sus acciones, perdiendo en muchos casos visibilidad.

Las psicólogas ocupan un lugar protagónico en el equipo: promueven su organización y lo sostienen, utilizando instrumentos como la construcción de diálogo, el registro, la estructura de demora, etc. (27). La intervención en el equipo del cual forman parte, les exige promover un espacio de reflexión grupal sobre diferentes aspectos de la cotidianeidad de los equipos. Reconocen estar capacitadas para cumplir con ese rol, si bien lo perciben como una imposición que además no es explicitada por el equipo ni por la Organización, situación que promueve malestares.

Las psicólogas se colocan y son colocadas en el lugar de las profesionales capacitadas

también para consolidar y sostener el equipo. Esta competencia es relacionada directamente con las herramientas adquiridas en su formación, sin embargo señalan una ausencia en los planes de estudio, de un espacio de capacitación para trabajar en equipo interdisciplinario.

Según Quinteros et al (70) la interdisciplinariedad preocupa a la educación actual, situación que se refleja en los currículums de las disciplinas, por lo que existe un consenso en distinguirla como una forma de pensar y proceder para el enfrentamiento y la resolución de cualquier problema de la realidad. Cuando la interdisciplinariedad se orienta en las prácticas curriculares, propicia la comprensión de los educandos sobre los puntos de contacto entre las disciplinas, en las que cada una aporta sus problemas, conceptos y métodos de investigación (70).

Es llamativo que a pesar de que las psicólogas reconozcan sus competencias para el trabajo con el equipo, reclamen la falta de formación de trabajo en equipo. Aquí se hace una diferencia que está dada por el lugar que se ocupa en el mismo, el de coordinadora grupal por un lado y el de una integrante más por otro. Y es justamente para este último lugar para el que sienten no tener herramientas suficientes, ni consideran que las tengan tampoco los otros profesionales del equipo. En todo momento se habla de una formación que prepara a los técnicos para trabajar en equipo y que es planteada por las entrevistadas como fundamental en los planes de estudio de grado, incluyendo también los espacios de práctica con otras disciplinas (70).

El reclamo se dirige a la falta de obligatoriedad de estos espacios, porque si bien reconocen haberlos tenido en su formación de grado, estos eran de elección voluntaria.

El que se realice o no un trabajo en equipo, queda librado a la voluntad de los profesionales que integra el PNA, pudiéndose observar equipos que se reúnen

semanalmente, planifican y realizan acciones conjuntas y otros cuyos potenciales integrantes apenas se conocen. Estas formas de funcionar, están vinculadas directamente a los modelos de atención en salud desde donde actúan los profesionales. Reconociendo que aquellos que trabajan desde una concepción de APS necesariamente tienen que promover el modo interdisciplinario.

Lo relacional en el contexto laboral

El vínculo que se establece con la Institución está atravesado por encuentros y desencuentros, afinidades y oposiciones.

Al igual que con los marcos conceptuales y con las acciones, también se instala en esta relación una suerte de dualidad. Dualidad que parece acompañar los procesos que van permeando el ser y el hacer en el PNA, dotándolo de significados.

El PNA es la puerta de entrada al sistema y a la vez el representante más adecuado de la transición. Por este motivo el SNIS pone gran énfasis en su existencia.

Este servicio representa simbólicamente lo nuevo, y potencialmente lo que debe cambiar. A partir de esta afirmación se instala el desafío de promover otros enfoques, otras herramientas, otro modo de hacer. Y es en este punto donde las psicólogas reclaman congruencia y claridad a la Institución Salud. Hay también implícito un pedido de cuidado de este relativamente nuevo lugar, que las psicólogas ocupan en la actual propuesta de salud pública.

En una localidad de Colombia llamada Huila, los psicólogos de salud pública reclaman un ejercicio de corresponsabilidad entre el gremio de formadores y empleadores, para fortalecer al psicólogo como recurso humano efectivo de salud. Señalan que aún no se puede percibir al psicólogo como profesional capaz de incidir en

salud pública e innovar en esta área. (29)]

De la misma forma las psicólogas de Área perciben que hay retrocesos cuando no se las escucha, cuando se las ubica en el lugar de no médicas, y no se las invita a participar de planificaciones y decisiones.

CONCLUSIONES

Si bien se presentan en el discurso de las psicólogas, dos modelos marcadamente opuestos, que se perciben como antagónicos, no resulta tan clara esta distinción al momento de describir sus modalidades de intervención y en qué se sustentan. Se describe con gran frecuencia un modelo médico hegemónico, causante de las mayores dificultades para el desarrollo de la tarea. Se interpreta que suele predominar una perspectiva sostenidas más en un modelo centrado en la atención a la enfermedad con modificaciones, transiciones o adaptaciones a un modelo más centrado en la salud. Esta convivencia de modelos, muchas de las veces invisible, impacta no solo en el alcance que logran las acciones, sino que produce en algunos de los casos tensiones y conflictos. Por lo que siguen siendo muy necesarios los espacios para reflexionar y analizar los efectos, así como fomentar una formación de posgrado específica que contribuya a una mayor comprensión de esta problemática.

En consonancia, los marcos conceptuales que dan sustento a las acciones de las psicólogas, se sostienen principalmente en la formación académica disciplinar, sin embargo, no son suficientes para el desempeño en PNA, por lo que parece evidente que debe proporcionarse una formación más ajustada a los requerimientos para el trabajo en APS, aportando a un perfil más específico. La mayoría de las psicólogas manifiestan acuerdos y hasta un sentimiento de idealización con la formación universitaria recibida. Sin embargo hay algo del orden de lo ausente en lo formativo que se siente, de aquello que falta y que no puede ser claramente definido, ni rápidamente compensado.

Las herramientas que utilizan las psicólogas son de una amplia variedad, lo que infiere la existencia de un fuerte componente metodológico y de producción del mismo.

También emergen los aspectos creativos en la construcción y uso de éstos frente a las diversas situación que se les plantea. Una dificultad parece radicar en las posibilidades de planificación y anticipación, a veces por falta de herramientas, a veces por desacuerdos disciplinares, que depositan en las psicólogas gran peso de la tarea y la responsabilidad de llevarla adelante. El reclamo por un funcionamiento más claro en relación a los roles y atribuciones demanda un análisis en la organización de los equipos.

Las acciones que se dirigen a la atención de la enfermedad son notoriamente más presentes y se viven como impuestas. Sin embargo, son cuidadas y fundamentadas en su existencia. Dentro de las acciones que realizan, se encuentran también el modo interdisciplinario. Este es asociado a un posicionamiento que refiere a una concepción de salud integral y se visualiza como fundamental para el trabajo en el PNA. Se percibe que su funcionamiento depende de la voluntad y la importancia que cada profesional le otorgue al trabajo en equipo. Esta situación es considerada como obstáculo para la transición hacia el nuevo modelo de atención. El fomento de espacios de formación interdisciplinaria son fundamentales para conocer y entender los diversos marcos teóricos y metodológicos, así como el lenguaje y las destrezas de las distintas disciplinas. Se promueve de esta forma la comprensión y valoración del aporte de las múltiples miradas y saberes. Las competencias necesarias que cada disciplina tenga para trabajar en equipo, están estrechamente relacionadas con la formación académica, la capacitación recibida y el apoyo institucional (43).

En el vínculo con la institución emergen sentimientos de bienestar, de ambigüedad y malestar. Los primeros se relacionan a encuentros ideológicos, acuerdos respetados y compartidos. Los siguientes se vinculan a aspectos no definidos, contradictorios y

conflictivos, por ejemplo, los referidos a las distribución de las horas de trabajo. Los mensajes contradictorios especialmente destacados y la ausencia de propuestas organizativas y de gestión, provocan sentimientos de enojo y frustración. Surgen sentimientos que van desde la idealización, pasando por el desconcierto, el enojo y la frustración. La instrumentación de espacios de trabajo con las autoridades de la Institución ASSE y representantes de los PNA facilitarían el intercambio de información y la familiarización de ambas partes, disminuyendo los malos entendidos. La planificación conjunta y una toma de decisiones participativa abrirían canales de comunicación, redundando todo esto en una mejor calidad de la atención en el PNA.

Por último este estudio colabora con la formación de practicantes y residentes de Psicología aportando datos novedosos y actualizados acerca del trabajo de las psicólogas en el PNA. Será un insumo a partir del cual cada uno y todos los integrantes del Programa podrán repensar sus propios lugares de inserción, pudiendo partir del hallazgo de similitudes y diferencias con los datos que brinda la investigación. Pretende ser además un recurso a partir del cual se discuta acerca de la inclusión de contenidos académicos en los planes de estudio que colaboren con la construcción de un perfil adecuado para el Primer Nivel.

Con esta y otras investigaciones que colaboren en profundizar sobre el Sistema de Salud de nuestro país, la universidad tendrá la posibilidad de lograr un mayor acercamiento al sector Salud pudiendo contribuir a la elaboración de políticas sanitarias, a partir de las voces de quienes las llevan adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Piñeiro MJ, Trillo JM. Integración de psicólogos a los equipos de Área. En: Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo. OPS: 2011 p.133-153
 - 2- López- Silva, Pablo. Realidades, Construcciones y Dilemas: Una revisión filosófica al construccionismo social. [Internet] Cinta de moebio, (46), 9-25. 2013 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000100002>
 - 3- Castro R. A, Saavedra Guajardo E. La investigación cualitativa, una discusión presente. Liberabit.[Intenet] Revista de Psicología 20071363-69. [citado 1 marzo 2017] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601308>
 - 4- Gonzalez Rey F. Investigación cualitativa y Subjetividad [Internet]. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala; 2006. Disponible en: <https://es.slideshare.net/mic401/investigacion-cualitativa-y-subjetividad-fernando-gonzalez-rey>
 - 5- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de Investigación Cualitativa. Cuarta edición México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
 - 6- Louro Bernal I, Casal Sosa A, Martín Alfonso L, Hernández Gómez L, Aguilar García I. Formación de recursos humanos en Psicología de la Salud a partir de 1959 en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 23 Febrero 2017] ; 35(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100006&lng=es.
 - 7- Durán L I, Hernández M, Becerra J, La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Salud Pública de México 199537462-471. [citado 1 marzo 2017] Disponible en :<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1063751>.
 - 8- Pérez Perea L, Soler Cárdenas S, Díaz Hernández L. Ambiente laboral en los policlínicos universitarios. Educ. Med. Super [Internet]. 2009 [citado 1 marzo 2017]; 23(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000200004&lng=es.
 - 9- Scharager Goldenberg J, Molina Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(3):149–59.
-

10- Dimenstein M, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial.[Internet] *Psicologia Ciência e Profissão* 2012; 32(232)-245. [citado 26 mayo 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024795016>

11- Parra M. A.. Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2016 Apr [citado 1 marzo 2017] ; 34(1): 30-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04>.

12- Cardaci G V. Lo grupal no son los grupos ni los dispositivos.[Internet] *Notas sobre la publicación lo grupal en la Argentina (1983-1993). Anuario de Investigaciones* 2013XX189-197.[citado 1 marzo 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949005>.

13- Lopes Santos K, Ceruti Quintanilha B, Dalbello-Araujo, M. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: teoria e prática*,12(1), 181-196.[Internet] Sao Paulo (Brasil); 2010 [citado 1 de maro de 2017] Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&tlng=pt.

14- Berroeta, H. El quehacer de la Psicología Comunitaria: Coordinadas para una cartografía. *Psicoperspectivas*,13(2), 19-31.[Internet] Valparaíso (Chile); 2014 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-352>

15- Parra Herrera Y, Colunga Santos S. Reflexiones sobre la formación científica del psicólogo en *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* [Internet] 2014 [citado 1 marzo 2017] Disponible en: <http://caribeña.eumed.net/formacion-psicologo/>

16- Moncada S. Psicología y Atención Primaria de Salud: una propuesta de competencias. *Revista chilena de Salud Pública* Vol19(3): 293-304; 2015

17- Pelicioni M C F, Werner Sebastiani R, Chiattonne H B, La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud.[Internet] *International Journal of Clinical and Health Psychology* 20022153-172.[citado 24 febrero 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720108>

18- Infante A, Mata I de la, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2000 Aug [citado 1 marzo 2017] ; 8 (1-2): 13-20. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0943-28752000000100015&lng=en

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700005>

19- Suárez J, Correa N. 1er Censo Nacional de Psicología —Uruguay 2014—.: Perfil sociodemográfico, formación y desempeño profesional. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet]. 2015 Mayo [citado 2017 Mar 03] ; 5(1): 8-8. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262015000100008&lng=es.

20- Giménez L.E. Psicólogos en Uruguay: una aproximación. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet]. 2016 Mayo [citado 1 marzo 2017] ; 6(1): 29-62. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262016000100003&lng=es.

21- Hawes G, Corvalan O. Construcción de un perfil profesional. Citado 2013 Mayo 25. Disponible en: http://www.iide.cl/medios/iide/publicaciones/revistas/Construcción_de_un_Perfil_Profesional.pdf

22- Saforcada E. El Factor Humano en la Salud Pública. Buenos Aires: Proa XXI; 2005

23- Mainieri- Hidalgo J A. Prevention: The Most Effective Strategy to Improve Health. *Acta méd. costarric* [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2013 Mayo 25]; 53(1): 15-19. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000160022011000100005&lng=es.

24- Morales Calatayud F. La psicología y los servicios de salud. Experiencias de trabajo en Cuba. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC; 1997

25- Conferencia internacional sobre atención primaria de salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 set. 1978. Informe. Ginebra: OMS; 1978.

26- Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.[Internet] Washington D.C: OPS. 2007 Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

27- Grau A, Jorge A, Infante Pedreira O E, Díaz González J A. Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*,10(2), 83-101.[Internet] La Habana (Cuba); 2012 [Citado 1 marzo 2017], Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200008&lng=en&tlng=es.

- 28- Morales Calatayud F, Psicología de la Salud. Realizaciones e Interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. [Internet] Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 2012;49(1):107-117.[citado 1 marzo 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382005>.
- 29- Mosquera Bahamón Y, Salazar Piñeiros F. Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de Salud pública en el departamento de Huila. [Internet] Manizales (Colombia); 2015 Disponible/en: <http://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/textosysentidos/article/viewFile/2760/2738>
- 30- Rey- Gamero A, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Gerencia y Políticas de Salud, 12(25). [Internet] Bogotá (Colombia); 2013 Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7125>
- 31- Uruguay- Montevideo. Ministerio de Salud Pública. Ley 18.211. Exposición de Motivos. Sistema Nacional Integrado de Salud.[Internet] [Citado 25 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,%2012398>
- 32- Scharager Goldenberg J, Molina Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(3):149–59.
- 33- Saforcada E. Análisis de las concepciones y prácticas de salud. En: Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999 p.63-104
- 34- Güida C. Modelos de atención en salud.[Internet] [Citado 1 Marzo 2017]. Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-modelo.pdf
- 35- Vignolo J, Vacarezza Ma, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet]. 2011 Abr [citado 18 Febrero 2017] ; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.
- 36- Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S et al. Actualización en salud comunitaria y familiar. Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP; 2009
-

- 37- Acosta C, Buffa C, Gonzalez P, Larrosa A, Monge A, Noble A “et al” Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. División Recursos Humanos del SNIS Uruguay MSP [Internet] Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf
- 38- Carmo Eulalio M d, Jiménez Brobeil S A, Fernandes Alves R. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. Archivos Brasileiros de Psicología [Internet] 2009;61(1-2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019248009>. Fecha de consulta 17 de abril de 2017.
- 39- Cano A. La metodolotía de taller en los procesos de educación popular. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, [Internet], v.2, n.2, p.22-51, dec.2012. ISSN,18537863. Disponible/en: <http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/RELMECsv02n02a03>. Fecha de consulta 17 apr. 2017
- 40- Montero M. Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2006. p. 203-227
- 41- Dabas E, Perrone N. Redes en salud. [Internet], 1999. Recuperado/de: <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>
- 42- Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. Atención Primaria de la Salud e Interdisciplina: dos componentes claros para las reformas en salud mental. [Internet] Buenos Aires; 2007 [citado 1 marzo 2017] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=495205&indexSearch=ID>
- 43- Allegro F, Beltrán F, Benmergui S, Molina JL, Oszlak C, Panelo A, Pérez I. Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes.[Internet] Boletín Científico, Asociación de Médicos Municipales de la CBA. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, Año 12 - N° 56. Buenos Aires; Octubre 2007 [citado 1 marzo 2017] Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pasteur/pdf/PropParaLaFormacion.pdf>
- 44- González Rey F. Epistemología cualitativa y subjetividad. Sao Paulo: EDUC: 1997
-
- 45- Lourau R. El diario de la Investigación. Materiales para una teoría de la

implicación. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1989.

46- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Universal de Antioquia; 2002

47- Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Flacso; 2008

48- Vallés M. Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis S.A.; 1999

49- Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En: Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud: 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires. Disponible en:

[:http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

50- Mauro M, Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. En: XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de Investigadores de Psicología en el Mercosur. Facultad de Psicología [Internet] Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006 [citado 25 febrero 2017] Disponible en: <https://www.academica.org/000-039/179.pdf>

51- Barmblit G. Dilemas de los aprendices de hechiceros. (Dudas en la pragmática auto-inventiva de los jóvenes esquizoanalistas y esquizodramatistas) [Internet] Teoría y crítica de la psicología 4, 24-50 (2014). ISSN: 2116-3480 [citado 1 marzo 2017] Disponible en: <http://teocripsi.com/documents/4BAREMBLITT2.pdf>

52- Suárez J, Correa N. Reseña: 1er Censo Nacional de Psicología- Uruguay 2014- Perfil sociodemográfico, formación y desempeño profesional. Psicología, Conocimiento y Sociedad 5(1), 163 - 168 [Internet] 2015 [citado 2 marzo 2017] Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/resena_censo.pdf

53- Saforcada E, De Lellis M, Mozobancyk S. Psicología y Salud. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós; 2010

54- Fernandes Alves R, do Carmo Euladio M, Jiménez Brobeil SA. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias del psicólogo. [Internet] Revista Arquivos brasileiros de Psicología. Universidad Federal do Rio de

Janeiro;2009 Disponible en: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/351/335>

55- Infante A, de la Mata I, López D. Reformas de los Sistemas de Salud en America Latina y el Caribe.[Internet] Revista panamericana de Salud Pública; 2000 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf>

56- Dimenstein M. Los (des) caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en salud pública. Rev.Panam Salud Pública [Internet]; 13(5) 341-345, mayo 2003 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

57- Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud colectiva [Internet]. 2011 Abr [citado 2017 Mar 03] ; 7(1): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es.

58- Lopes Santos K, Cerutti B, Dalbello-Araujo, M. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: teoria e prática*, [Internet] 12(1), 181-196. 2010, Recuperado em 17 de abril de 2017, de:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&tlng=pt.

59- Paganini J, Etchegoyen G, Bo A, Rubio AM, Stival JJ, Fredeimberg A, et al. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. [Internet]Revista Arg. de salud Publica Vol 1 Nro.2 Disponible en: <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen2/Evaluacion-de-sistemas-de-salud-y-la-estra-de-aps.pdf>

60- Ase Ivan, Buriyovich Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud colectiva [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Feb 18] ; 5(1): 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es.

61- Alomoa B, Altaraza G, Alvarez B, Araujo R, Birnbauma S, Carballoa R “et al”. Configuraciones actuales de la subjetividad y sus implicancias en salud mental en Primer Nivel de Atención en APS. [Internet] Año 5- Nro. 10- Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Miradas sobre la intervención; 2015 Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/04_Liska.pdf

- 62- Canetti A, Larrobla C, Gortázar M, Coito S, Martínez F, Rienzi C. Reflexiones sobre salud mental, psicoterapia y primer nivel de atención. La psicoterapia como recurso de intervención en Atención Primaria de Salud. Jornadas psicoterapia Fac. De Medicina. Uruguay
- 63- Pagnamento S. APS y participación: una mirada sobre los lineamientos de OPS/OMS en los 90 [Internet] V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. La Plata; 2008. Disponible en:<http://www.académica.org/000-096/256>
- 64- Santos K, Lopes Q, Bruna C, Dalbello-Araujo, M. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 181-196; 2017 Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&tlng=pt.
- 65- De Vos P, Malaise G, De Ceukelaire W, Perez D, Lefèvre P, Van der Stuyft P. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. [Internet] *Medicina Social* Vol 4 Nro. 2; 2009. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/314/651>
- 66- Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. [Internet] *Ciencia, docencia y tecnología* (46) 123-143, 2013 Recuperado en 17 de abril de 2017, Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&tlng=es.
- 67- Castillo León M T, Rojas Bolaños M L, Candila Celis J A, Echeverría Echeverría R, Modelo Metodológico para Desarrollar Equipos Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud. [Internet] *Interamerican Journal of Psychology* 2010;44:176-186. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640019>. Fecha de consulta: 3 de marzo de 2017.
- 68- Allegro F, Beltrán F, Benmergui S, Molina J, Oszlak C, Panelo A, Pérez I. Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes. [Internet] *Boletín científico, asociación de médicos municipales de la cba. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud*, Año 12 - N° 56 Octubre 2007 Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pasteur/pdf/PropParaLaFormacion.pdf>
- 69- Montero M. *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós; 2004

70- Quintero Paredes P P, Roba Lazo BC. La interdisciplinariedad: un reto para la formación del profesional de la salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Oct [citado 2017 Mar 03] ; 19(5): 786-788. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500003&lng=es.

Anexo 1.

Preguntas de la entrevista semidirigida

1. ¿Como percibe su quehacer en el Primer Nivel y como cree que se ajustan a lo requerido por el sistema?
 2. ¿Como hace para construir sus acciones y con que se enfrenta?
 3. ¿Como significa su formación a la hora de contar con herramientas para desarrollar su tarea?
 4. ¿Como considera el papel que juega la Institución de salud en su trabajo cotidiano?
 5. ¿Como piensa que operan los modelos conceptuales en la definición de sus acciones?
-

Montevideo, 2 de Setiembre de 2014

A: Prof. Adj. Ma. Julia Perea
Programa Psic. Social comunitaria
Instituto de Psicología Social


DE: Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables
Lic. Ps. Gabriela Novoa, Adjunta

Visto la solicitud de autorización para realizar el trabajo de campo con los profesionales Psicólogos insertos en los servicios de salud de ASSE en el marco del Proyecto de Tesis, titulado: "Perfil de psicólogo en el primer nivel de atención en salud" de la Maestría Primer Nivel de Atención en Salud de la Facultad de Enfermería de la UdelaR.

Considerando que la presente investigación contribuirá a la generación de insumos útiles para el conocimiento de las habilidades y desempeño de los profesionales que trabajan en la red asistencial.

Esta Dirección autoriza a la Prof. Adj. Ma. Julia Perea a realizar las entrevistas semidirigidas a los Psicólogos que participan como Referentes Técnicos del Programa de Practicantado del Convenio ASSE-Facultad de Psicología.

Se solicita a la investigadora coordine las acciones para el desarrollo de las mismas con el Lic. Ps. Juan Trillo, Coordinador del Convenio por ASSE, y se comprometa, una vez finalizado el proceso, a elevar un informe sobre los resultados obtenidos a esta Dirección.


Lic. Psic. GABRIELA NOVOA
ADJUNTO
Dirección de Salud Mental
y Poblaciones Vulnerables
A.S.S.E.