

PROYECTOS INDIVIDUALES

INFORME FINAL ACADÉMICO

Informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.
Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2012.

**CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE
LOS PSICÓLOGOS EN EL CONTEXTO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.**

ESTUDIO DESCRIPTIVO-CUALITATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD Y HOSPITALES DE LA ZONA SANITARIA
METROPOLITANA DE NEUQUÉN, PERÍODO 2010.

Nombre/s y Apellido del becario: Marcela Alejandra Parra
Categoría de beca: Investigación en Salud Pública Beca de Perfeccionamiento
Nombre/s y Apellido del Director de la beca: Jorgelina Villarreal
Lugar donde desarrolló la beca: Neuquén

INFORME ACADÉMICO FINAL

Fuente (s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría perfeccionamiento, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

1. PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. ESTUDIO DESCRIPTIVO-CUALITATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y HOSPITALES DE LA ZONA SANITARIA METROPOLITANA DE NEUQUÉN, PERÍODO 2010.

1.2. AUTOR

Marcela Alejandra Parra.

2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

La presente investigación no entra en conflicto de intereses con las personas involucradas encontrándose la misma enmarcada en las normas éticas y legales establecidas para la investigación con seres humanos en los siguientes documentos: Código de Núremberg; 1947, Declaración de Helsinki, AMM/ 1964 y sus enmiendas y modificaciones; Pautas Éticas Internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos, CIOMS/OMS 1992, y sus modificaciones; Pautas Internacionales para la evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos CIOMS/OMS 1991; Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos/ OMS 2000; Disposiciones A.N.M.A.T. Nros. 5330/97, 2124/05 y 690/05. Régimen de Buenas Prácticas de Investigación en Estudios de Farmacología Clínica; Declaración de Derechos Humanos y Bioética UNESCO 2005; Ley 2207, y Decreto 3735/97 de la Provincia de Neuquén; Guía de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica en Seres Humanos aprobadas por Resolución N° 1490/07 del Ministerio de Salud de Nación.

3. ÍNDICE

1. Portada	2
1.1. Título de la Investigación	2
1.2. Autor	2
2. Declaración de conflictos de intereses	2
3. Índice	3
4. Equipo responsable del estudio	4
5. Acerca del autor	4
6. Agradecimientos	4
7. Resumen y palabras clave	5
7.1. Resumen	5
7.2. Palabras clave	5
8. Introducción	6
Planteamiento del problema	6
Formulación de la pregunta de investigación a modo de interrogante	7
Justificación del problema y utilización de los resultados	7
9. Objetivos	7
10. Materiales y Métodos	8
10.1. Diseño	8
10.2. Población y muestra	8
10.3. Variables	9
10.4. Instrumentos o técnicas de recolección de datos	10
10.5. Plan de análisis de los resultados	11
10.6. Consideraciones éticas	11
11. Resultados	11
Eje cuantitativo	11
Estrategias de intervención	12
Nivel de abordaje	12
Tipo de prestación	12
Tipo de demanda	13
Patología primera vez	13
Patología	15
Dispositivos de intervención	18
Eje cualitativo	19
Estrategias de intervención	19
Marcos Teóricos	27
Concepciones acerca de la Atención Primaria de la Salud	28
Facilitadores y obstáculos en el trabajo del psicólogo en la APS	32
12. Tablas y gráficos	38
13. Discusión	46
13.1. Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias	47
13.2. Relevancia para la formación de recursos humanos en salud	48
13.3. Relevancia para la investigación en salud	48
14. Referencias Bibliográficas	49
15. Abreviaturas y acrónimos	50

4. EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Marcela Alejandra Parra

5. ACERCA DEL AUTOR (C.V. ABREVIADO: Hasta 120 palabras)

Candidata a Doctora en Psicología Social por Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Alumna Especialidad Psicoanálisis de Niños y Adolescentes (UCES). Docente e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. Psicóloga del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerde (Zona Sanitaria Metropolitana, Neuquén).

Diploma Estudios Avanzados en Psicología Social (UAB). Magíster en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, México). Postgraduada en Metodología de la Investigación aplicada a la Salud Social y Comunitaria (UNCo), en Salud Social y Comunitaria (UNCo) y en Psicología Comunitaria (UNC). Licenciada y Profesora en Psicología (UNC).

Egresada y ex- Jefa de la Residencia de la Residencia en Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Río Negro.

6. AGRADECIMIENTOS

A mis hijos Tiago y Manel y a mi compañero Hernán que me acompañaron con paciencia y cariño en la realización de este trabajo.

A la Comisión Nacional Salud Investiga y el Ministerio de Salud de la Nación

A los psicólogos/as de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén que hicieron posible este trabajo.

A las autoridades responsables de la Zona Sanitaria Metropolitana que autorizaron la realización de esta investigación.

A mi directora que me acompañó en este seguir investigando.

7. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

7.1 RESUMEN (hasta 250 palabras)

Esta investigación caracteriza las estrategias de intervención de los psicólogos en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana (Neuquén) en el contexto de la Atención Primaria de la Salud, muestra las concepciones teóricas que atraviesan dichas estrategias y describe los principales facilitadores y obstáculos que estos profesionales encuentran en su trabajo en APS. El período de estudio abarca el año 2010.

La perspectiva teórica utilizada toma aportes de la Evaluación de Programas en Salud Mental Comunitaria; conceptualizaciones sobre la APS y sus vínculos con la Salud Mental; y contribuciones de la Psicología Comunitaria Latinoamericana. Los instrumentos de recolección de datos fueron la revisión de registros sanitarios existentes y la aplicación de encuestas y entrevistas. El análisis estuvo orientado por el concepto de triangulación metodológica.

Los principales resultados obtenidos muestran que las estrategias de intervención que desarrollan los psicólogos son múltiples y diversas y que, si bien todas ellas se encuadran en los principios de la APS, están centradas en un aspecto específico de la APS –el vinculado a la atención – relegando otras dimensiones de la APS –como la promoción de la salud; la prevención de la enfermedad; etc.-.

Asimismo, en términos de las relaciones entre APS y Salud Mental, dichas estrategias de intervención están orientadas fundamentalmente a la incorporación acciones de salud mental a las prácticas de APS más que a la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

7.2 PALABRAS CLAVE (hasta 5)

Atención Primaria de Salud – Salud Mental

8. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Las Políticas Comunitarias en Salud Mental son el resultado de la confluencia de dos corrientes de investigación y prácticas en Salud Pública, independientes entre sí, pertenecientes a ámbitos del saber distintos y cuyos trabajos se realizan en contextos socioculturales diferenciados: por una parte, las corrientes de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y donde podemos ubicar también los desarrollos de la Psicología Comunitaria y, por otra, la corriente de la Atención Primaria de la Salud (1).

Tomando en cuenta estas dos grandes corrientes, pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto a los modos en que pueden relacionarse la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental: la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de Atención Primaria de la Salud y la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (2).

Ambas posibilidades constituyen los ejes centrales del Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén (3), marco en el que se desarrolla la presente investigación y política en relación a la cual este trabajo pretende ser insumo que posibilite la evaluación, la planificación y la toma de decisiones a nivel de gestión.

Dentro de los antecedentes de investigación más relevantes y próximos al estudio se encuentran los siguientes:

- Una Evaluación del Programa Área de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental. Dirección General de Salud Mental. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Provincia de Córdoba. Informe del Período 1ro de Abril de 1994 - 31 de Marzo de 1996. Becaria: María Alejandra Armesto. Año 1996. (1)
- Características del Trabajo Comunitario en la Ciudad de Córdoba. Proyecto de Investigación desarrollado por la Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria de la Facultad de Psicología de Córdoba. SECYT. Año 2000. (4)
- Nuestras Estrategias de Intervención en la Comunidad. Trabajo Sistematización Experiencias Residencia de Salud Mental Comunitaria Provincia de Río Negro realizado desde la Jefatura de dicha Residencia. Autora: Marcela Alejandra Parra. Año 2000. (5)

A nivel temático, estos trabajos están orientados al estudio del trabajo comunitario que desarrollan los psicólogos y otros profesionales ya sea en el marco de políticas de salud, políticas de salud mental o políticas sociales en general. Sin embargo, sólo uno de ellos hace referencia explícita a la Atención Primaria de la Salud como contexto de trabajo. A nivel metodológico, las investigaciones mencionadas apelan a la evaluación de programas, la indagación cualitativa y la sistematización de experiencias. En cuanto al ámbito geográfico estudiado, ninguno de los antecedentes revisados se ha desarrollado en la Provincia de Neuquén siendo que, a nivel local, no se conocen antecedentes de estudios similares al que aquí realizamos.

Formulación de la pregunta de investigación a modo de interrogante

¿Cuáles son las características de las estrategias de intervención que desarrollan los psicólogos desde los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de la Ciudad de Neuquén en el contexto de la Atención Primaria de la Salud (APS)? El período en estudio ha sido el año 2010.

Justificación del problema y utilización de los resultados

El problema de investigación planteado se enmarca dentro de una de las áreas temáticas prioritarias propuestas por la Comisión Nacional Salud Investiga para la convocatoria del año 2011: “Salud Mental: Planificación y gestión (políticas, programas, servicios)”.

A nivel local, el tema de investigación propuesto, cobra relevancia por el énfasis que el mismo pone en la Atención Primaria de la Salud, estrategia que, desde la década de los setenta, la provincia del Neuquén viene adoptando como eje principal de su Sistema de Salud. Actualmente dicha estrategia está cobrando un nuevo impulso siendo una muestra de ello las Jornadas de Salud Colectiva y Atención Primaria de la Salud “Experiencias Saludables” realizadas el 6 y 7 de octubre de 2010 en la Zona Metropolitana de la Provincia del Neuquén.

Además, actualmente en la Zona Sanitaria Metropolitana, se está elaborando el mapa funcional del psicólogo en el cual se busca delimitar los propósitos, las funciones y las tareas de este profesional especialmente en el primer nivel de atención, tarea para la cual la presente investigación también podrá constituir un insumo fundamental.

Asimismo, también a nivel local, el tema planteado adquiere importancia en el marco del Plan Provincial de Salud Mental elaborado a partir de un trabajo colectivo que se inició en el año 2006 y que actualmente se encuentra en plena fase de implementación habiéndose realizado, la semana del 17 al 22 de octubre del año 2010, cinco jornadas intensivas de trabajo a tal fin. Dicho plan asume la APS y promueve la inclusión de la salud mental con el propósito de brindar respuestas humanizadas e integrales a la nueva realidad sanitaria de la provincia.

Del mismo modo, a nivel nacional, la pregunta de investigación propuesta se encuentra en sintonía con el perfil comunitario y el énfasis en la Atención Primaria de la Salud que la Dirección Nacional de Salud Mental está promoviendo en la actualidad. Igualmente, el interés planteado por este proyecto, coincide con un momento de consolidación de la Psicología Comunitaria en nuestro país que se ha visto cristalizado en la realización de los dos primeros encuentros nacionales de Psicología Comunitaria (años 2010 y 2011).

Por todo lo anterior, consideramos que la presente investigación constituye un insumo sumamente oportuno para la implementación del Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén así como también una contribución para la consolidación, a nivel nacional, de una política de salud mental que incluya la Atención Primaria de la Salud como estrategia principal del trabajo en salud mental.

9. OBJETIVOS

Objetivo general: Caracterizar las estrategias de intervención que desarrollan los psicólogos desde los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de la Ciudad de Neuquén en el contexto de la Atención Primaria de la Salud tomando en cuenta el período 2010.

Objetivos específicos:

1. Describir las estrategias de intervención que desarrollan los psicólogos en el contexto de la APS;
2. Caracterizar las concepciones teóricas que sustentan la tarea del psicólogo dentro del contexto de la APS;
3. Analizar cuáles son los factores que facilitan y que obstaculizan la tarea del psicólogo en el marco de la APS.

10. MATERIALES Y MÉTODOS

10.1 Diseño

Se trató de un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque fundamentalmente cualitativo que incluye, aunque en menor medida, datos de tipo cuantitativos.

Se trabajó con conceptos teóricos orientadores; se implementó un razonamiento básicamente inductivo desde el inicio del proceso de investigación; y se construyeron los datos de manera conjunta a la especificación de los significados y a la selección de conceptos básicos iniciales. La incorporación de datos cuantitativos se dirigió a cuantificar algunas de las dimensiones del fenómeno en estudio en función de señalar la presencia –o no– de ciertas regularidades.

La dimensión cualitativa de la investigación se trabajó fundamentalmente a partir de las fuentes de datos primarias (encuestas y entrevistas) mientras que la dimensión cuantitativa se trabajó a partir de las fuentes de datos secundarias (planillas estadísticas, planificaciones, sistematizaciones, presentaciones en jornadas y congresos, información del diario local, etc.).

10.2 Población y muestra

La población del presente estudio estuvo conformada por la totalidad de profesionales psicólogos que desarrollan sus actividades en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén en el contexto de la Atención Primaria de la Salud: Centros de Atención Primaria de la Salud Almafuerte, Confluencia, Mariano Moreno, Nueva Esperanza, Parque Industrial, El Progreso, San Lorenzo Norte, San Lorenzo Sur, Sapere, Villa Farrel, Villa María; Hospital Horacio Heller y Hospital Bouquet Roldán.

La muestra final quedó conformada por todos los profesionales psicólogos que aceptaron participar en la investigación, en total diecinueve (19) profesionales que se desempeñan en nueve de los doce Centros de Atención Primaria de la Salud inicialmente seleccionados y en los dos Hospitales pertenecientes el área de estudio. Diecisiete (17) de estos profesionales son psicólogos de planta mientras que uno (1) de ellos es becario y otro (1) concurrente.

10.3 Variables

El **Marco Teórico** de esta investigación estuvo conformado por:

1. Los aportes realizados en torno a la Evaluación de Programas en Salud y, específicamente, a la Evaluación de Programas en Salud Mental Comunitaria; (6) (7)
2. Las conceptualizaciones hechas en torno a la Atención Primaria de la Salud (8) (9), las relaciones establecidas con el campo de la Salud Mental (2) y la propuesta del Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia del Neuquén (3);
3. Los avances efectuados por la Psicología Comunitaria desarrollada en América Latina. (10) (11)

A partir de estas líneas teóricas, utilizamos dos variables o *categorias principales* a modo de conceptos sensibilizadores:

Dispositivos o Estrategias de Intervención: noción instrumental, palabra “hueca” cuya operación metafórica permite imaginar formas de intervención en el campo social. Ella se diferencia de los instrumentos metodológicos tradicionales justamente en su indefinición, en su apertura permanente, en la imposibilidad que afirma, de construir un manual que conduzca paso a paso por el cumplimiento de los requisitos para la correcta acción metodológica, necesaria para intervenir; en su vacío, esta noción es apertura en tanto da lugar a la incertidumbre y se niega a pre-ver. Esta prescripción paradójica de no prescribir es precisamente la utilidad de semejante noción (12).

Atención Primaria de la Salud: “el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas de su desarrollo el espíritu de autonomía e independencia. Constituye una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función central y principal objetivo, el progreso general social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud” (8).

La relación entre la APS así definida y la Salud Mental fueron pensadas a partir de dos ejes: la incorporación de la salud mental en la APS, es decir, la inclusión del campo de teorías y prácticas de la subjetividad en las acciones integrales de salud y la promoción de la salud mental; y, la incorporación de la APS en la salud mental, es decir, a la aplicación de los componentes de APS a la atención en salud mental, (en la planificación de los dispositivos específicos para la protección, cuidado, recuperación, rehabilitación y acompañamiento de las personas en sus comunidades) con eje en la desinstitucionalización.

Las categorías o conceptos sensibilizadores antes expuestos fueron operacionalizados del siguiente modo:

Dispositivos o Estrategias de Intervención: modalidades (consultorio, talleres, grupos terapéuticos, intervenciones en crisis, etc.); nivel de abordaje (individual, familiar, grupal, comunitario, etc.); oblación destinataria (niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, sectores pobres, clases medias, etc.); objetivos (intencionalidad, plazos, etc.); problemáticas que abordan; espacios donde se desarrollan estos dispositivos (comunitarios, institucionales, etc.); tiempos dedicados a cada actividad (cantidad de horas, medias jornadas o jornadas completas, horarios, etc.); disciplinas que

intervienen (psicología, trabajo social, medicina, etc.); sectores que intervienen (salud, educación, justicia, etc.); rol del psicólogo; vinculación con la APS; y modalidad de registro.

En estrecha relación con esta categoría, se analizaron:

Marcos teóricos de los profesionales: teorías, autores y conceptos claves; formación de grado y postgrado específica y no específica para el trabajo en APS; conceptualizaciones en torno a la APS; ideas acerca del rol del psicólogo en la APS; y conceptualizaciones en torno a la especificidad del trabajo del psicólogo en el contexto de APS.

Facilitadores y obstáculos del trabajo en APS: trabajo en equipo; instancias de formación específicas; tiempo de inserción en el sistema de salud; horarios; recursos humanos y materiales; políticas de salud; participación comunitaria; etc.

Como eje de análisis transversal de las categorías antes mencionadas, y tal como se explicitó anteriormente, se consideró: la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de Atención Primaria de la Salud; y la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

10.4 Instrumentos o técnicas de recolección de datos

Fuentes primarias:

- Cuestionarios semi-estructurados a los profesionales psicólogos de los CAPS y Hospitales: se aplicaron luego de un primer análisis de los datos surgidos de las fuentes secundarias y en función de obtener una aproximación general a las estrategias de intervención desarrolladas por los mencionados profesionales;
- Entrevistas semi-estructuradas a los profesionales psicólogos de los CAPS y Hospitales: se aplicaron luego del análisis del material surgido desde los cuestionarios y a modo de cierre del proceso de recolección de datos, en función de profundizar la información obtenida a través de los demás instrumentos.

Tanto los cuestionarios como las entrevistas tuvieron como ejes principales las categorías y sub-categorías propuestas en el punto anterior y sus preguntas-guías fueron definidos a partir del primer procesamiento de datos que se hizo de las fuentes secundarias.

Fuentes secundarias:

- Registros individuales y Consolidados Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental realizados por los psicólogos durante el año 2010;
- Revisión otros registros sanitarios: presentaciones en jornadas y congresos, planificaciones, evaluaciones y sistematización de actividades, fotografías, etc.);
- Revisión información publicada en los diarios locales.

No se pudo incluir como fuente secundaria el Informe Estadístico de Prestaciones Grupales y Actividades en Salud Mental porque el mismo es completado sólo por unos pocos profesionales ya que, en ningún caso, sus datos son procesados ni a nivel local (CAPS – Hospital) ni a nivel de la Zona Sanitaria Metropolitana.

10.5 Plan de análisis de los resultados

Por tratarse de una investigación fundamentalmente cualitativa, la fase de análisis se fue haciendo de manera conjunta a la de recolección de datos.

Los datos cualitativos se cargaron y procesaron a través del programa Atlas.ti. El análisis estuvo orientado por la Teoría Fundamentada y el Método de Comparación Constante combinando la codificación explícita de los datos con el desarrollo de interpretaciones teóricas y donde cada incidente fue comparado con otro incidente o con propiedades de las categorías en función de establecer similitudes y diferencias (13).

Los datos cuantitativos surgidos de las fuentes de datos secundarias se sistematizaron a través de una base de datos en excel donde se trabajó fundamentalmente con cantidades absolutas y relativas (porcentajes) en función de construir una perspectiva general respecto a la situación actual de las estrategias de intervención que desarrollan los psicólogos en el contexto de la Atención Primaria de la Salud.

10.6 Consideraciones éticas

En cuanto a las fuentes de datos primarias, antes de la aplicación de encuestas y entrevistas, se explicitaron oralmente y por escrito los objetivos del estudio y los procedimientos a desarrollarse; se planteó el derecho de abandonar el estudio en el momento que los participantes así lo decidieran sin existencia por ello de perjuicios; y se garantizó que los datos serían tratados a fin de salvaguardar la intimidad de cada profesional y siguiendo la normativa vigente en cuanto a la protección de los datos. Luego de ello se entregó y se pidió a cada participante que firmara el documento de “consentimiento informado para la firma” que fuera oportunamente aprobado por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

En cuanto a las fuentes de datos secundarias y, específicamente, en lo concerniente a los datos surgidos de los Registros individuales y Consolidados Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental realizados por los psicólogos durante el año 2010, planificaciones y presentaciones en jornadas y congresos, también fueron trabajados en función de salvaguardar la intimidad de cada participante y siguiendo la normativa vigente en cuanto a la protección de los datos.

11. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación fueron organizados en dos grandes ejes: cuantitativo y cualitativo.

Eje cuantitativo

Si bien los datos surgidos de cada centro sanitario no son del todo comparables debido a que los registros de cada uno de ellos se encuentran completos en muy distintos grados, el análisis comparativo descriptivo de las distintas frecuencias relativas, nos permite delinear las siguientes tendencias:

Estrategias de Intervención

Nivel de Abordaje

- El abordaje individual es utilizado en todos los centros sanitarios siendo también el tipo de abordaje utilizado con mayor frecuencia en cada uno de dichos centros; el porcentaje de utilización de este tipo de abordaje va de un máximo del 100% a un mínimo del 52,7%;
- El nivel de abordaje de pareja es utilizado en seis de los diez centros sanitarios; el porcentaje de utilización de este tipo de abordaje alcanza un máximo del 12,54% en uno de dichos centros;
- El nivel de abordaje de padres/referentes es utilizado en nueve de los diez centros sanitarios; el porcentaje de utilización de este tipo de abordaje alcanza un máximo del 9,56% en uno de dichos centros;
- El nivel de abordaje vincular/familiar es utilizado en ocho de los diez centros sanitarios; el porcentaje de utilización de este tipo de abordaje alcanza un máximo del 39,19% en uno de dichos centros;
- El nivel de abordaje red/comunitario se utiliza en seis de los diez centros sanitarios; el porcentaje de utilización de este tipo de abordaje alcanza un máximo del 5,13% en uno de dichos centros.

De acuerdo a lo anterior, se puede sostener que ***el nivel de abordaje utilizado con más frecuencia por los psicólogos es el individual*** ya que dicho nivel es utilizado en todos los centros sanitarios siendo, al interior de cada uno de ellos, el utilizado con mayor frecuencia. ***En segundo lugar***, tomando en cuenta la cantidad de centros sanitarios en el que se utiliza (9 de los 10) y el porcentaje máximo que alcanza en uno de ellos (39,19%), ***se ubica el nivel de abordaje de padres/referentes***. ***Y, en tercer lugar***, tomando en cuenta el porcentaje máximo que alcanza en uno de los centros sanitarios (20,51%), ***se ubica el nivel de abordaje vincular/familiar***.

Tipo de Prestación

- La psicoterapia es implementada en nueve de los diez centros sanitarios siendo también el tipo de abordaje utilizado con mayor frecuencia en cada uno de dichos centros; el porcentaje de utilización de este tipo de prestación en aquellos centros en que es implementado va de un máximo del 96,24% a un mínimo del 29,57%; el único centro de salud que no tiene registro de este tipo de actividad concentra el tipo de prestación en la categoría entrevista/intervención por lo que se podría hipotetizar que la psicoterapia no es que no se realice en este centro de salud sino que ha sido registrada en la categoría entrevista/intervención que alcanza en este centro sanitario un porcentaje del 76,47%;
- La admisión es implementada en nueve de los diez centros sanitarios ocupando el segundo lugar del tipo de prestación más utilizado en cinco de ellos; la admisión -definida como el proceso de entrevistas en el cual se determina la necesidad o no de un tratamiento- puede ser pensada como parte de la psicoterapia;
- La orientación es implementada en siete de los diez centros sanitarios ocupando el segundo lugar del tipo de prestación más utilizado en tres de dichos centros, justamente aquellos donde la admisión (a psicoterapia) ocupa el tercer lugar; en los centros donde la orientación ocupa el segundo lugar, el porcentaje de utilización de este tipo de prestación va de un máximo del 29,18% a un mínimo del 10,71%;
- La emergencia es utilizada en cinco de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje de uso de dicho tipo de prestación es siempre menor al 2%;
- La interconsulta es utilizada en siete de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje de uso de dicho tipo de prestación es siempre menor al 4%;

- La derivación es utilizada en tres de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje de uso de dicho tipo de prestación es siempre menor al 1%;
- La certificación es utilizada en cinco de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje de uso de dicho tipo de prestación es siempre menor al 4%;
- La gestión es utilizada en tres de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje máximo de uso de dicho tipo de prestación es del 11,11%;
- La entrevista domiciliaria es utilizada en ocho de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje máximo de uso de dicho tipo de prestación es del 11,76%;
- El control de psicofármacos no aparece como un tipo de prestación que realicen los psicólogos ya que no es una práctica propia de este profesional;
- La entrevista/intervención es utilizada en seis de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje máximo de uso de dicho tipo de prestación es del 76,47%;
- El psicodiagnóstico es utilizado en seis de los diez centros sanitarios siendo que el porcentaje máximo de uso de dicho tipo de prestación es del 18,68%;

De acuerdo a lo anterior, se puede sostener que *el tipo de prestación más utilizada por los psicólogos es la psicoterapia -y, como parte de ella, la admisión- ocupando el segundo lugar la orientación.*

Tipo de demanda

Patología primera vez

Si bien las tendencias del tipo de patología de primera vez que atienden los psicólogos tiene relación directa con el tipo de demanda que reciben estos profesionales y sólo indirectamente se vincula con el tipo de estrategias de intervención que los mismos realizan, dichas tendencias permiten aproximarse a la caracterización de estas últimas.

- La categoría F00-F09 (Demencia & Alzheimer, Demencia Vascular, Otras Demencias, Demencia no especificada, Amnesia no & sustancias, Delirio no & sustancias, Otros T orgánicos, T orgánico y de la personalidad, T mental orgánico o sintomático no especificado) no aparece como patología de 1ra vez que sea abordada por psicólogos en ninguno de los centros sanitarios analizados;
- La categoría F10-F19 (T & Alcohol, T & Opiáceos, T & Cannabionoides, T & uso sedantes o hipnóticos, T & uso cocaína, T & otros estimulantes, T & uso alucinógenos, T & uso tabaco, T & uso solventes, T & otras o múltiples sustancias psicoactivas) aparece como patología de 1ra vez en la mitad (cuatro de ocho) de los centros analizados siendo su frecuencia máxima 7,89% en uno de dichos centros;
- La categoría F20-F29 (Esquizofrenia, T esquizotípico, T delirante persistente, T psicótico agudos y transitorios, T delirante inducido, T esquizoafectivo, Otros T psicóticos no orgánicos, Psicosis no orgánico no especificada) aparece como patología de 1ra vez en la mitad (cuatro de ocho) de los centro analizados siendo su frecuencia máxima 2,63% en uno de dichos centros;
- La categoría F30-F39 (Episodio maníaco, T afectivo bipolar, Episodio depresivo, T depresivo recurrente, T afectivo persistente, Otros T afectivos, T afectivos no especificados) aparece como patología de 1ra vez en cinco de los ocho centros analizados siendo su frecuencia máxima del 32% en uno de dichos centros;
- La categoría F40-F48 (T de ansiedad Fóbicos, otros T de ansiedad, T obsesivo- compulsivo, T estrés grave y adaptación, T disociativos, T somatomorfos, otros T neuróticos), aparece como

patología de 1ra vez en todos (100%) los centros sanitarios analizados siendo su frecuencia máxima del 47,80% en uno de dichos centros;

- La categoría F50-F59 (T ingestión de alimentos, T no orgánicos del sueño, disfunción sexual no orgánica, T & puerperio, T psicológicos y del comportamiento & c/ T o enf. Clasif en otra parte, Abuso de sustancias que no producen dependencia, T del comportamiento & c/ alteraciones fisiológicas y F físicos, no especificados) aparece como patología de 1ra vez en la mitad (cuatro de ocho) de los centros sanitarios analizados alcanzando una frecuencia máxima del 8% en uno de dichos centros;
- La categoría F60-F69 (T específicos de la personalidad, T mixtos y otros T de personalidad, Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral, T de los hábitos y de los impulsos, T de la identidad de género, T de la preferencia sexual, T psicológicos y del comportamiento & con el desarrollo y orientación sexuales, Otros T de la personalidad y del comportamiento en adultos, T de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificada) aparece como patología de 1ra vez en siete de los ocho centros analizados alcanzando una frecuencia máxima del 18,54% en uno de dichos centros;
- La categoría F70-F79 (Retraso mental leve, Retraso mental moderado, Retraso mental grave, Retraso mental profundo, Otros tipos de retraso mental, Retraso mental no especificado) aparece como patología de 1ra vez en dos de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia siempre menor al 2,63%;
- La categoría F80-F89 (T específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, T específicos del desarrollo de las habilidades escolares, T específico del desarrollo de la función motriz, T específicos mixtos del desarrollo, T generalizados del desarrollo, Otros T del desarrollo psicológico, T del desarrollo psicológico) aparece como patología de 1ra vez en uno de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia siempre menor al 2,20% en uno de dichos centros;
- La categoría F90-F98 (T hiperkinéticos, T de la conducta, T mixtos de la conducta y de las emociones, T emocionales de comienzo en la niñez, T del comportamiento social de comienzo específico en niñez y adolescencia, T por Tics, Otros T emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia) aparece como patología de 1ra vez en cinco de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia siempre menor al 4,04% en uno de dichos centros;
- La categoría F99 (T mental, no especificado) aparece como patología de 1ra vez en dos de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia siempre máxima del 74,75% en uno de dichos centros; dicha frecuencia, llamativamente significativa, probablemente se deba a una inespecificidad del tipo de registro más que a una falta de precisión real del tipo de demanda;
- La categoría Z00-Z13 (Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes) aparece como patología de 1ra vez en dos de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia siempre menor al 3%;
- La categoría Z20-Z29 (Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles) no aparece como patología de 1ra vez que sea abordada por psicólogos en ninguno de los centros sanitarios analizados;
- La categoría Z30-Z39 (Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción) aparece como patología de 1ra vez en uno solo de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia del 1,02%;
- La categoría Z40-Z54 (Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud)) aparece como patología de 1ra vez en uno solo de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia del 1,52%;
- La categoría Z55-Z65 (Problemas relacionados con la educación y la alfabetización, Problemas relacionados con el empleo y el desempleo, Exposición a factores de riesgo ocupacional,

Problemas relacionados con el medio ambiente físico, Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas, Problemas relacionadas con el ambiente social, Problemas Relacionados con hechos negativos en la niñez, Otros problemas Relacionadas con la crianza del niño, Otros Problemas Relacionados con el grupo primario de apoyo, Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales, Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales) aparece como patología de 1ra vez en siete de los ocho centros sanitarios analizados siendo su frecuencia máxima del 61,17% en uno de dichos centros;

- La categoría Z70-Z76 (Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias) aparece como patología de 1ra vez en la mitad (cuatro de ocho) de los centros sanitarios analizados alcanzando una frecuencia máxima del 19,70% en uno de dichos centros;
- La categoría Z80-Z99 (Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionadas con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud) aparece como patología de 1ra vez en la mitad (cuatro de ocho) de los centros sanitarios analizados alcanzando una frecuencia máxima del 21,05% en uno de dichos centros;
- La categoría T66-T78 (donde se incluye el T74 Síndrome de Maltrato) aparece como patología de 1ra vez en la mitad (cuatro de ocho) de los centros sanitarios analizados alcanzando una frecuencia máxima del 5,05% en uno de dichos centros;
- La categoría s/información es utilizada en tres de los ocho centros siendo su frecuencia máxima del 10,10% en uno de dichos centros.

En suma, tomando en cuenta la frecuencia con que una patología de 1ra vez aparece registrada en los centros sanitarios analizado y la frecuencia máxima que alcanza en alguno de ellos, **se puede afirmar que las patologías que con más frecuencia aparecen como motivo de consulta de primera vez que abordan los psicólogos son las comprendidas en las categorías F30-F39** (Episodio maníaco, T afectivo bipolar, Episodio depresivo, T depresivo recurrente, T afectivo persistente, Otros T afectivos, T afectivos no especificados); **F40-F48** (T de ansiedad Fóbicos, otros T de ansiedad, T obsesivo- compulsivo, T estrés grave y adaptación, T disociativos, T somatomorfos, otros T neuróticos); y **Z55-Z65** (Problemas relacionados con la educación y la alfabetización, Problemas relacionados con el empleo y el desempleo, Exposición a factores de riesgo ocupacional, Problemas relacionados con el medio ambiente físico, Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas, Problemas relacionadas con el ambiente social, Problemas Relacionados con hechos negativos en la niñez, Otros problemas Relacionadas con la crianza del niño, Otros Problemas Relacionados con el grupo primario de apoyo, Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales, Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales).

Patología

Si bien las tendencias del tipo de patología que atienden los psicólogos tienen relación directa con el tipo de demanda que reciben estos profesionales y sólo indirectamente se vinculan con el tipo de estrategias de intervención que los mismos realizan, dichas tendencias permiten aproximarse a la caracterización de estas últimas.

- La categoría F00-F09 (Demencia & Alzheimer, Demencia Vasculare, Otras Demencias, Demencia no especificada, Amnesia no & sustancias, Delirio no & sustancias, Otros T orgánicos, T orgánico y de la personalidad, T mental orgánico o sintomático no especificado) aparece como patología atendida en uno solo de los ocho centros sanitarios analizados siendo su que su frecuencia máxima no supera el 0,27%;
- La categoría F10-F19 (T & Alcohol, T & Opiáceos, T & Cannabionoides, T & uso sedantes o hipnóticos, T & uso cocaína, T & otros estimulantes, T & uso alucinógenos, T & uso tabaco, T & uso solventes, T & otras o múltiples sustancias psicoactivas) aparece como

patología en cinco de los ocho centros analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología de 5,81% en uno de dichos centros;

- La categoría F20-F29 (Esquizofrenia, T esquizotípico, T delirante persistente, T psicótico agudos y transitorios, T delirante inducido, T esquizoafectivo, Otros T psicóticos no orgánicos, Psicosis no orgánico no especificada) aparece como patología en la mitad (cuatro de ocho) de los centro analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 8,72% en uno de dichos centros;
- La categoría F30-F39 (Episodio maníaco, T afectivo bipolar, Episodio depresivo, T depresivo recurrente, T afectivo persistente, Otros T afectivos, T afectivos no especificados) aparece como patología en siete de los ocho centros analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 29,29% en uno de dichos centros;
- La categoría F40-F48 (T de ansiedad Fóbicos, otros T de ansiedad, T obsesivo- compulsivo, T estrés grave y adaptación, T disociativos, T somatomorfos, otros T neuróticos), aparece como patología en todos (100%) los centros sanitarios analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 48,88% en uno de dichos centros;
- La categoría F50-F59 (T ingestión de alimentos, T no orgánicos del sueño, disfunción sexual no orgánica, T & puerperio, T psicológicos y del comportamiento & c/ T o enf. Clasif en otra parte, Abuso de sustancias que no producen dependencia, T del comportamiento & c/ alteraciones fisiológicas y F físicos, no especificados) aparece como patología en seis de los ocho centros sanitarios analizados siendo su que su frecuencia máxima no supera el 0,27% en uno de dichos centros;
- La categoría F60-F69 (T específicos de la personalidad, T mixtos y otros T de personalidad, Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral, T de los hábitos y de los impulsos, T de la identidad de género, T de la preferencia sexual, T psicológicos y del comportamiento & con el desarrollo y orientación sexuales, Otros T de la personalidad y del comportamiento en adultos, T de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificada) aparece como patología en siete de los ocho centros analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 32,60% en uno de dichos centros;
- La categoría F70-F79 (Retraso mental leve, Retraso mental moderado, Retraso mental grave, Retraso mental profundo, Otros tipos de retraso mental, Retraso mental no especificado) aparece como patología en cinco de los ocho centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 3,49% en ninguno de los centros en que se atiende;
- La categoría F80-F89 (T específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, T específicos del desarrollo de las habilidades escolares, T específico del desarrollo de la función motriz, T específicos mixtos del desarrollo, T generalizados del desarrollo, Otros T del desarrollo psicológico, T del desarrollo psicológico) aparece como patología en dos de los ocho centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 2,33% en ninguno de dichos centros;
- La categoría F90-F98 (T hipercinéticos, T de la conducta, T mixtos de la conducta y de las emociones, T emocionales de comienzo en la niñez, T del comportamiento social de comienzo específico en niñez y adolescencia, T por Tics, Otros T emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia) aparece como patología en seis de los ocho centros sanitarios analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 35,19% en uno de dichos centros;
- La categoría F99 (T mental no especificado) aparece como patología en dos de los ocho centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 19,11% en uno de dichos centros; como dijimos para el caso de las patologías por

primera vez, dicha frecuencia llamativamente significativa, probablemente se deba a una inespecificidad del tipo de registro más que a una falta de precisión real del tipo de demanda;

- La categoría Z00-Z13 (Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes) aparece como patología en tres de los ocho centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 1,01% en ninguno de dichos centros;
- La categoría Z20-Z29 (Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles) aparece como patología en uno de los centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 1,01%;
- La categoría Z30-Z39 (Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción) aparece como patología en dos de los centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 1,00% en ninguno de dichos centros;
- La categoría Z40-Z54 (Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud)) aparece como patología en dos de los centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 0,48% en ninguno de dichos centros;
- La categoría Z55-Z65 (Problemas relacionados con la educación y la alfabetización, Problemas relacionados con el empleo y el desempleo, Exposición a factores de riesgo ocupacional, Problemas relacionados con el medio ambiente físico, Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas, Problemas relacionadas con el ambiente social, Problemas Relacionados con hechos negativos en la niñez, Otros problemas Relacionadas con la crianza del niño, Otros Problemas Relacionados con el grupo primario de apoyo, Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales, Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales) aparece como patología en la totalidad de los centros sanitarios analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 66,31% en uno de dichos centros;
- La categoría Z70-Z76 (Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias) aparece como patología en cinco de los ocho centros sanitarios analizados la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 8,58% en uno de dichos centros;
- La categoría Z80-Z99 (Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionadas con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud) aparece como patología en la mitad (cuatro de ocho) de los centros sanitarios analizados siendo que la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología no supera el 2,33% en ninguno de dichos centros;
- La categoría T66-T78 (donde se incluye el T74 Síndrome de Maltrato) aparece como patología en seis de los ocho centros sanitarios analizados siendo la frecuencia máxima de consultas atendidas por esta patología del 11,94% en uno de dichos centros;
- La categoría s/información es utilizada en dos de los ocho centros siendo su frecuencia máxima del 3,82% en uno de dichos centros.

En suma, tomando en cuenta la frecuencia con que una patología de 1ra vez aparece registrada en los centros sanitarios analizado y la frecuencia máxima que alcanza en alguno de ellos, **se puede afirmar que las patologías que con más frecuencia aparecen como motivo de consulta que abordan los psicólogos son las comprendidas en las categorías F30-F39** (Episodio maníaco, T afectivo bipolar, Episodio depresivo, T depresivo recurrente, T afectivo persistente, Otros T afectivos, T afectivos no especificados); **F40-F48** (T de ansiedad Fóbicos, otros T de ansiedad, T obsesivo- compulsivo, T estrés grave y adaptación, T disociativos, T somatomorfos, otros T

neuróticos); **F60-F69** (T específicos de la personalidad, T mixtos y otros T de personalidad, Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral, T de los hábitos y de los impulsos, T de la identidad de género, T de la preferencia sexual, T psicológicos y del comportamiento & con el desarrollo y orientación sexuales, Otros T de la personalidad y del comportamiento en adultos, T de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificada); **F90-F98** (T hiperkinéticos, T de la conducta, T mixtos de la conducta y de las emociones, T emocionales de comienzo en la niñez, T del comportamiento social de comienzo específico en niñez y adolescencia, T por Tics, Otros T emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia); y **Z55-Z65** (Problemas relacionados con la educación y la alfabetización, Problemas relacionados con el empleo y el desempleo, Exposición a factores de riesgo ocupacional, Problemas relacionados con el medio ambiente físico, Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas, Problemas relacionadas con el ambiente social, Problemas Relacionados con hechos negativos en la niñez, Otros problemas Relacionadas con la crianza del niño, Otros Problemas Relacionados con el grupo primario de apoyo, Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales, Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales).

Dispositivos de Intervención

Hay actividades que, según lo señalado en las encuestas aplicadas, son realizadas habitualmente por todos los psicólogos: admisiones, psicoterapia, interconsultas y reuniones de equipo.

En las demás actividades podemos observar las siguientes tendencias:

Psicodiagnóstico: seis de los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (cinco de manera habitual; uno ocasionalmente).

Talleres: dieciséis de los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (doce de manera habitual; cuatro, ocasionalmente).

Charlas Psicoeducativas: once de los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (siete de manera habitual; cuatro ocasionalmente).

Grupos terapéuticos: tres de los diecisiete psicólogos –todos ellos del Hospital del Hospital Bouquet Roldán– refieren realizar esta actividad habitualmente. El resto de los psicólogos no señala la utilización de esta estrategia de intervención ni de manera habitual ni ocasionalmente.

Grupos de ayuda mutua: ningún psicólogo refiere realizar este tipo de actividad.

Reuniones psicólogos zona sanitaria: catorce de los diecisiete psicólogos refieren participar de esta actividad (doce de manera habitual y dos ocasionalmente).

Reuniones de red: ocho de los diecisiete psicólogos refieren participar de este tipo actividad (tres de manera puntual y cinco de manera ocasional).

Comisión Subsecretaría de Salud: cinco de los diecisiete psicólogos refieren participar de este tipo de actividad (tres de manera habitual y dos de manera ocasional).

Contestación de oficios: los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (trece de manera habitual; cuatro de manera ocasional).

Participación audiencias judiciales: trece de los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (siete de manera habitual; seis de manera ocasional).

Visitas domiciliarias: once de los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (siete de manera habitual y cuatro de manera ocasional).

Intervenciones en crisis: once de los diecisiete psicólogos refieren realizar esta actividad (cinco de manera habitual; seis de manera ocasional).

La presencia más marcada (por ser realizada por todos los profesionales y por implicar la mayor parte del tiempo laboral de éstos) de la psicoterapia como modalidad privilegiada de intervención y el carácter prioritariamente asistencial de ésta no puede pensarse por fuera de una perspectiva de APS ya que la APS incluye todos los niveles de atención (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación). No obstante, sí se puede afirmar que las estrategias de intervención desarrolladas por los psicólogos están centradas en un aspecto específico de la APS –el vinculado a la atención, y sobre todo a la atención individual de acuerdo a lo analizado en el tipo de abordaje– relegando otras dimensiones de la APS –como la promoción de la salud; la prevención de la enfermedad; el enfoque comunitario; etc.-

Eje cualitativo:

Estrategias de intervención

Dentro de las estrategias de intervención desarrolladas por los psicólogos de Zona Sanitaria Metropolitana en el año 2010 podemos diferenciar analíticamente tres tipos: aquellas que son realizadas de manera indistinta por los profesionales que están en los Centros de Atención Primaria de la Salud y por aquellos que desarrollan su tarea en los Hospitales; aquellas que son realizadas solo (o preferentemente) por los psicólogos que están en los Centros de Atención Primaria de la Salud; y, por último, aquellas que son desarrolladas solo (o preferentemente) por los profesionales que están en los Hospitales.

Generales

Acompañamiento a las pasantías que realizan alumnos universitarios: con variaciones de acuerdo a los distintos centros sanitarios, se han recibido pasantes de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad de Mar del Plata que están por terminar su carrera de Psicología. También se han recibido estudiantes de medicina y de psicología de la Universidad Nacional del Comahue; y alumnos de Psicología de la Universidad de Flores, sede Comahue. Si bien los profesionales señalan que ésta es una tarea importante e interesante no sólo para los alumnos sino también para ellos ya que siempre implica algún tipo de “*aprendizaje*” (Ent.2) y una posibilidad de “*intercambiar, analizar*” (Ent.10), al mismo dichos profesionales señalan también que es una actividad que les “*lleva tiempo*” (Ent.6), un tiempo que no siempre tienen disponible a nivel institucional y que a veces termina recargando al psicólogo a nivel personal.

Admisiones: entendida genéricamente como el proceso de entrevistas en el cual se definen “*la dirección y las estrategias de intervención*” (Ent.19) a seguir con un paciente así como también la necesidad -o no- de que dicho paciente inicie un tratamiento, es una actividad –según vimos anteriormente- realizada por todos los psicólogos.

Ateneos clínicos: se trata de espacios al interior del equipo –“*ateneos, presentación de casos*”(Ent.10)- o entre profesionales de distintas disciplinas –“*hay alguna psiquiatra, algún residente de psiquiatría que por ahí participa, algún pasante del servicio de adicciones*” (Ent.15)- y de distintos equipos de salud donde se presentan algunas situaciones o casos así como las estrategias de intervención (con sus posibilidades y sus dificultades) y a partir de lo cual se generan reflexiones y aportes en torno a cómo se puede continuar trabajando.

Capacitaciones: propias y hacia otros (compañeros del mismo equipo de salud, por ejemplo).

Charlas psicoeducativas: aquí se ubicaron actividades desarrolladas en la sala de espera como la bienvenida a los bebés recién nacidos (Enc.1; Ent.19) o las charlas en la sala de espera con embarazadas (Ent.1); algunas charlas de educación sexual para adolescentes realizadas en colegios secundarios (Enc.1); una charla “*con vecinos del barrio*” (Ent.19) para la prevención de adicciones; y las charlas para pacientes con diabetes y ACV y sus familiares (Enc.2) que se realizan en uno de los hospitales.

Contestación de oficios y participación en audiencias judiciales.

Comisiones Subsecretaría de Salud/Zona Sanitaria Metropolitana: a nivel de la Subsecretaría de Salud, hay psicólogos que han participado –y participan- en la Comisión Municipal de Adicciones el Programa de Análisis de Muerte Materno Infantil, el Comité de Bioética de la Zona Metropolitana, el Comité para la elaboración Guía de Prevención del Suicidio, El Grupo de Trabajo sobre Adolescencia y la Reunión Provincial de Salud Mental.

Coordinación trabajo acompañantes domiciliarios - terapéuticos: algunos psicólogos se ocupan, junto a otros profesionales (trabajadores sociales, psiquiatras, etc.), de “*supervisar el trabajo de los acompañantes domiciliarios y/o terapéuticos*” (Ent.16; Enc.1) que acompañan a algunos pacientes de salud mental que ellos atienden.

Derivaciones a otros sectores y profesional/trabajar las derivaciones: hace referencia a las derivaciones recibidas y a las realizadas por el psicólogo. Aunque diferentes, las interconsultas están estrechamente relacionadas a las derivaciones ya que “*generalmente cuando un médico clínico viene y te consulta por un paciente o te comenta sobre un paciente, también te lo está derivando; en muy pocas ocasiones uno lo orienta al médico qué hacer, por ejemplo, en un proceso de duelo inicial que uno puede decir, bueno, en qué momento derivar a psicología; habitualmente una interconsulta se transforma en derivar*” (Ent.10). Asimismo, además de recibir y hacer derivaciones, muchas veces el psicólogo se ve en la tarea de trabajar la derivación con los distintos profesionales y/o instituciones: “*por ejemplo, tenés derivaciones de estos pacientes policonsultantes, que los médicos te lo mandan al psicólogo, te lo vuelven a mandar al psicólogo, una y otra vez; y yo pongo, ausente a turno programado, ausente a turno programado; entonces, a la tercera vez, yo voy y le digo, mirá, Juanita me lo mandaste tres veces y no vino, vamos a trabajar la derivación; ¿qué es lo que vos necesitás*”(Ent.3).

Interconsultas: mientras algunos psicólogos se refieren con este término a los pedidos de “*interconsulta que nos llegan a nosotras*”(Ent.9), “*cuando vos recibís la interconsulta*” (Ent.4) desde otros servicios en relación a algún paciente/caso/situación en particular –“*con la hoja de interconsulta, de los distintos sectores del hospital o de clínica que es donde hay pacientes internados* (Ent.2)- respecto de “*cuestiones emocionales que podrían estar afectando la cuestión clínica (orgánica) de los pacientes internados*”(Enc.16); otros psicólogos hacen referencia con este término a la acción de pedir ellos asesoramiento a otros profesionales. Finalmente, otros hacen

referencia con este término a ambas circunstancias, es decir, en términos más genéricos, entiende a la interconsulta como *“la consulta de un profesional a otro”* (Ent.10).

Intervenciones en crisis: vinculadas muchas veces a la vivencia de situaciones traumáticas o de emergencia social (episodios de violencia familiar, *“quema de una casilla”* (Ent.7), etc.) más que a la atención de crisis específicas de salud mental/crisis psiquiátricas aunque también estas últimas se dan -*“N. ha llegado descompensada al Centro de Salud”* (Ent.19)- Generalmente se menciona como un tipo de intervención que los psicólogos realizan de manera puntual y no habitualmente *“nosotros a la guardia no bajamos salvo que nos llamen por alguna cuestión particular”* (Ent.9).

Presentaciones en Jornadas y Congresos/sistematización de actividades: varios profesionales mencionaron –y pusieron a disposición de la presente investigación- trabajos presentados en las Jornadas de Atención Primaria de la Salud que se organizaron en el año 2010 en la Zona Sanitaria Metropolitana, en las Jornadas que se hacen anualmente en el Hospital Horacio Heller y también en otro tipo de eventos científicos (Especialización Políticas en Salud Mental, Congreso Investigación en Psicología de la UBA, etc.). En dichas ocasiones se han presentado trabajos como las actividades en la sala de espera y la experiencia del dispositivo Espacio Arco Iris (Enc.1); el taller de herramientas para la convivencia con eje en el autocuidado y el taller para padres de niños y adolescentes con discapacidad (Ent.2); la intervención en crisis con un bebé recién nacido y su mamá en el contexto de APS (Ent.3); el diagnóstico de situación, las actividades en APS y las acciones del Probapem del CAPS Nueva Esperanza (Ent.10 y 14); el taller de Niños con trastornos de la conducta (Ent.8); el trabajo con migrantes realizado en B° San Lorenzo (Ent.13); el grupo de asistencia e investigación de pacientes con dolor crónico no oncológico intratable (Ent.16); el taller de crianza (Ent.17).

Psicodiagnósticos: son considerados como una parte del trabajo psicoterapéutico y sólo son realizados por algunos de los psicólogos. Sólo seis de dichos profesionales explicitaron la realización de esta actividad al completar la encuesta.

Psicoterapia: es una actividad realizada por todos los psicólogos la cual, además, en general ocupa la mayor parte del tiempo de trabajo aunque, entre los distintos centros y profesionales, existen importantes variaciones respecto a dicho tiempo. Respecto a esto último, mientras algunos de los psicólogos dedican casi la totalidad de las cinco jornadas de trabajo a la realización de psicoterapia –*“mi fuerte, lo que yo hago, la mayoría de las horas de trabajo es tratamiento”* (Ent.9); *“acá se prioriza la actividad de consultorio (...) se prioriza el tiempo para psicoterapia”* (Ent.17)- otros destinan aproximadamente la mitad de las cinco jornadas laborales a la realización de dicha tarea.

Reuniones de psicólogos de zona sanitaria: es una reunión donde se encuentran los psicólogos que trabajan en la Zona Sanitaria Metropolitana y que se realiza semanalmente los días viernes a la mañana. Hay una psicóloga que cumple funciones de coordinación de este espacio aunque internamente la coordinación de las reuniones se ha hecho en dupla y de forma rotativa.

Visitas domiciliarias: si bien es una forma de intervención que, según los registros estadísticos, no es utilizada muy frecuentemente por los psicólogos, en el llenado de las encuestas y en el relato de las entrevistas, la visita domiciliaria aparece como un modo de acción implementado *“en algunas situaciones así como muy especiales”* (Ent.7) siendo muy valorado como forma de acercamiento a la realidad de las familias y como manera de generar un conocimiento que no es posible desde otras estrategias de intervención -*“la forma de conocer a la gente era yendo a la casa”* (Ent.13)-.

Talleres: esta actividad se conceptualiza como “*un espacio de aprendizaje compartido donde se va construyendo el conocimiento de manera conjunta con las personas de la comunidad que participan; donde hay un espacio social compartido entre profesionales y gente de la comunidad*” (Ent.1);

- Taller de embarazadas y actividades relacionadas al control de la norma de la embarazada: en algunos lugares el taller de embarazadas se hace semanalmente (CAPS Almafuerte); en otros una vez al mes (CAPS Nueva Esperanza) –“*el espacio de acompañamiento para la embarazada, es los terceros jueves de cada mes*” (Ent.10); mientras que en otros la participación de los psicólogos es puntual según el tema del encuentro (Hospital Heller) - *lo que pasa que ahí el taller de embarazo, hecho como en módulos (...) uno nos toca a nosotros de salud mental*” (Ent.8). La actividad con embarazadas en algunos casos implica, además de la realización del taller, la revisión de las fichas para saber qué embarazadas no han venido a tiempo a los controles; recaptaciones; visitas domiciliarias pre y postnatales; y charlas en la sala de espera.
- Taller de crianza: este taller se realiza con distintas modalidades en diferentes CAPS y también en uno de los hospitales. En algunos casos el taller es convocado desde la institución sanitaria, se realiza semanal o quincenalmente y su convocatoria es abierta o semiabierta. En otros, el taller es realizado en instituciones que trabajan con niños pequeños, fundamentalmente jardines de infantes, y se realiza en alguna/s jornada/s puntual en la cual el equipo de salud se traslada a la institución trabajándose con los papás de los niños que allí asisten.
- Talleres de sexualidad: generalmente realizados en colegios primarios y secundarios por iniciativa del equipo de salud (dentro del Programa de Salud Escolar, por ejemplo) o por pedido de la institución escolar u otra institución/organización comunitaria, estos talleres se organizan puntualmente en una o varias medias jornadas de trabajo (Enc.1; Ent.10; Ent. 13; Ent.14).

Centros de Atención Primaria de la Salud

Actividades comunitarias: coordinación seguimiento pacientes psiquiátricos, “*empezamos a hacer entrevistas domiciliarias, armamos como una planillita, un par de cosas que queríamos averiguar y estuvo bueno*” (Ent.7); Día Prevención del Sida (Ent.10); Día de la Mujer (Ent.10); Día Mundial de la Salud (Ent.10), el 7 de abril; Festejo del día del niño (Enc.1; Ent.3; Ent.19); Jornada de Prevención de la Violencia, el 25 de noviembre organizada con la Red de Prevención de la Violencia (Ent.10); limpieza de la ciclovía, “*estuvimos ahí con los vecinos apuntando la limpieza del sector de las caminatas que, además, van pacientes nuestros porque los pacientes del grupo de alimentación, hacen gimnasia, hacen ejercicio físico en el centro vecinal*” (Ent.3); Mural (Ent.7); participación en la murga barrial con los chicos de la zona; organización partidos de futbol con los adolescentes de la escuela secundaria de la zona: “*como una intervención desde el Centro de Salud, como agentes del centro de salud (...) veníamos hablando que sería importante tener como más vínculo con los chicos (...) era una intervención como para tener un acercamiento más*” (Ent.19); etc.; programas de radio, “*había una actividad sistematizada que (se iba) a hablar temas de salud*” (Ent.10); Proyecto jardín maternal, “*destinado para aquellas mujeres adolescentes madres –y sus hijos- en función de que ellas puedan continuar la escuela* (Ent.10); reuniones comunitarias para gestionar el Centro de Salud Integral, “*se planifica dentro de la misma estructura edilicia la presencia también de otros sectores; por ejemplo, del Ministerio de Desarrollo Social, de Cultura, y también con la participación de otras disciplinas*” (Enc.10); semana de la lactancia, “*fuiamos con 6to y 7mo grado, fuimos a armar la muñeca (La Lola) y, mientras armábamos la muñeca, preguntamos acerca de por qué pensaban que era la semana de la lactancia, por qué era buena la lactancia...*” (Ent.7); una mañana de colores: “*actividad organizada en función de favorecer la integración de los jóvenes con el equipo de salud y de que se pudiera ir conversando con ellos la*

dificultad, por ejemplo, para retirar profilácticos; se trató de una actividad al aire libre organizada para pintar el centro de salud y donde siempre estuvo presente el dispenser de preservativos (Enc.7- Ent.7).

Actividades en la sala de espera: “*actividades puntuales que se realizan mientras la gente espera ser atendida (por el médico, por el odontólogo, por el psicólogo, etc.) y que abordan distintos temas con un enfoque más bien preventivo*”(Ent.1) y abordando temáticas como el control de embarazo, los derechos del niño, la violencia familiar, los primeros meses de vida del bebé, etc.

Asesorías Pedagógicas de los Colegios Secundarios: en uno de los centros de salud, cada 15 días se reúnen con las asesorías pedagógicas de los dos colegios secundarios para trabajar temáticas que trajeran en torno a la violencia, la sexualidad, etc.: “*no íbamos a poder trabajar individualmente con cada uno, lo que hicimos fue trabajar con las asesorías de los colegios (...)*”*“porque una de las cosas que nos dimos cuenta a partir del diagnóstico de situación, es que, sea los niños, sea los adultos, las embarazadas, pacientes crónicos, hay programas dentro de salud; en cambio adolescentes, recién ahora”* (Ent.14). Equipo interviniente: trabajador social y psicóloga. En otro centro de salud también la psicóloga –a veces sola, a veces con la trabajadora social- se reúne con las psicopedagogas de la asesoría pedagógica del colegio secundario de su zona para “*pensar juntos qué salida, qué estrategia, qué acción se podía llevar a cabo; que una podía ser derivarlo al centro de salud para que haga psicoterapia y otras cuestiones posibles de cómo manejar la situación dentro de la institución, dentro de la escuela*” (Ent.15).

Casa “Arco Iris”: dispositivo psicoterapéutico grupal destinado a niños de 0 a 6 años y a sus familias/adultos referentes donde se realiza un abordaje preventivo-asistencial. Este dispositivo viene desarrollándose en distintos CAPS de la Zona Sanitaria Metropolitana desde el año 2004 y, durante el año 2010, se realizaba en el CAPS San Lorenzo Norte estando a cargo su realización de un equipo interdisciplinario (psicóloga y trabajadora social).

Consultoría de salud sexual y reproductiva: “*lo que hicimos fue trasladar el centro de salud, el consultorio a la escuela*” (Ent.14). Se hizo en los CPEM 48 y 53 (colegios secundarios) que tienen turno mañana, tarde y vespertino y con el CEPAO. Los alumnos, previo aviso por las aulas, se anotaban en una planilla –ahorrándole ir al centro de salud a las cuatro o cinco de la mañana a sacar un turno- y, el día que iban los profesionales de salud a la escuela, aprovechaban para hacer consultas en relación a la sexualidad, los anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual, sospechas de embarazo, pedidos de laboratorio. Equipo interviniente: médica, farmacia, promotora de salud y psicóloga. Recursos materiales: folletería, preservativos, anticonceptivos.

Consultorio de Adolescentes: hace cuatro años que se está implementando, “*el objetivo general era brindar una atención a los adolescentes del área programa (...)* *porque acá no había nada, nada, nada para los chicos y supuestamente tampoco era una prioridad la adolescencia*” (Ent.18). Funciona una vez a la semana en horario corrido abarcando una franja horaria de la mañana (para que puedan asistir los adolescentes que van a la escuela a la tarde) y una franja horaria de la tarde (para que puedan asistir los adolescentes que van a la escuela a la mañana). No se saca turno. Los adolescentes pueden asistir solos aunque luego el equipo contacta a los padres. Pueden acudir cuando quieran y estar un tiempo sin asistir. Hay instancias grupales que funcionan en el SUM donde se han dispuestos materiales (grabador, CDs, revistas, hojas, lápices, etc.) en “*un espacio con características ideadas y dedicadas a los adolescentes*” (Ent.18) y hay instancias individuales de atención que han ido variando a través del tiempo. Se trabaja en coordinación con las escuelas donde acuden los adolescentes. Equipo interviniente (con variaciones a lo largo del tiempo): médica, trabajadora social, enfermera y psicóloga.

Consultorio de Escuelas Primarias: este proyecto surge ante la gran cantidad de derivaciones realizadas por las escuelas de la zona al área de psicología. Los objetivos: *“por un lado, evitar la psicopatologización de la infancia y, por otro lado, afianzar los vínculos con las instituciones; y también para mí, en el área de psicología, disminuir la demanda de ese tipo de consulta”* (Ent.18). Se trabaja con las cuatro escuelas primarias que hay en la zona. Se han dedicado dos medias jornadas cada 15 días (una de mañana y otra de tarde) donde se asiste a las escuelas que lo hayan demandado. Se armó una fichita donde el colegio tiene que anotar quién es el alumno, a qué grado y a qué turno asiste, cuál es su maestra, cuál es la dificultad, etc. No se atienden problemas específicos de aprendizaje. El equipo va a la escuela y allí se entrevistan con el chico, los padres, la maestra, etc.: *“ahí los ves, en su ámbito natural, y eso hace que se puedan observar muchísimas otras cosas que en el consultorio no se ven; tenés el relato de la maestra, del equipo directivo, los padres van a la escuela que tampoco para los padres es lo mismo ir a la escuela que venir acá; el chico funciona de una manera totalmente diferente porque ahí las extrañas somos nosotras”*(Ent.18). Equipo interviniente: trabajadora social y psicóloga.

Diagnósticos comunitarios: los psicólogos han participado en la realización del Diagnóstico de Situación del Centro de Atención Primario de la Salud Nuevas Esperanza, años 2009-2010; el Relevamiento Poblacional de la Red Interinstitucional de Apoyo a la Niñez y la Adolescencia (REDIANA) en la que participa el Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte, años 2008-2010; y en el Relevamiento Poblacional de Parque Industrial realizado en momentos anteriores al año 2010.

Huerta Comunitaria Trabún Malén: proyecto surgido en el año 2006 a partir de la iniciativa de un grupo de profesionales del Centro de Atención de la Salud de Barrio El Progreso (psicólogo, trabajador social, odontóloga, etc.) y de profesionales de otras instituciones (ingeniero agrónomo del INTA, etc.), quienes pensaron la huerta como una posible respuesta a la complejidad de las problemáticas que se producen dentro de los distintos sectores de la sociedad y como posible espacio terapéutico para pacientes con trastornos graves de salud mental. Algunos de los problemas detectados a partir de los cuales surgió esta iniciativa han sido la alimentación inadecuada, escasa actividad física, aislamiento, rotulación, autorotulación, miedos, marginación, hábitos no saludables y dificultad en el autocuidado.

Orientación vocacional: se organizó una jornada donde distintos profesionales del centro de salud (psicóloga, trabajadora social, médica, etc.) fueron al colegio secundario a contar acerca de sus profesiones a los alumnos que estaban interesados en seguir carreras afines al sector salud, *“los chicos escuchaban y prestaban atención”* (Ent.15).

Talleres:

- Taller de padres: estrechamente relacionado a algunos objetivos del taller de crianza, destinado a los papás de los niños de una escuela primaria de la zona (Ent.6). Equipo: psicólogo.
- Taller de prevención de accidentes: realizado en dos CAPS (Enc.1; Ent.10) y destinados a trabajar con los padres algunas medidas de *“prevención de accidentes”* (Ent.10) respecto a los niños y de primeros auxilios (Enc.1). Equipo: interdisciplinario.
- Talleres relacionados a los niños con bajo peso al nacer y otras actividades vinculadas con el PROBAPEN (Programa Bajo Peso al Nacer): además del control de la norma, un equipo compuesto por una médica, la pediatra, una enfermera, una administrativa y la psicóloga, realizan charlas en la sala de espera de uno de los CAPS –mientras los papás y los niños

esperan ser atendidos en el control- tendientes a acompañar a las familias en la crianza de estos niños que han tenido bajo peso al nacer y cuyo desarrollo presenta características particulares.

- Otros talleres que se realizan: taller de mujeres (Ent.6); taller de diabetes (Ent.6).

Trabajo en red: según los centros sanitarios y los distintos momentos, el trabajo de red ha estado más o menos fortalecido. En algunos momentos ha sido sistemático, mientras que en otros se ha convocado a partir de situaciones puntuales. En general aparecen más insertos en el trabajo en redes intersectoriales los psicólogos que forman parte de los Centros de Atención Primaria de la Salud que los psicólogos que trabajan en los Hospitales. En ese marco, pueden mencionarse las siguientes redes: Red Parque Industrial (CAPS Parque Industrial); Red de Prevención de la Violencia y Red Interinstitucional del área del CAPS Nueva Esperanza; Red de Apoyo Interinstitucional a la Niñez y la Adolescencia (REDIANA).

Hospitales

Asistencia e investigación de pacientes con dolor crónico no oncológico intratable: equipo de profesionales que asisten (individualmente) e investigan acerca de pacientes no oncológicos con dolor crónico intratable cuyo origen nos relataban del siguiente modo: *“había algo así como que nos convocaba a las dos de la cuestión; a mí la cuestión más biológica del dolor y a ella la cuestión más emocional del dolor pero nos parecía que estaban las dos integradas y que es imposible separarlas como cualquier cuestión”* (Ent.16). Equipo: trabajador social, médica/s y psicóloga. Se reúnen semanalmente para intercambiar distintos aspectos en relación a la atención de los pacientes y a hacer lecturas que los ayuden a trabajar mejor con dichas personas.

Consultorio de Adolescentes: funciona los días jueves. Lo realizan una psicóloga y una médica general especializada en adolescencia. Para acudir al consultorio, los adolescentes no tienen que sacar turno sino que van directamente y esperan ser atendidos. Si no se los llega a poder atender ese día, pasan para el jueves siguiente pero ya teniendo reservado su lugar. Se busca tener una mirada integral que contemple no sólo lo físico sino también lo psicológico y, desde que entran al consultorio, se les explica que ese es el sentido de que estén las dos profesionales –médica y psicóloga- recibiendo la consulta.

Dispositivo de rehabilitación y reinserción social para mujeres y para varones (gimnasio, fútbol y taller de laborterapia): si bien dicho dispositivo es coordinado por un profesional de otra disciplina (trabajador social) y no hay participación directa y continua de los psicólogos, dos de ellas mencionaron dicho dispositivo como integrado a su propia tarea ya que han participado en su organización inicial, derivan frecuentemente pacientes a dicho espacio y, además, porque ocasionalmente participan de alguna actividad o momento especial de este dispositivo. Así, articulan su propio trabajo clínico individual con una instancia grupal que rescatan como altamente saludable. El gimnasio (mujeres y varones), el fútbol (varones) y el taller de laborterapia (mujeres) funciona cada uno una vez por semana.

Grupos terapéuticos: de control de ansiedad (Ent.2); de adolescentes (Ent.2); de niños testigos de violencia (Ent.12 y 17) y padres en situación de violencia (Ent.2 y 13). En relación a estos dos últimos grupos terapéuticos vale decir que, inicialmente, se conformó el grupo terapéutico de niños (de 10-11 años) testigos de violencia a partir del tipo de demanda que había recibido la psicóloga de niños. Lo coordinaron dos psicólogas. A partir de allí, y aprovechando el hecho de que las mamás /papás esperaban a los niños en la sala de espera, se organizó otro grupo terapéutico con madres/padres de dichos niños, es decir, con las personas adultas responsables de los pequeñas

quienes también están atravesando/protagonizando situaciones de violencia. Este último grupo es coordinado por las otras dos psicólogas del servicio de salud mental.

Reuniones con otros sectores/equipos del hospital: algunas de estas reuniones son más bien puntuales y a partir de la necesidad de resolver alguna situación específica y otras ya tienen un lugar institucional más establecido. Ejemplo de esta última, es la Reunión del Equipo de Rehabilitación de Niños del Hospital Bouquet Roldán.

Talleres:

- Taller de Adolescentes/Nutrición: una psicóloga y una médica general especializada en adolescencia. Se realiza cada 15 días, en horario del mediodía para que puedan asistir tanto los adolescentes que van a la mañana al colegio como los que van a la tarde. Está organizado en una cantidad limitada de encuentros temáticos aunque la planificación inicial se ha ido modificando a partir de la incorporación de las inquietudes de los adolescentes. A partir de este taller, otras dos psicólogas del servicio de salud mental, organizaron un espacio terapéutico para las mamás que llevan a sus hijas y las esperan en la sala de espera. En dicho espacio trabajan temas como hábitos saludables, educación nutricional, etc.
- Taller de Herramientas para la Convivencia: “taller de capacitación interna” (Ent.2) con eje en el autocuidado. Realizado por algunos miembros del equipo de salud mental y destinado a distintos sectores/equipos del hospital.
- Taller de Nutrición: destinados a los niños –y a sus papás- que, en el control de salud escolar, fueron detectados con sobrepeso. Allí “*hablábamos desde la alimentación saludable, lo que tenía que hacer uno para sentirse bien, no para adelgazar; como tenía que ser la alimentación, la actividad física, que se yo, y veíamos ahí algunas cuestiones familiares*” (Ent.8). Equipo interviniente: nutricionista y psicóloga. Lugar: SUM del hospital.
- Taller de Orientación a padres de chicos con discapacidad: destinado a familiares de niños y adolescentes con discapacidad en el que se desarrollan actividades, técnicas vivenciales, etc. con material psicoeducativo y de orientación, etc. Se realizó desde el año 2007 hasta el año 2010 con una frecuencia quincenal. Coordinación: dos psicólogas de salud mental. Temáticas: diferentes aspectos de lo que es la discapacidad, cuestiones familiares, aceptación del diagnóstico, puesta de límites en los chicos con discapacidad, reorganización de la familia en función de la discapacidad, actividades físicas para niños/adolescentes con discapacidad (Ent.2).
- Taller de obesidad: realizado por una psicóloga, una nutricionista, una trabajadora social y una médica general. Según los períodos, funciona semanal o quincenalmente. Hay un eje temático por encuentro y también van surgiendo distintos temas desde los participantes. El enfoque teórico utilizado es el cognitivo-conductual.
- Taller libre de humo: realizado por una psicóloga, un psiquiatra y una médica general. Tiene un comienzo y un final. Se basa en la teoría de Purchasca y De Clementis. Es “*un programa de nación, está armado en base a una teoría cognitivo-conductual; está basado en la teoría de (Purchasca y De Clementis) sobre adicciones, las etapas; ese funcionó, ese taller en el 2010; uno entre mayo y junio y otro entre agosto y diciembre*” (Ent.13.).

Respecto al **espacio** y el **tiempo** en los cuales se desarrollan estas distintas estrategias de intervención, podemos decir que la casi totalidad de las acciones y del tiempo de trabajo transcurren en espacios institucionales sanitarios. Unas pocas excepciones a esta “regla” son las visitas domiciliarias que se dan en los domicilios de las familias y la participación en audiencias judiciales u otros tipos de reuniones interinstitucionales que se realizan en espacios institucionales no sanitarios.

Resto a la **modalidad de registro**, y de acuerdo a lo manifestado por los encuestados/entrevistados, se puede afirmar que, además de los registros personales que en general cada profesional realizada, todos los profesionales registran sus actividades en las planillas de Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental. Sin embargo, mientras en algunos casos la información volcada en dichas planillas es procesada por el área de estadística del centro sanitario correspondiente llegando la información a la Zona Sanitaria Metropolitana, en otros casos dicha información no es procesada a nivel local. Las planillas de Prestaciones Grupales y Actividades en Salud Mental son completadas por muy pocos profesionales no siendo en ningún caso procesada su información ni a nivel local (CAPS, Hospitales) ni a nivel de la Zona Sanitaria Metropolitana.

Marcos Teóricos

Las **perspectivas teóricas** que orientan el accionar de los psicólogos han sido descriptas fundamentalmente como de **orientación psicoanalítica** (formación de grado) a partir de la cual algunos profesionales han continuado profundizando su formación (a nivel de postgrado) en esta línea teórica mientras que otros lo han hecho dentro de una **perspectiva sistémica y/o cognitiva-conductual**. Sólo en dos casos se menciona a la **psicología comunitaria** como perspectiva que forma parte del bagaje teórico de los profesionales.

Como perspectivas teóricas particulares que acompañan la realización de algunas de las tareas específicas que desarrollan los psicólogos, y además de las perspectivas teóricas mencionadas, se han citado:

- en la admisión, la psicoterapia estratégica de Haley (enfoque sistémico) y el enfoque integrativo multidimensional;
- en la psicoterapia, el enfoque de psicoterapias breves;
- en la interconsulta, el enfoque integrativo multidimensional, la APS y el enfoque interdisciplinario;
- en los talleres, según la temática principal: psicología evolutiva del niño, salud mental de la primera infancia, Atención Temprana del Desarrollo y Ley 2302 (taller de crianza); aportes de las Ciencias del Inicio de la Vida y Salud Mental Perinatal (taller de embarazo); Modelo Protchaska (etapas motivacionales) y modelo no dietante (M.Katz) (taller psicoeducativo de alimentación saludable); Educación Popular (taller de promoción de la salud y prevención); Modelo Adicciones Di Clemente (taller para dejar de fumar); y Perspectiva de Género (charla sobre sexualidad).

Todas estas teorías integran esa especie de “maletín de brujo” o “caja de herramientas” a la que apelan los psicólogos en su tarea cotidiana. En ese sentido, como comentaba una de las psicólogas, se puede pensar la propia formación teórica desde *“un modelo inclusivo, que lejos de ser una coctelera o rejunte, es una “y” inclusiva y no excluyente las conceptualizaciones y teorías, si se quiere, serían los mapas, la cartografía con la que contamos para aproximarnos como psicólogos a un territorio siempre a seguir explorando”* (Ent.3).

A nivel de grado y postgrado la mayoría de los profesionales reconoce no tener formación específica en lo comunitario ni en APS: *“pero las cuestiones comunitarias, las cuestiones que van más allá de la clínica o lo asistencial, el consultorio, a mí me gustan pero me gustan también desde lo personal además de lo profesional; o tengo formación específica en lo que es APS pero sí es lo que me interesa y me interesa también trabajar en cosas que no sean consultorio”* (Ent.14). Sin embargo, dichos profesionales sienten igualmente que tienen las suficientes herramientas teóricas como para

desarrollar las tareas que desempeñan y algunos de ellos señalan explícitamente que “*se pueden tener prácticas comunitarias con una escucha psicoanalítica*” (Ent.7). En ese sentido, más que oponer “lo clínico” a “lo comunitario” o al trabajo en APS, pueden pensarse ambas formaciones/tareas como complementarias.

Formación de grado

Aunque en diferentes épocas y por tanto, con distintas características, los psicólogos que trabajan actualmente en la Zona Sanitaria Metropolitana estudiaron en las siguientes universidades:

Universidades públicas:

Universidad de Buenos Aires: tres psicólogos;

Universidad de La Plata: cinco psicólogos;

Universidad Nacional de Córdoba: siete psicólogos.

Universidades Privadas:

Universidad de El Salvador: tres psicólogos;

UFLO Comahue: un psicólogo.

De acuerdo a la caracterización que hicieron los psicólogos, sus formaciones han sido más orientadas hacia el trabajo clínico y desde una perspectiva psicoanalítica. No obstante, algunos rescatan materias orientadas hacia otras áreas y también hacia lo social-comunitario-sanitario.

Formación de Postgrado

Entre los que sí tienen formación de postgrado a nivel de APS y/o enfoque comunitario, podemos mencionar:

Residencia en Salud Mental Comunitaria o trabajo como parte del Sistema de Salud Mental de la Provincia de Río Negro: cuatro psicólogos; en esta provincia la perspectiva es de un trabajo de desinstitucionalización en Salud Mental más que centrado en APS.

Postgrado en Salud Social y Comunitaria (Programa Médicos Comunitarios): cuatro psicólogos de planta; una psicóloga becaria; del resto de los psicólogos, varios han intentado hacerlo, pero no lo han conseguido porque, según el año, se ha priorizado que lo realicen los profesionales de los centros de salud y no de los hospitales y/o se ha priorizado la incorporación de becarios externos y no profesionales del sistema de salud; un solo psicólogo está inscripto para realizar dicho postgrado cuando inicie la próxima cohorte.

Otras formaciones específicas: dos psicólogos.

Concepciones acerca de la Atención Primaria de la Salud

A partir de lo que los psicólogos fueron diciendo respecto a la APS, se pueden delinear algunos ejes –que no se excluyen entre sí- en torno a los cuales giran las principales ideas que tienen estos profesionales acerca de la Atención Primaria de la Salud:

Una posición y una decisión política: “*que tiene que ver con la salud en general, ser actor de la propia salud*” (Ent.19);

Un enfoque comunitario: estar más cerca de la comunidad (Ent.5;7;13; 14; 17), “salir de un centro de salud, poder tener contacto con la comunidad, poder escuchar a la comunidad” (Ent.14); “saben que estamos; por ahí no estamos ya si nos necesitan; puede ser un rato más tarde o puede ser mañana; tampoco nos tiene que buscar y esperar por medio de una ventanilla o un mostrador y nunca se encuentran con nosotras” (Ent.18); que implicar actividades extramuros (Ent.5; 16); un enfoque que promueve la participación comunitaria (Ent.1; 19) y la problematización de las situaciones, “problematizar sobre ese tema y ver en qué termina esa problematización (...) problematizar la oportunidad que tenés la primera vez que los ves”(Ent.8).

Un trabajo que incluye a dimensión del “otro”: estar dispuesto al encuentro (Ent.3;6;) sin “forzar al otro a nuestro recorte” (Ent.3); el trabajo con el otro, “el otro como colega, el otro colega, el otro profesional, con otros profesionales, con el equipo, con otras instituciones (...) el trabajo con las otras personas que implica otras miradas, tratar de coordinar y de complementarse con el otro” (Ent.10); acompañar al otro “en su proceso (...), acompañar o propiciar espacios individuales, grupales o comunitarios, en donde se despliegue el ser de cada quien” (Ent.11); un trabajo más personalizado ya que “por ahí una persona que va al hospital se pierde, es un número más, y me parece que acá es una persona que tiene cierta dolencia o sufrimiento psíquico o en el cuerpo” (Ent.7).

Una mirada integral de las personas y de la salud que incluye a la salud mental: una concepción de salud que incluye la salud mental (Ent.1; 5;) y una concepción integral de la persona (Ent.2; 5; 9; 14;16); “la concepción de la persona como un todo; o sea, que no es sino es en relación a un otro y en un contexto” (Ent.2); “poder ver que los problemas de salud que tiene la comunidad está total y absolutamente vinculado con la forma y la calidad de vida que tienen (Ent.14).

Un trabajo en todos los niveles de atención pero orientado a la salud y con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades: una estrategia que abarca todos los niveles de atención (Ent.4; 9), que “no está orientado sólo a la prevención y a la promoción” (Ent.4) sino que incluye la promoción de la salud (Ent.12;14;17); la prevención de la enfermedad (Ent.12;14;16); el tratamiento (Ent.12;15) así como también la rehabilitación (Ent.2;15;16) y la reinserción en la vida cotidiana ya que “la rehabilitación no empieza y termina acá en el hospital, al contrario, empieza cuando se van a la casa, volver al trabajo, volver a la escuela... y ese paciente es el más interesante” (Ent.2); una estrategia con énfasis en la salud -“atender desde la salud, no psicopatologizar de entrada...”(Ent.3)- y con una mirada estratégicamente orientada hacia la salud -“ estrategia, focos (...) asistir, estar al lado del otro, estar próximo, estar en servicio (...) estar al lado del otro estratégicamente orientado con las tecnologías que uno tiene”(Ent.3)-; una estrategia que busca aprender a mirar y a rescatar los recursos de la propia comunidad, “poder hacer visibles cuestiones que tienen ellos, que son de ellos y que no las ven, que uno tampoco las ve” (Ent.7).

Un trabajo activo en equipo interdisciplinario e intersectorial: un trabajo en equipo (1;9;18) y de todo el equipo (Ent.7) donde dicho equipo es activo -“no quedamos esperando la demanda” (Ent.1)- y donde el propio equipo debe también cuidarse, “empezar a preguntarnos o a trabajar en la pequeña comunidad” (Ent.11); un trabajo interdisciplinario “donde la salud mental esté incluida” (Ent.4); “uno no se encierra en su disciplina sino que puede compartir las miradas” (Ent.18); un trabajo intersectorial y en red (Ent.1;9;14;18): “coordinar con las escuelas, coordinar con las redes, con justicia en relación a situaciones” (Ent.9).

Un trabajo en constante movimiento que incluye múltiples estrategias de intervención y donde la APS puede pensarse como una dimensión más o menos presentes en dichas acciones: un trabajo en constante movimiento: “o sea, que nada es fijo y que nada lo podés planear porque siempre hay

cosas nuevas (...) de desestructuración constante”(Ent.6); una tarea donde se implementan una multiplicidad de estrategias de intervención ya que “no queda solo en un taller, no queda solo en un consultorio, son cosas que van aportando” (Ent.14); una estrategia donde la APS siempre puede pensarse como una dimensión presente en mayor o menor medida dentro de cada dispositivo “la asistencia, no deja de ser una actividad que incluye una prevención y una promoción” (Ent.15); “todo lo que hacés de actividad grupal, de actividad individual; podés trabajar desde la salud o desde la enfermedad”(Ent.13).

En función de lo anterior se puede decir que, por un lado, cada uno de los profesionales encuestados/entrevistados, en mayor o menor medida, fue reconociendo que en su trabajo pone en juego algún aspecto de su propia concepción de Atención Primaria de la Salud aunque, como nos decía una de las psicólogas, quizás en el propio hacer lo que no está es *“todo el conjunto, todo el concepto como corresponde ni está abordado así” (Ent.16)* sino aspectos parciales del mismo.

Por otro lado, tomando en cuenta las dos grandes maneras en las que -según hemos dicho anteriormente- pueden pensarse las relaciones entre la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental, es decir, la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de Atención Primaria de la Salud y la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (2), ambas ejes del Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén, se puede sostener que lo que no aparece explicitado en las concepciones de APS de los profesionales encuestados/entrevistados, son ideas que tengan que ver con esta segunda forma de pensar las relaciones entre APS y Salud Mental.

En ese sentido, tomando en cuenta que estamos analizando las estrategias de intervención de psicólogos que se desempeñan en una provincia en la que no existen -ni han existido- instituciones psiquiátricas, la inclusión de la APS en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica podría pensarse, como línea de trabajo a ser desarrollada y fortalecida a futuro, sobre todo en términos de construcción de soportes comunitarios para el trabajo con pacientes con dificultades graves en salud mental y de dispositivos que posibiliten el manejo de las crisis agudas.

Dentro de esta concepción de la Atención Primaria de la Salud, el **rol del psicólogo** se concibe en los siguientes términos:

A nivel general, los profesionales entienden que su rol tiene que ver con:

Trabajar en relación al sufrimiento del otro lo que implica no sólo poder escuchar al otro sino también “poner el cuerpo”: *“yo creo así como dice Fernando Ulloa, uno está psicoanalista; escucha desde ese lugar; las intervenciones son variadísimas (...) depende de en qué ámbito intervinís van a ser las estrategias; pero la posición para escuchar el sufrimiento humano siempre va a ser una desde mi punto de vista (...) uno elige trabajar con el sufrimiento; y es ponerle el cuerpo a eso con herramientas, con técnicas, con formación pero es elegir el sufrimiento; y su otra cara o su cara más bonita, su cara más saludable, que es el deseo” (Ent.16);*

Tener una escucha diferenciada diseñando estrategias de intervención pertinentes: *“el rol del psicólogo siempre es desde la escucha, de despejar la situación y de poder pensar en intervenciones a seguir (Ent.5); “una escucha diferente que no la tiene otro profesional; sea la capacitación que hayas tenido hay algo que vos escuchás que es diferente (Ent.8);*

Esperar y respetar los tiempos del otro: *“diferente la intervención del médico a la intervención del psicólogo, y que no se puede obligar a nadie a hablar; distinto es cuando vos intervinís un cuerpo*

porque nadie le pregunta al paciente, se le interviene el cuerpo; los psicólogos no hacemos eso” (Ent.16);

Realizar tratamiento y aliviar el malestar: *“brindar tratamiento” (Ent.9); “aliviar el malestar” (Ent.15);*

Promover el cambio y la transformación (Ent.2; 10) siendo *“un perturbador estratégicamente orientado” (Ent.3);*

Promover que las personas se escuchen a sí mismas: *“re-conectarse si se quiere con su propio discurso, preguntarse qué quieren, y poder ser algo más partícipe de tu vida en lo que pueda ser una vida más saludable y más gratificante” (Ent.15);*

Contribuir a re-armar el lazo social: *“re-encauzarlo hacia la posibilidad de que puedan vincularse de otro modo” (Ent.15).*

A nivel específico de la APS, los profesionales entienden que el **rol del psicólogo en APS** tiene que ver con:

Atender y promover la salud y la salud mental: *“el psicólogo está para atender la salud no la enfermedad (...) todo lo que hacés de actividad grupal, de actividad individual, podés trabajar desde la salud o desde la enfermedad” (Ent.13); “no hay salud sin salud mental” (Ent.19);*

Trabajar en la prevención de las enfermedades: priorizando *“las acciones que potencialmente tengan un fuerte impacto preventivo” (Ent.1); “evitar que la gente se enferme y si no podés evitarlo demorar... aliviar (Ent.3);*

Estar a mano de la comunidad acompañando las situaciones vitales por las que atraviesan las familias y desde cuestiones muy concretas cuando es uno el que tiene el vínculo (Ent.1; 3; 4; 5; 11): *“estar a mano de la gente” (Ent.1); “acompañar al otro en su proceso” (Ent.11); “nuestro paciente es un paciente, que lo vemos ahora porque nació su bebé, después lo vemos porque se separó o busca trabajo, tuvo conflictos con sus nietos, tiene un duelo que no puede resolver sin nuestra ayuda, quiere jubilarse, etc. (...) aunque hace más de un año que no los atiendo, y sigo siendo su psicóloga” (Ent.3); “hay colegas que te dicen que no, que lo acompañe el trabajador social... pero si vos estás haciendo el... vos tenés el vínculo con el paciente; si, yo los he acompañado a hacer denuncias” (Ent.5);*

Contribuir a que la gente implemente sus propias estrategias de afrontamiento: *“acompañar, estar atento, y sobre todo ayudar a la gente a instrumentar sus propias estrategias de afrontamiento y a potenciar los recursos que de por sí tienen que a veces los tienen como invisibilizados” (Ent.3); “poder hacer visibles cuestiones que tienen ellos, que son de ellos y que no las ven, que uno tampoco las ve” (Ent.7); “acompañar en la resolución de determinadas problemáticas como a potenciar aquellos recursos que tiene la comunidad” (Ent.10);*

Tener un enfoque comunitario, un rol activo y una mirada general: desde el cual *“trabajar con las problemáticas prevalentes de la comunidad” (Ent.1) y “contribuir al fortalecimiento de lazos comunitarios (Ent.1); “es un rol activo... a veces te encontrás haciendo cosas que nunca te imaginabas que ibas a hacer (...) acá no te podés dar el lujo de especializarte y decir yo atiendo, no sé, fobias; y descarto todo lo demás; acá tenés que estar formado en todo” (Ent.6);*

Tener una perspectiva comunitaria complementaria al trabajo clínico (Ent.1; 7 y 19): “*se pueden tener prácticas comunitarias con una escucha psicoanalítica*” (Ent.7) sin oponer “lo clínico” a “lo comunitario”;

Trabajar con otros aportando una mirada específica desde el campo de la psicología: “*no puedo tener una visión de mí misma o de mí como profesional aislada; me gusta trabajar desde otro colega, otro médico... o sea, otro*” (Ent.2); “*sintonizar con los equipos*” (Ent.3); “*nuestra participación es también aportar, hacer una lectura o una mirada a los contextos sociales y a las problemáticas que actualmente se están presentando*” (Ent.10); “*brindar un aporte desde la disciplina que uno trae*” (Ent.14); “*que lo comunitario no borre lo específico*” (Ent.18);

Promover la implicación subjetiva de las personas en sus propios procesos de salud y enfermedad: “*si no hay una decisión de participación subjetiva de las personas, diríamos no existe la posibilidad de la salud mental (...) hacerlo responsable es abrir un camino, una posibilidad de la salud mental y me parece que esa es nuestra tarea a grandes rasgos*” (Ent.19).

Facilitadores y obstáculos en el trabajo del psicólogo en la APS

Facilitadores:

Un sistema de salud orientado realmente –y no sólo discursivamente- a la APS: en este aspecto, no obstante, mientras algunos psicólogos señalan que esta orientación real del sistema hacia la APS estaba presente cuando ingresaron al sistema de salud neuquino –“*y la primera diferencia con los Servicios de Salud Mental que yo había conocido, fue que, en vez de estar al fondo a la derecha, o al costado de anatomía patológica, estábamos adelante, en la entrada del Hospital (...) lo que yo había escuchado y había trabajado y soñado hacer en los equipos interdisciplinarios del Atamdos en Provincia de Buenos Aires acá estaba hecho; estaban las guías (...) lo que estaba armado era un modelo de APS*” (Ent.3)-, otros llaman la atención sobre el doble discurso que se ha dado sobre todo en los últimos años donde, si bien se habla de APS, los mayores recursos se destinan a “*la atención de la demanda en urgencias, en crisis; favorecer las guardias y crear esa sensación de dependencia del sistema de salud e ir cuando ya no hay otra cosa para hacer; poner los mayores recursos en los hospitales más centralizados*” (Ent.19);

La apertura institucional para hacer actividades vinculadas a la APS: “*dentro del hospital, no hay dificultades; porque, suponete, cuando se nos ocurrió trabajar con obesidad o con el taller libre de humo (...) internamente no hay dificultades, coordinás con unos o con otros*” (Ent.13); “*lo que es la dirección de acá no te facilita pero tampoco te obstaculiza (...) no se prioriza sería*” (Ent.17);

Tener una buena formación en general y una formación específica en APS (Ent.1;2;6;8;19): “*la formación con una cierta perspectiva comunitaria y que priorice el enfoque en APS*” (Ent.1); una formación amplia, “*no pensar las cosas de una sola manera, sino tener un abanico de alternativas...*” (Ent.6); “*hay personas con formación muy variada y eso también está bueno*” (Ento.8);

La existencia de determinados recursos humanos en el equipo de salud favorecedores de un trabajo en APS: “*agentes sanitarios, médicos generalistas, etc.*” (Ent.1), especialmente la inclusión de agentes sanitarios de la propia comunidad donde se trabaja;

El trabajo en equipo interdisciplinario, su cohesión, estabilidad y las personas que lo integran: “*todo depende de las personas; que los equipos no se caigan, que la actividad siga*” (Ent.8); “*el*

equipo” (Ent.11), “contar con un buen equipo de trabajo” (Ent.18); “más allá de las diferencias, hay una cohesión en todo el equipo de salud que es un facilitador para un trabajar” (Ent.19); “la estabilidad del equipo en APS” (Ent.3); “el primer facilitador es no pelearse con el equipo (lo cual no quiere decir no disentir) (...) darle prioridad a la derivación interna del Hospital; luego atender la consulta espontánea” (Ent.3); “tener un buen co-equiper social, que haga un buen trabajo de red” (Ent.3); “tener una acción interdisciplinaria” (Ent.11); “la comunicación entre profesionales, interdisciplinaria” (Ent.12); “los proyectos del equipo tienen que ser, como mínimo, de a dos; y hasta que no esté, que seamos dos, no lo hago; porque el otro es el compromiso del equipo entonces el equipo no está preparado todavía” (Ent.3); “sólo hacen falta dos para pensar una actividad” (Ent.8); “el enriquecimiento y el alivio de trabajar con otros porque a veces hay cuestiones como muy complicadas, complejas” (Ent.10);

El trato respetuoso e igualitario dentro del equipo: “por suerte estoy en un lugar donde el psicólogo no es un auxiliar, no es algo que lo tienen como descarte sino que es algo que estás en un mismo nivel” (Ent.6);

El poder replantearse permanentemente la práctica: “estamos viendo que hay cosas que no nos estaban saliendo porque no nos escuchamos” (Ent.7); “la posibilidad de poder re-plantearse eso aunque eso implique volver una y otra vez a un punto de partida” (Ent.15);

Tener apertura y flexibilidad: “tener compañeras con experiencia y con amplitud de criterio para pensar estas cosas y para salir de su práctica y poder interactuar” (Ent.11); “estar abierto, tener una mente abierta (...) los espacios, están pero se van; tienen su vida y hay que saber laburar y proyectar con eso; darles cierres cuando es necesario (...) como un barco en permanente movimiento” (Ent. 3);

El apoyo a las iniciativas que se proponen, su continuidad a través del tiempo y el registro de las mismas: “todas las cosas que yo he ido proponiendo y en conjunto con compañeros que pueden ser colegas o no, han sido bienvenidas (Ent.2); “un grupo, para instalarse, como mínimo dos años de trabajo hasta que se consolida el armado de un espacio; o un año, como mínimo, y hay que sostenerlo (Ent.3); “para que pueda entrar D., el argumento fue la estadística, y me parece genial, es la evidencia” (Ent.2);

La existencia y la buena distribución de recursos humanos y materiales: “hay bastantes recursos en zona (aunque también) hacen falta más recursos en salud mental (...) lo que por ahí no hay es una coordinación” (Ent.4); “a pesar de la falta de consultorios yo, una de las cosas que valoro, es el consultorio específicamente para niños” (Ent.8);

El interés personal en trabajar en APS y el encontrarse con otros dentro y fuera que también quieran hacerlo: “el querer hacerlo; yo, realmente, me gusta mucho lo que hago (...) hay compañeros que sí tienen ganas de trabajar; no sólo compañeros sino también hay referentes comunitarios que realmente le ponen muchas ganas” (Ent.14); “hay gente con ganas; en todos lados encontrás a alguien” (Ent.17); “la historia que tiene el centro de salud (...) la gente que hizo historia en el centro de salud, dejó como un ideal instalado en la comunidad que también hace que sea una facilitador, digamos en la gente que hace tiempo que está en el barrio y que se acercaba en aquel entonces al centro de salud” (Ent.19);

La existencia de referentes comunitarios y la buena recepción de la gente en la comunidad: “hay muy buenos referentes comunitarios; no porque uno dice referentes comunitarios sino porque la comunidad los tiene como referentes (...) han aportado muchísimo desde la experiencia, desde los

contactos, desde hablar con los vecinos, desde un montón de lugares” (Ent.14); “la recepción de la gente en el barrio también” (Ent.19);

Una ubicación geográfica próxima a la comunidad: “el lugar geográfico donde está porque uno trabaja como más cerca de la comunidad; está muy lejos de muchas cosas y está más cerca de la comunidad geográficamente” (Ent.19).

Obstáculos:

La falta de igualdad del psicólogo en relación a otras profesiones y la falta de valoración de la salud mental desde otros y desde los mismos profesionales de la salud mental: “yo siento que nosotros dependemos del generalista como un auxiliar, yo lo siento así; por la forma, la actitud que tienen; de hecho hasta por cómo se opinan, se meten o descalifican a veces” (Ent.4); “por ejemplo, el espacio que nosotros ocupábamos ahora se usa para la rehabilitación cardiopulmonar; para eso nos sacaron a nosotros; que está bueno, es importante, pero... eso sí se valoriza más” (Ent.17); “yo por ejemplo, actualmente, tengo dos pacientes que los voy a ver en domicilio; me los organizo a primera hora de la mañana para ir desde mi casa al domicilio del paciente y de ahí me vengo al trabajo; o sea, yo no tengo incorporado que eso forma parte de mi trabajo, que el hospital tiene un vehículo, además de una ambulancia... o sea, tiene un auto, con un chofer y que, además de estar para otras cosas, está también para esto; pero yo no lo tengo incorporado, no lo pido, no lo solicito” (Ent.2);

Responsabilizarse en lo personal de cuestiones que debería resolver la institución: “yo evaluo como obstáculo estas cuestiones propias (...) a mí me cuesta esta cosa de... y yo pasé la nota, y bueno... o no autorizaron, o todavía no se en qué voy a ir, al paciente le digo que bueno, salvo que lo puedan traer acá, lo veré o no; a mí no me sale; (...) yo siento que a veces tengo que estar legitimando de que, porque quiero hacer un proyecto, es re-bienvenido, la mejor onda, está todo bárbaro, pero después a la hora de facilitarme los recursos, pareciera ser que es una necesidad personal, más que una cuestión institucional” (Ent.2); “porque a veces vos tenés que salir con tu auto, y te puede pasar, y eso después no... nadie se hace cargo de eso; y si no venís con el auto, también tenés que depender esto de... o sea, tenés que caminar diez cuadras para ir a la biblioteca; y si llueve, y si pasan esas cosas que vos no las podés controlar y tampoco tenés algo como para poder solucionarlo” (Ent.6); “todas las decisiones políticas de los últimos años, y sobre todo lo que tiene que ver con los aspectos psicosociales, hemos estado muy descuidados (...) no hay una apuesta psicosocial seria de trabajar en APS en esos temas, se lo trabaja muy medicamente” (Ent.19);

La desvalorización y el reduccionismo de las actividades en Atención Primaria de la Salud: “que acá hay mucha proclamación pero los talleres que hay en el CAPS son básicamente lineales (...) hay una doctora que sale cuando a ella se le antoja, le grita a la gente que está en la sala de espera tres o cuatro cosas y se quedan tranquilos con que hicieron... charlaron el día tal” (Ent.4); “el problema es cuando tenés que salir a armar una actividad fuera (...) cuando tiene que ser intersectorial” (Ent.13); “hubo colegas que interpretaron que el problema y el obstáculo para la tarea eran los médicos (Ent.3); “no hay atención primaria sino atención primitiva (...) todos terminamos haciendo así lo poco que podemos hacer, sabiendo que está todo mal hecho” (Ent.16);

La distancia en distintos niveles (políticos, institucionales, personales, etc.) entre un discurso basado en la APS y una práctica que no necesariamente es coherente con ese discurso: “todos tenemos el discurso de la APS así como un sello, una impronta, pero después, en concreto y en la realidad, no todos lo llevan a la práctica” (Ent.14); “que la atención primaria, de hecho, es

asistencial-medicamentosa... a ver qué se le prescribe y muy directiva; y que esta cosa de la participación, y de la escucha, y de ver lo que necesita es más una teoría que una práctica” (Ent.11); “hay es el doble discurso que hay en lo político que se habla de APS pero, en la práctica, se hace otra cosa (...) las decisiones que se vienen tomando los últimos años es favorecer la atención de la demanda en urgencias, en crisis; favorecer las guardias y crear esa sensación de dependencia del sistema de salud e ir cuando ya no hay otra cosa para hacer; poner los mayores recursos en los hospitales más centralizados hace que sea una doble discurso” (Ent.19); “éste es un hospital que tiene el discurso de la Atención Primaria pero hace dos boludeces en relación a la Atención Primaria; boludeces digo porque son pocas no porque son de baja calidad, que esta cuestión de la recaptación y la cuestión de salud escolar; no se qué más; nada más; no hay nada más que tenga que ver con la atención primaria” (Ent.8);

El hecho de que la realización de acciones específicas en APS impliquen siempre recargar la tarea cotidiana de los psicólogos y no una reorganización de su trabajo: “si bien todas las ideas son bien recibidas –“¡ay! qué bueno, qué bárbaro, qué bien!” (Ent.2)- y eso es un facilitador, algunos psicólogos también señalan que hacer nuevas tareas no los desliga de otras obligaciones sino que termina resultando una recarga su propio trabajo: “está esa cosa de que todo en el mismo horario, y fijate vos cómo lo encajás, o entre paciente y paciente; o sea, como que está todo buenísimo, ahora después buscá donde lo vas a hacer y fijate si lo hacés entre paciente y paciente (...) resumo en “todo por el mismo precio”, pero no en relación a lo material, ¿no? porque esa frase le doy el sentido... “todo por el mismo tiempo”; “todo en el mismo lugar” (Ent.2); “no tenés horario, tenés que ir pero no descuidar la atención, tenés que atender el mismo número de pacientes haciendo lo otro también” (Ent.8);

Control y burocratización de las actividades en APS: “acá hay como una dirección de atención primaria en el hospital; antes nosotros podíamos coordinar actividades libremente con las escuelas; ahora todo pasa por ahí, centraliza y es un kilombo porque la burocracia administrativa es más y si no están de acuerdo; antes era más fluida la relación con las escuelas” (Ent.13);

La mirada biologicista de la salud y el mayor compromiso que implica trabajar/asumir una tarea de transformación subjetiva: “se sigue pensando en la salud como una cuestión biológica, no hay nada más; la verdad es que no hay nada más y cada vez creo que hay un poco menos” (Ent.16); “el hecho de que sean los directores del hospital médicos siempre, no ayuda; porque... el modelo médico; se sigue priorizando y sigue pareciendo más importante que atiendas número de pacientes a que vayas a algún lugar a hablar sobre algo, a trabajar en la comunidad sobre algo” (Ent.17); discursos y prácticas que tienden medicalizar procesos naturales, “un discurso que promueve la ciencia y donde los sujetos quedan entrampados y casi sin poder salir (...) y producir, producir, producir (...) como que cada vez más el sujeto se transforma más en objeto (...) el tratamiento psicológico implica un trabajo mayor y un compromiso diferente, al que puede adquirir, al que puede tener yendo una vez por mes al psiquiatra” (Ent.15);

Dificultades en las relaciones entre los miembros del equipo y con otras instituciones (de salud o externas): boicot de algunas tareas, movilidad del personal, no sentirse bien en el equipo donde se está (Ent.4); los conflictos y desacuerdos dentro del equipo (Ent.1; 7); los desacuerdos con otras instituciones (Ent.1;2;17); “el autoritarismo y búsqueda de poder de algunas personas del equipo” (Ent.1); “yo, en general, no he tenido problemas en derivación a los psiquiatras pero escucho que a muchos compañeros no les sucede lo mismo y tienen muchos problemas con la contrarreferencia” (Ent.3);

Falta de organización interna y de tiempos institucionales para planificar, sistematizar y evaluar: “la falta de organización interna (...) y la falta de tiempos institucionales para planificar, sistematizar y evaluar” (Ent.1);

Aferrarse a los “saberes” de manera rígida y la dificultad para aceptar las diferencias: y “el que algunas profesiones/personas se ubiquen en “el lugar del saber” (Ent.1); “por ahí, aunque suene como paradójico, pero un obstáculo puede ser el mismo saber; aferrarse a saberes que hoy por hoy no sirven para abordar lo que presenta la realidad social; entonces, tener que reformularse, tener que volver a pensar lo ya pensado; o a rever lo ya visto” (Ent.15); “yo creo que en esto de trabajar con otros yo creo que a veces esto de complementarse o coordinar es la aceptación de las diferencias, de lo que uno tiene que renunciar también para trabajar con el otro; me parece que ahí está el desafío me parece en el trabajo en la Atención Primaria” (Ent.10); “los entrecruzamientos teóricos que hay; no todos entendemos lo mismo por el trabajo comunitario y lo vemos de distinta manera y me parece que hace falta unificar algunos criterios como para trabajar” (Ent.19);

La discontinuidad de la tarea: “los paros y otros conflictos que permanentemente generan discontinuidad en las actividades” (Ent.1); “este año estuvo muy atravesado por el conflicto de salud, hubo como más dificultad para juntarnos con el jardín 21” (Ent.14); “el recambio de personal dentro de las instituciones de salud y en otras instituciones que genera que permanentemente haya que empezar de nuevo” (Ent.1);

El desgaste del equipo por falta de condiciones favorables para el trabajo en APS y falta de acciones de cuidado hacia el mismo equipo: “yo siento que están todas las puertas cerradas, el equipo está cansado también de esas cosas; ha tenido años de trabajo fuera, de trabajo piola... cuando empezamos con M., la otra psicóloga de niños, que hicimos estos talleres de los pacientes y que se yo, estaban enganchados, participaban con nosotros, pero después todos vamos entrando en ese desgaste, en ese desgano” (Ent.8); “por momentos pareciera, que el costo de trabajar en salud pública o privada, acá no hago distinciones, es la propia salud (...) un dispositivo armado de autocuidado del equipo (...) para mí me parece que eso es como crucial” (Ent.11);

La gran cantidad de demanda y el tipo de demanda: la gran demanda de asistencia y la consiguiente recarga del equipo (Ent.5;7;9;15;16;18), “estamos desbordados, no nos alcanzan los consultorios” (Ent.7); “mucho demanda y uno es uno y pone el cuerpo en esto entonces a veces no da abasto con la cantidad de demanda que llega” (Ent.9); “estamos como estirados, por decirlo de alguna manera; es mucha la demanda... sobre-exigidos... no cumplimos ni ahí con los requisitos de tantos profesionales para tanta población de la Organización Mundial de la Salud pero ni por casualidad, además de otros recursos necesarios (ent.16); la gran demanda de lo asistencial/individual y no de lo preventivo/promocional (Ent.9;12;17), “la exigencia desde la dirección y las instituciones es hacer consultorio externo; el resto de las actividades son accesorias, no le dan importancia” (Ent.9);

La falta de recursos humanos y materiales: falta de espacio físico en general, desde falta de espacio para consultorios destinados a la atención individual hasta falta de espacios más amplios para poder hacer actividades grupales (Ent. 2;3;5;6; 7;9;11;14;17;19), “somos seis en cuatro consultorios” (Ent.17), “hay un hacinamiento terrible que también a veces genera conflicto” (Ent.14), “necesitamos espacio... y eso lo he visto siempre; espacios grandes, donde la gente se reúna; eso no está todavía como terminado de incorporar” (Ent.3), un centro de salud que se piensa para trabajar en el barrio para APS y que no tiene un espacio definido para lo psicosocial; sino que son, generalmente, todos espacios de consultorio, con una guardia... ” (Ent.19); falta de otros recursos

materiales como movilidad, material de trabajo, horarios destinados al trabajo en APS, etc. (Ent.8; 9;16), “no hay vehículo, no tenés horario” (Ent.8); “la falta de materiales con respecto a esto de plantear un grupo” (Ent.9); falta de recursos humanos y mal distribución de los recursos existentes (Ent.4);

La falta de espacios institucionales de formación y/o de supervisión de la tarea en general y en APS en particular: falta de espacios institucionales de formación y/o de supervisión de la tarea (Ent.10); falta de formación teórica específica en APS, “a mí por lo menos, en la facultad, tenía una materia pero no era la impronta teórica la APS” (Ent.14);

La soledad en la tarea como psicólogos y la amplitud del campo de acción: la psicología como campo de acción demasiado amplio, “que no está sub-especializado” (Ent.4) y sin posibilidades de derivación dentro del sistema de salud; “uno está solo acá; entonces si vos querés salir a buscar ayuda, tenés que salir” (Ent.6);

Las graves problemáticas sociales que se dan a nivel comunitario: para que la gente participe en las actividades que convocamos, “porque está muy bonito lo de los grupos en APS y que se yo pero convocar a la gente te cuesta un Perú” (Ent.3); la falta de articulación con las redes comunitarias, “en realidad no tenemos nada en conjunto, con otras asociaciones o agrupaciones” (Ent.5); tener una mirada negativa hacia la comunidad, “hay veces desde el centro de salud estamos acostumbrados a ver más lo que no se puede” (Ent.7) y esperando que la gente se acomode a nuestras posibilidades en lugar de nosotros adecuarnos a sus ritmos, “no vienen porque queremos que vengan en los horarios que nosotros estamos disponibles” (Ent.7); no poder ver a la comunidad más allá del consultorio, “desde otro lugar, fuera del consultorio y poder comprenderla desde fuera del consultorio” (Ent.14); las graves problemáticas presentes en la comunidad, por ejemplo, el “alto nivel de violencia (...) también hay mucho consumo y muchos problemas ambientales” (Ent.14.).

12. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Nivel de Abordaje – Instructivo Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental – Año 2010.

Padres/Referentes	En consultas por terceros, registrar los que acuden a la consulta. Ejemplo: persona que consulta en nombre de otra persona Z71.0.
Pareja	Cuando asiste un solo integrante, deberá registrarse como individual.
Vincular/Familiar	Se podrá registrar el diagnóstico, o motivo de consulta, de los integrantes, una sola vez, en el casillero del paciente identificado. Si hubieran otros diagnósticos o motivos de consultas de la familia que se consideren relevantes, podrán registrarse, conservando el criterio de un único número para todo el grupo, en nivel de abordaje.
Red/Com	Registrar el nombre del paciente por el cual se efectúa la entrevista, indicar el número de participantes.
Grupo	Si se atiende un grupo que permanece a lo largo del tiempo (de recuperación, terapéutico, etc.) con personas identificadas de consulta habitual, se escribirá una letra G seguida del número de personas del grupo, en el casillero de individual al consignar el último consultante. Por ejemplo: si se anotan 6 consultantes que concurrieron al grupo terapéutico, consignar en el renglón de datos del último G6.

Fuente: Instructivo para el llenado de las planillas del Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental.

Tabla 2: Nivel de Abordaje – Frecuencias Relativas por Nivel de Abordaje CAPS y Hospitales Zona Sanitaria Metropolitana, Provincia del Neuquén – Año 2010.

Nivel de Abordaje	Confluencia	Mariano Moreno	Parque Industrial	Sapere	San Lorenzo Sur	San Lorenzo Norte	Valentina Norte	Villa Farrell	Almafuerte	Hospital Bouquet Roldán
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Individual	94,09%	78,07%	93,43%	83,41%	95,47%	52,7%	100%	90,45%	59,62%	78,79%
Pareja	-	8,15%	-	0,67%	3,02%	-	-	2,55%	5,13%	1,58%
Padres/Referentes	1,18%	9,56%	2,03%	2,34%	0,4%	8,11%	-	5,41%	6,41%	12,54%
Vinc/Familiar	0,39%	2,19%	4,23%	11,92%	0,91%	39,19%	-	1,27%	20,51%	3,03%
Red/Com	-	1,1%	0,16%	1,11%	-	-	-	-	5,13%	1,16%
Ignorado	4,33%	0,94%	0,16%	0,56%	0,2%	-	-	0,32%	3,21%	2,91%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos disponibles en el Área de Estadística de la Zona Sanitaria Metropolitana.

Tabla 3: Tipo de Prestación – Instructivo Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental – Año 2010.

Orientación	Acción cuyo objetivo es brindar asesoramiento a los consultantes, en torno de un motivo de consulta, o problema planteado.
Admisión	proceso de entrevistas, en el cual se determina la necesidad o no de un tratamiento
Emergencia	indicar con X, cuando se realice esta prestación.
Interconsulta	Consulta que proviene de otro profesional, servicio, o establecimiento, o es solicitada a otro.
Derivación	Solicitud de atención a otro profesional de otro servicio o Establecimiento, dentro o fuera del sistema de salud. Ejemplo (Violencia Familiar, Centro de Atención a la Víctima del Delito, etc.).
Certificados	Solicitud de Constancia del servicio para un trámite indicado, organismo, profesional, o prescripto por el profesional ejemplo (reposo laboral).
Gestión	Acciones complementarias al abordaje terapéutico, (respuesta a oficios, resumen de Historias Clínicas, reuniones con otras instituciones, etc.).
Entrevista Domiciliaria	Toda aquella que se define por el ámbito en que se realiza .Indicar con una X, en el casillero correspondiente.
Entrevista/Intervención	Encuentro con uno o más consultantes. Incluye: Entrevista Social, Psicológica, y Psiquiátrica. Indicar en el casillero correspondiente cuando se realice esta prestación.
Psicodiagnóstico	Incluye, entrevistas diagnósticas, pruebas psicométricas, y /o proyectiva. Indicar con letra X.
Psicoterapia	Proceso de tratamiento que incluye intervenciones terapéuticas, realizados por Psicólogos, y Psiquiatras. Indicar con letra X en el casillero correspondiente.
Control Psicofarmacológico	Consulta Psicofarmacológica Indicar con una letra X si se realiza esta actividad.

Fuente: Instructivo para el llenado de las planillas del Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental.

Tabla 4: Tipo de Prestación – Frecuencias Relativas por Tipo de Prestación CAPS y Hospitales Zona Sanitaria Metropolitana, Provincia del Neuquén – Año 2010.

Tipo de prestación	Confluencia	Mariano Moreno	Parque Industrial	Sapere	San Lorenzo Sur	San Lorenzo Norte	Valentina Norte	Villa Farrell	Almafuerte	Hospital Bouquet Roldán
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orientación	29,18%	0,16%	0,17%	18,96%	0,94%	-	-	1,35%	2,61%	10,71%
Admisión	18,29%	12,60%	15,51%	3,65%	13,93%	25,93	3,76%	18,86%	8,50%	7,48%
Emergencia	-	0,31%	1,16%	1,94%	-	-	-	1,35%	-	0,09%
Interconsulta	1,17%	1,73%	0,50%	3,65%	-	-	-	0,67%	-	0,58%
Derivación	-	-	0,50%	0,12%	-	-	-	-	0,65%	-
Certificación	3,11%	0,79%	-	1,34%	-	-	-	0,67%	-	0,76%
Gestión	-	-	0,66%	0,12%	-	11,11%	-	-	-	-
Entrev.Domiciliaria	-	0,16%	0,66%	0,12%	-	-	-	1,01%	11,76%	0,09%
Entrev/Interv	-	7,40%	0,33%	0,36%	0,31%	22,22%	-	3,37%	76,47%	3,32%
Psicodiagnóstico	18,68%	7,40%	-	0,97%	0,10%	-	-	4,04%	-	0,63%
Psicoterapia	29,57%	69,45%	76,07%	68,65%	84,71%	38,89%	96,24	66,33%	-	71,91%
Control PSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	4,46%	0,12%	-	1,85%	-	2,36%	-	4,44%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos disponibles en el Área de Estadística de la Zona Sanitaria Metropolitana.

Tabla 5: Patología 1ra vez - Frecuencias Relativas por Tipo de Patología de 1ra vez CAPS y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana, Provincia del Neuquén – Año 2010.

Patologías 1ra vez	Confluencia	Mariano Moreno	Parque Industrial	Sapere	San Lorenzo Sur	Villa Farrell	Almafuerte	Hospital Bouquet Roldán
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
F00-F09	-	-	-	-	-	-	-	-
F10-F19	-	-	-	0,51%	-	3,51%	7,89%	3,30%
F20-F29	-	-	-	0,51%	1,95%	-	2,63%	1,10%
F30-F39	32%	-	-	21,32%	-	3,51%	15,79%	2,93%
F40-F48	44%	30,30%	5,05%	13,71%	47,80%	35,09%	5,26%	13,19%
F50-F59	8%	6,06%	-	1,52%	-	-	-	0,37%
F60-F69	6%	3,03%	-	2,54%	18,54%	3,51%	2,63%	5,49%
F70-F79	-	-	-	-	-	-	2,63%	0,73%
F80-F89	-	-	-	-	-	-	-	2,20%
F90-F98	-	3,03%	4,04%	1,02%	-	3,51%	-	2,20%
F99	-	-	74,75%	-	-	1,75%	-	-
Z00-Z13	-	-	-	0,51%	2,93%	-	-	-
Z20-Z29	-	-	-	-	-	-	-	-
Z30-Z39	-	-	-	1,02%	-	-	-	-
Z40-Z54	-	1,52%	-	-	-	-	-	-
Z55-Z65	10%	31,82%	1,01%	50,25%	26,34%	26,32%	26,32%	61,17%
Z70-Z76	-	19,70%	-	5,58%	-	17,54%	15,79%	-
Z80-Z99	-	1,52%	-	1,52%	-	5,26%	21,05%	-
T66-T78	-	3,03%	5,05%	-	0,98%	-	-	2,56%
s/información	-	-	10,10%	-	1,46%	-	-	2,20%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos disponibles en el Área de Estadística de la Zona Sanitaria Metropolitana.

Tabla 6 – Patología - Frecuencias Relativas por Tipo de Patología que llega a los CAPS y Hospitales Zona Sanitaria Metropolitana, Provincia del Neuquén - Año 2010.

Patologías	Confluencia	Mariano Moreno	Parque Industrial	Sapere	San Lorenzo Sur	Villa Farrell	Almafuerte	Hospital Bouquet Roldán
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
F00-F09	-	-	-	0,27%	-	-		
F10-F19	-	2,65%	-	0,91%	-	3,91%	5,81%	1,85%
F20-F29	-	-	-	0,46%	3,32%	-	8,72%	0,90%
F30-F39	24,30%	0,16%	-	29,29%	0,20%	0,84%	9,30%	4,75%
F40-F48	46,48%	36,66%	25,16%	18,52%	42,66%	48,88%	6,98%	13,70%
F50-F59	1,41%	1,87%	3,66%	0,46%	-	1,12%	-	0,12%
F60-F69	3,17%	12,01%	-	9,76%	32,60%	12,01%	2,33%	3,77%
F70-F79	1,76%	-	-	0,18%	1,01%	-	3,49%	0,93%
F80-F89	-	-	-	-	-	-	2,33%	1,77%
F90-F98	-	7,80%	35,19%	1,46%	1,31%	3,63%	-	3,74%
F99	-	-	19,11%	-	-	1,68%	-	-
Z00-Z13	-	-	-	0,18%	1,01%	0,28%	-	-
Z20-Z29	-	-	0,32%	-	-	-	-	-
Z30-Z39	-	-	0,16%	1,00%	-	-	-	-
Z40-Z54	-	0,16%	0,48%	-	-	-	-	-
Z55-Z65	16,20%	24,65	0,16	32,12	17,20	19,27%	44,19%	66,31%
Z70-Z76	-	8,58	-	4,11	-	5,87%	7,56%	0,72%
Z80-Z99	-	0,47	-	1,28	-	1,12%	2,33%	-
T66-T78	6,69%	4,99	11,94	-	0,50%		6,98%	1,45%
s/información	-	-	3,82%	-	0,20%		-	-

Fuente: Elaboración propia en base a los datos disponibles en el Área de Estadística de la Zona Sanitaria Metropolitana.

Tabla 7: Estrategias de Intervención utilizadas habitualmente por los Psicólogos de Zona Sanitaria Metropolitana, Neuquén – Año 2010.

	CAPS Almaf.	HBR	CAPS Sapere	CAPS M.Moreno-V.Farrell	HHH	CAPS Conf.	CAPS P. Ind.	HHH	HHH	CAPS N. Esp.	HBR	CAPS N. Esp.	CAPS S.L.Sur - V. Norte	HHH	HBR	CAPS V.María	CAPS Almaf.
ACTIVIDADES HABITUALES																	
Admisiones	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psicodiagnósticos			x	x		x		x	x								
Psicoterapia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Interconsultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Talleres	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x				x		x
Charlas psicoeducativas		x	x			x	x			x	x					x	
Grupos terapéuticos		x									x					x	
Grupos de ayuda mutua										x							
Reuniones de equipo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reuniones psicólogos zona sanitaria	x		x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	x
Reuniones de red	x						x					x					
Comisión Subsecretaría de Salud			x				x			x							
Contestación de oficios			x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Participación audiencias justicia			x				x	x		x	x	x	x				
Visitas domiciliarias	x					x	x			x	x	x					x
Intervenciones en crisis			x		x		x				x			x			
Jefatura de servicio											x	x					
Actividades comunitarias	x						x										x

Otras actividades																		
Reuniones Comités Bioética																		
Evaluación Norma de la Embarazada (en el centro de salud)											x							
Coordinación reunión psicólogos zona metro												x						
Asistencia e investigación de pacientes con dolor crónico no oncológico intratable																	x	
Ateneos clínicos																x		
Diagnóstico de Situación													x					
Probapen (Programa Bajo peso al Nacer)														x				
Espacios Intersectoriales																		x

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas a los psicólogos. Se analizaron un total de diecisiete (17) encuestas realizadas a los psicólogos de planta excluyéndose, para la construcción y el análisis del presente cuadro, las encuestas realizadas a pasantes y becarios.

Tabla 8: Estrategias de Intervención utilizadas ocasionalmente por los Psicólogos de Zona Sanitaria Metropolitana, Neuquén – Año 2010.

	CAPS Almaf.	HBR	CAPS Sapere	CAPS M.Moreno-V.Farrell	HHH	CAPS Conf.	CAPS P. Ind.	HHH	HHH	CAPS N. Esp.	HBR	CAPS N. Esp.	CAPS S.L.Sur - V. Norte	HHH	HBR	CAPS V.María	CAPS Almaf.
<u>ACTIVIDADES OCASIONALES</u>																	
Admisiones																	
Psicodiagnósticos						x											
Psicoterapia																	
Interconsultas																	
Talleres													x	x	x		x
Charlas psicoeducativas	x							x								x	x
Grupos terapéuticos																	
Grupos de ayuda mutua																	
Reuniones de equipo																	
Reuniones psicólogos zona sanitaria										x			x				
Reuniones de red			x	x							x			x	x		
Comisión Subsecretaría de Salud						x									x		
Contestación de oficios	x	x		x									x				
Participación audiencias justicia	x	x		x					x					x	x		
Visitas domiciliarias		x	x	x	x												
Intervenciones en crisis	x	x		x								x	x			x	
Jefatura de servicio		x	x														
Actividades comunitarias			x							x	x				x	x	

Otras actividades																	
Recibir - supervisar pasantes			x								x						
Responder encuestas vocacionales alumnos secundario			x														
Asistencia escuela por alumnos (derivados)			x														
Asesoramiento a docentes (intersectorial)																	
Reunión Provincial por Plan de Salud Mental											x						
Capacitación (participación en postgrado)											x						
Reuniones del equipo de rehabilitación de niños																	x

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas realizadas a los psicólogos. Se analizaron un total de diecisiete (17) encuestas realizadas a los psicólogos de planta excluyéndose, para la construcción y el análisis del presente cuadro, las encuestas realizadas a pasantes y becarios.

13. DISCUSIÓN

Los principales resultados obtenidos muestran que las *estrategias de intervención* que desarrollan los psicólogos son múltiples y diversas: admisiones, psicoterapia, talleres, grupos terapéuticos, interconsultas, intervenciones en crisis, consultorías, asesorías, charlas psicoeducativas, contestación de oficios y participación en audiencias judiciales, visitas domiciliarias, reuniones de equipo, trabajo en red, actividades comunitarias varias, actividades en la sala de espera, diagnósticos comunitarios, etc.

Si bien todas estas estrategias de intervención se encuadran dentro de los principios de la APS, las mismas están centradas en un aspecto específico de la APS –el vinculado a la atención individual – más que enfatizar otras dimensiones–como la promoción de la salud; la prevención de la enfermedad; abordaje comunitario; etc.-. Asimismo, pensadas en términos de las relaciones entre APS y Salud Mental, dichas estrategias están orientadas fundamentalmente a la incorporación acciones de salud mental a las prácticas de APS más que a la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

Las *perspectivas teóricas* que orientan el accionar de los psicólogos han sido descriptas fundamentalmente como de *orientación psicoanalítica* (formación de grado) a partir de la cual algunos profesionales han continuado profundizando su formación (a nivel de postgrado) en esta línea teórica mientras que otros lo han hecho dentro de una *perspectiva sistémica y/o cognitiva-conductual*. Sólo en dos casos se menciona a la *psicología comunitaria* como perspectiva que forma parte del bagaje teórico de los profesionales. A nivel de grado y postgrado la mayoría de los profesiones reconoce no tener formación específica en lo comunitario ni en APS aunque algunos de ellos sí han hecho este tipo de formación.

Desde sus distintas perspectivas teóricas, los psicólogos entienden que la *APS* tiene que ver con: una posición y una decisión política; un enfoque comunitario y un trabajo que incluye la dimensión del “otro”; una mirada integral de las personas y de la salud que incluye a la salud mental; un trabajo en todos los niveles de atención pero orientada a la salud y con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; un trabajo activo en equipo, interdisciplinario e intersectorial; y un trabajo en constante movimiento que incluye múltiples estrategias de intervención y donde la APS puede pensarse como una dimensión que puede estar presente en todas estas acciones.

En ese sentido, todos los profesionales han podido pensar que sus estrategias de intervención, en mayor o en menor medida, implican alguna de las dimensiones de lo que entienden por APS. No obstante, ello no implica desconocer la necesidad de fortalecer aquellas acciones que se vinculan más directamente con un enfoque en APS o con las dimensiones de la APS que, según lo investigado, están menos presentes en el accionar de los psicólogos.

Asimismo, los psicólogos encuestados/entrevistados piensan la *especificidad del rol del psicólogo en APS* en los siguientes términos: atender y promover la salud y la salud mental; trabajar en la prevención de las enfermedades; estar a mano de la comunidad acompañando las situaciones vitales por las que atraviesan las familias y desde cuestiones muy concretas cuando es uno el que tiene el vínculo; contribuir a que la gente implemente sus propias estrategias de afrontamiento; tener un enfoque comunitario, un rol activo y una mirada general; tener una perspectiva comunitaria complementaria al trabajo clínico; trabajar con otros aportando una mirada específica desde el

campo de la psicología; y promover la implicación subjetiva de las personas en sus propios procesos de salud y enfermedad.

Para los profesionales encuestados/entrevistados, los *principales facilitadores* del trabajo en APS son: un sistema de salud orientado realmente –y no sólo discursivamente- a la APS; la apertura institucional para hacer actividades vinculadas a la APS; tener una buena formación en general y una formación específica en APS; la existencia de determinados recursos humanos en el equipo de salud favorecedores de un trabajo en APS; el trabajo en equipo interdisciplinario, su cohesión, estabilidad y las personas que lo integran; el trato respetuoso e igualitario dentro del equipo; el poder replantearse permanentemente la práctica; la apertura y la flexibilidad; el apoyo a las iniciativas que se proponen, su continuidad a través del tiempo y el registro de las mismas; la existencia y la buena distribución de recursos humanos y materiales; el interés personal en trabajar en APS y el encontrarse con otros dentro y fuera que también quieran hacerlo; la existencia de referentes comunitarios y la buena recepción de la gente en la comunidad; y una ubicación geográfica próxima a la comunidad.

Asimismo, los *principales obstáculos* para el trabajo en APS mencionados por estos profesionales son: la falta de igualdad del psicólogo en relación a otras profesiones y la falta de valoración de la salud mental desde otros y desde los mismo profesionales de la salud mental; responsabilizarse en lo personal de cuestiones que debería resolver la institución; la desvalorización y el reduccionismo de las actividades en APS; la distancia en distintos niveles (políticos, institucionales, personales, etc.) entre un discurso basado en la APS y una práctica que no necesariamente es coherente con ese discurso; el hecho de que la realización de acciones específicas en APS impliquen siempre recargar la tarea cotidiana de los psicólogos y no una reorganización del trabajo de estos profesionales; el control y burocratización de las actividades en APS; y la mirada biologicista de la salud y el mayor compromiso que implica trabajar/asumir una tarea de transformación subjetiva.

Por último, dentro de los principales obstáculos también se mencionan: las dificultades en las relaciones entre los miembros del equipo y con otras instituciones (de salud o externas); la falta de organización interna y de tiempos institucionales para planificar, sistematizar y evaluar; aferrarse a los “saberes” de manera rígida y la dificultad para aceptar las diferencias; la discontinuidad de la tarea; el desgaste del equipo por falta de condiciones favorables para el trabajo en APS y la falta de acciones de cuidado hacia el mismo equipo; la gran cantidad de demanda y el tipo de demanda; la falta de recursos humanos y materiales; la falta de espacios institucionales de formación y/o de supervisión de la tarea en general y en APS en particular; la soledad en la tarea como psicólogos y la amplitud del campo de acción; y las graves problemáticas sociales que se dan a nivel comunitario.

En base a lo hasta aquí dicho, y como reflexión final de este apartado, se puede afirmar que si bien la multiplicidad de estrategias de intervención desarrolladas por los psicólogos puede pensarse como uno de los mayores alcances de la tarea de estos profesionales en el contexto de la APS, el que dicha multiplicidad sea desarrollada “*todo por el mismo tiempo, toda por el mismo precio, todo en el mismo lugar*” –en vez de implicar una reorganización del trabajo en función de los principios de la APS- sin formación específica en la mayor parte de los casos y sin los espacios institucionales de supervisión y cuidado para los profesionales que trabajan constituye su principal límite.

13.1 Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

La realización de la presente investigación busca contribuir a la consolidación, a nivel local y nacional, de una política de salud mental que incluya la Atención Primaria de la Salud como

estrategia principal del trabajo en salud mental. En ese sentido, y a partir de los resultados y discusiones anteriormente expuestos, pueden realizarse las siguientes recomendaciones:

- favorecer las condiciones que hagan posible un trabajo que incluya todas las dimensiones del trabajo en APS, especialmente aquéllas que aparecieron como más deficitarias en la investigación realizada: recursos humanos y materiales (movilidad, etc.); espacios y espacios más amplios para el desarrollo de actividades de APS y Salud Mental; reorganización de la tarea en función de que la realización de actividades en dimensiones preventivas y promocionales de la APS descargue a los psicólogos de actividades más asistenciales y no recargue la tarea cotidiana; formación específica en APS y Salud Mental; espacios de supervisión y de autocuidado de los propios profesionales, etc.
- garantizar el procesamiento de los datos –y la correspondiente devolución a los efectores- no sólo de las planillas Informe Diario de Prestaciones Individuales en Salud Mental sino también de las planillas de Prestaciones Grupales y Actividades en Salud Mental las cuales podrán dar cuenta de dimensiones del trabajo de los profesionales psicólogos más vinculadas a algunas dimensiones de la APS que aparecen como relegadas;
- favorecer las condiciones que hagan posible que el trabajo de los psicólogos, además de orientarse a la inclusión de la salud mental en la APS, se oriente también a la aplicación de los principios de la APS en los procesos de desinstitutionalización psiquiátrica: inclusión de más recursos humanos formados desde esta perspectiva; creación de dispositivos intermedios (hospitales de día, etc.) para el trabajo con los padecimientos más graves en salud mental; etc.

13.2 Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

La presente investigación permite afirmar la necesidad y la importancia de la formación específica de los psicólogos en la perspectiva de la APS y la Salud Mental y, en ese sentido, permite sugerir la necesidad de favorecer espacios de formación que garanticen esta línea de capacitación en los profesionales psicólogos y espacios de supervisión y cuidado hacia los propios profesionales.

13.3 Relevancia para la investigación en salud

La realización misma de la investigación (a través de la aplicación de las encuestas y entrevistas) y la devolución posterior de sus resultados pueden considerarse en sí mismas un modo de intervención sobre los profesionales psicólogos que facilita la reflexión de éstos sobre su propia tarea.

Como posibles líneas de investigación a futuro que se desprenden de este trabajo, se pueden sugerir las siguientes:

- profundizar el análisis aquí realizado una vez mejorado el sistema de registro y procesamiento de datos estadística y de la utilización de medidas no paramétricas para el análisis más preciso de ciertas tendencias;
- replicar este estudio en el resto de las zonas sanitarias de la provincia;
- indagar en profundidad algunos dispositivos de intervención desarrollados sea por su carácter de inéditos o porque trabajen con una población o problemática que sea prioritaria para las políticas sanitarias a nivel local.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armesto MA. Una Evaluación del Programa Area de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental. Dirección General de Salud Mental. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Provincia de Córdoba. Informe 1ro de Abril de 1994-31 de Marzo de 1996; 1996.
2. Stolkiner, A. y Solitario, R. Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (2007) Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós; 2007.
3. Plan de Salud Mental de la Provincia del Neuquén. Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén. Año 2007.
4. Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria (2000). Características del Trabajo Comunitario en la Ciudad de Córdoba. Proyecto de Investigación desarrollado por la Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria de la Facultad de Psicología de Córdoba. Córdoba: SECYT; 2000.
5. Parra MA (2000). Nuestras Estrategias de Intervención en la Comunidad. Trabajo Sistematización Experiencias Residencia de Salud Mental Comunitaria Provincia de Río Negro realizado desde la Jefatura de dicha Residencia. Informe interno. Viedma; 2000.
6. Briones G. Evaluación de Programas Sociales. Santiago: PIIE; 1985.
7. De Souza Minayo MC, De Assis GS, De Souza E.R. Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales. Buenos Aires: Lugar; 2005.
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. URSS; 1978.
9. Buriyovich J. y Ase I. (2007). *Atención Primaria de la Salud: evolución histórica de un concepto polisémico*. Módulo 3.1. Programa de Análisis e implementación de Políticas de APS. PROAPS. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, IIFAP –UNC; 2007.
10. Montero M. La Psicología Comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología, Caracas, ; 1984. 16 (3), pp.387-400.
11. Parra MA. Desarrollos Conceptuales de la Psicología Comunitaria en América Latina y el Caribe. Trabajo Final de la Licenciatura en Psicología. UNC, FFYH, Escuela de Psicología. Córdoba; 1995.
12. Salazar Villava C. Dispositivos: máquinas de visibilidad. Anuario de investigación 2003 México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Educación y Comunicación; 2004. Pp. 291-299.
13. Kromblit A. Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Biblos; 2004.

15. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

APS: Atención Primaria de la Salud

Enc.: Encuesta

Ent.: Entrevista