

TRABAJO FINAL DE GRADO

Acerca de las prácticas del psicólogo en el Primer
Nivel de Atención en Salud.

Estudiante: Florencia Borches Garcia.

CI: 4.582.434-0

Montevideo, 30 de Julio

Docente tutora: Prof. Adj. Lic. María Alejandra Arias

ÍNDICE

1. Introducción.....	p.4
1.2. Fundamentación.....	p.5
1.3. Objetivos.....	p.7
1.4. Preguntas.....	p.7
2. Marco conceptual... ..	p.8
2.1. Prácticas profesionales.....	p.8
2.2. Concepciones de salud y sus determinantes.....	p.9
2.3. Atención Primaria de Salud.....	p.11
2.4. Sistema Nacional Integrado de Salud.....	p.12
2.5. Primer Nivel de Atención.....	p.13
2.6. Promoción y Prevención.....	p.14

2.7. El psicólogo en el equipo de atención del Primer Nivel de Atención.....	p.16
3. Análisis.....	p.17
3.1. Las prácticas psicológicas que se realizan en el Primer Nivel.....	p.17
3.2. Participación Comunitaria.....	p.21
3.3. Intersectorialidad.....	p.23
3.4. La interdisciplina en el Primer Nivel de Atención de Salud.....	p.24
3.5. Actividades de Promoción y Prevención.....	p.27
3.6. Facilitadores en la práctica.....	p.30
4. Consideraciones finales.....	p.31
5. Anexos.....	p.33
6. Referencias bibliográficas.....	p.38

1. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo monográfico titulado: “Acerca de las prácticas del psicólogo en el primer nivel de atención” se enmarca en el Trabajo Final de Grado correspondiente a la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica. Tiene como objetivo analizar e indagar de manera critica las prácticas del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud. En este sentido, se pretende contribuir a la conceptualización sobre las prácticas desempeñadas por psicólogo en este ámbito, considerando como desempeño aquellas acciones que desarrolla en su ambiente de trabajo. Para ello y con el cometido de enriquecer dicho análisis y poder visualizar los conceptos claves que se desarrollaran, se procederá a una revisión bibliográfica, así como también a una entrevista realizada a informantes calificados. Donde se recogerá la experiencia de psicólogos en nivel de atención al que se hace referencia. Se tomará como punto de partida algunas nociones primordiales para el desarrollo del mismo: Definiciones de salud y determinantes, Atención Primaria en salud, Sistema Nacional Integrado de salud, Primer Nivel de Atención, prácticas profesionales y el psicólogo en el equipo de salud.

A partir de ello, el trabajo se enriquecerá con la entrevista, la cual permitirá junto con la bibliografía consultada, realizar una aproximación a la situación actual acerca de cuáles son sus principales funciones, facilitadores y obstáculos que surgen en el desempeño de su rol, etc. De la misma forma el trabajo se orienta no solo a revisar y analizar estas prácticas, sino también a producir ideas y conocimientos que permitan replantear la posibilidad de nuevas acciones y darle una mayor visibilidad a las contribuciones del psicólogo en este nivel. Se aspira a que lo reflejado y analizado, pueda oficiar de aporte para el conocimiento de la práctica del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud.

1.2. FUNDAMENTACIÓN.

“Cuan útiles podemos ser los psicólogos cuando nuestro marco referencial se abre y nuestros instrumentos se renuevan, cuando nos salimos de la “salud mental” para pensar en la “salud total”. En fin, cuando integramos y nos integramos” Francisco Morales Calatayud

El presente trabajo monográfico titulado: “Acerca de las prácticas del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud” tiene como objetivo analizar e indagar de manera crítica las prácticas del psicólogo en dicho nivel. Tal como señalan Saforcada y De Lellis (2010) la ideología tradicional del modelo biomédico ha llevado a que la psicología en el ámbito de la salud quede restringida al campo de la enfermedad, produciéndose como resultado la disociación entre lo mental y lo orgánico que asiduamente “Conduce a la fragmentación de las acciones realizadas en el ámbito de la salud que terminan por retacear el campo de acción del psicólogo” (Saforcada y De Lellis 2010, p.109). Dichas acciones se enmarcan en el “Modelo medico hegemónico o individual restrictivo” (Menéndez, 1998) el cual tiene como pilares de funcionamiento la asistencia a la enfermedad y la atención individual en consultorio, en desmedro de acciones vinculadas a la promoción y prevención de enfermedad.

Tras la reforma del sistema de salud, y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se propone un avance significativo en participación, accesibilidad y equidad. El SNIS tiene el cometido de poner en práctica un modelo de atención integral, equitativo orientado a la promoción y prevención, con énfasis en el Primer Nivel de Atención que permita una atención integral a la salud, promoviendo a su vez la participación comunitaria en el proceso de atención a la misma. (Ley 18.211, 2007) De esta forma la psicología enfrenta la necesidad de replantear su actuar tradicional, generalmente vinculado a una práctica orientada hacia una modalidad terapéutica curativa, propia de la psicología clínica (OMS, 2009). Por su parte, la práctica en este campo, exige transformaciones y desplazamientos de lo que han sido sus ejes tradicionales. En este ámbito el propósito de las acciones realizadas por el psicólogo se relaciona con favorecer a la atención integral de la salud de la población usuaria, articulando su práctica con otras instituciones de la zona y con los agentes comunitarios. (Levcovitz, et.al, 2011). Partiendo de una mirada integradora, y tomando en cuenta los principios básicos de equidad, participación social, universalidad y abordaje preventivo e integral, que promueve el nuevo Modelo de Atención, se concibe

como necesario la contribución de la psicología en todos los ámbitos de los sistemas de servicios de salud. Dicha práctica se sustenta en los marcos teóricos y las tecnologías que componen a esta ciencia. Por lo antes mencionado es preciso aportar a la visualización de esta nueva forma de ejercer la práctica psicológica en el Primer Nivel de Atención en salud, la cual aun se encuentra en proceso de construcción, trasciende el modelo clásico y se centra en la promoción y prevención en salud. Requiere de una formación que le permita al psicólogo realizar un análisis crítico sobre la realidad de la comunidad con la cual trabaja, partiendo de una concepción integral de salud y llevando a cabo las acciones necesarias que estarán determinadas por los diferentes profesionales que conforman el equipo de salud, del cual forma parte el psicólogo. A su vez dichas acciones estarán integradas por los aportes de la comunidad, siendo de suma relevancia su participación en el diagnóstico de situación y en el establecimiento de las prioridades con las cuales se trabajará. El desarrollo de prácticas integrales pensadas en este nivel, habilita el encuentro de la psicología con el proceso de salud- enfermedad, entendiendo que en este proceso se integran factores bio- psico-sociales y culturales, que trascienden los supuestos básicos del modelo médico: la dualidad mente-cuerpo y el reduccionismo.(Muccci, 2005). Estos profesionales son quienes “Tratan de producir cambios en la subjetividad, los conocimientos, las creencias, las representaciones sociales y los comportamientos” (Calatayud, 1999 en Saforcada y De Lellis, p.113)

El recorrido evidencia que la labor del psicólogo adquiere un rol elemental, donde las estrategias utilizadas por medio de respuestas integrales, permitirán favorecer hacia avances y movimientos significativos en la población. Dado que el Primer Nivel de Atención constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. El mismo puede resolver un gran porcentaje de las necesidades de salud de los usuarios, resulta imprescindible revisar y reflexionar acerca el de las prácticas psicológicas desempeñadas en este ámbito. Tomando en cuenta dichas transformaciones y descentramientos en relación a la práctica tradicional, cobra relevancia realizar un análisis y una reflexión crítica acerca de la situación actual sobre la práctica psicológica en el nivel de atención al que se hace referencia.

1.3. Objetivos.

Objetivo general de este trabajo:

- Analizar e indagar de manera crítica las prácticas del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud.

Objetivos específicos:

- Identificar y caracterizar la práctica del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud.
- Reflexionar sobre la práctica psicológica en el Primer Nivel de Atención en Salud.
- Analizar los obstáculos y facilitadores identificados en la práctica psicológica en el Primer Nivel de Atención en Salud.

1.4. Preguntas.

Las preguntas que se pretenden responder en el siguiente trabajo se pueden resumir en la siguiente formulación:

¿En qué consisten las prácticas que realiza el psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud?

¿Existe correspondencia entre la práctica profesional del psicólogo y los principios básicos de participación social, intersectorialidad, promoción de salud y abordaje preventivo e integral, que promueve el nuevo Modelo de Atención?

A partir de estas preguntas, se desprenden otras dos interrogantes que se aspiran abordar en dicho trabajo. Teniendo en cuenta que en este nivel de atención se requiere y resulta imprescindible el trabajo interdisciplinario, ¿esto se produce en la práctica? ¿Qué peso tiene la formación, para práctica profesional del psicólogo en dicho nivel?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Prácticas Profesionales

Para pensar en las acciones llevadas a cabo en el nivel al que se hace referencia, es importante dar cuenta del significado y acepciones atribuidas a la práctica.

La palabra práctica proviene del latino *practicus* y posee varias acepciones, entre ellas las más destacadas son las siguientes: Para la Real Academia Española (1984) las prácticas son los “Conocimientos que enseñan el modo de hacer algo, ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas, destreza adquirida con este ejercicio” (p.1094) Por lo tanto etimológicamente se desprenden dos líneas fundamentales en relación a la práctica: conocimiento y ejercicio.

Sin embargo, tal como afirman López y Weiss (2007) no solo constituyen la aplicación de conocimientos, ejercitación de conductas y verificación de la teoría, sino que además las prácticas profesionales permiten la indagación, es decir la búsqueda de respuestas en los conocimientos disponibles, así como también la incorporación de los saberes técnicos en la acción y diálogo concreto que se produce en la práctica. Del mismo modo el significado atribuido a las prácticas profesionales se construye desde el propio sistema de creencias o significados previos, sumado a las experiencias adquiridas durante la formación y en las mismas prácticas al momento de realizarse.

Por su parte Bourdier (1991) trabaja sobre el concepto de *habitus*, el cual remite a la idea de la forma en que los sujetos perciben el mundo y actúan sobre él. Estos esquemas, que también los denomina “estructuras estructurantes” se vinculan con la forma de pensar, sentir y obrar de los sujetos. “...El *habitus* es la capacidad de producir unas prácticas y la capacidad de diferenciar y de apreciar estas prácticas y sus productos, es el conjunto de predisposiciones incorporadas, es decir la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas...” (Bourdier 1991, p.170)

Es importante, tal como afirma Castro (2011) que los servicios de salud revisen la calidad de la atención que prestan. Un tema no menor a tener en cuenta son las condiciones materiales, culturales y sociales con las que se trabaja, las mismas determinarán la práctica profesional de los prestadores de servicios de salud, como también lo harán los derechos y las condiciones laborales, estos últimos representan un punto central incidente en dichas prácticas. Plantea por otra parte, la necesidad de “...Explorar los esquemas de percepción y apreciación y revisar las lógicas

prácticas...” (Castro 2011, p.138) que se manifiestan y ponen en juego en la cotidianeidad de los servicios de salud, en el encuentro con los usuarios y también con los distintos actores sociales de la red en el Primer Nivel. Unos de los requerimientos para el trabajo realizado desde el equipo de salud de este nivel, se vincula con potenciar las redes con las que trabaja, por redes se entiende “Al conjunto de procesos de producción en la que cada componente actúa transformando a los demás” (Rebelatto 2000, p.37)

2.2. Concepciones de Salud y sus determinantes

Un componente esencial para introducir y pensar a la psicología en el proceso de la atención sanitaria es la concepción de salud desde la que se parte, siendo que a partir de la misma se establecerán y determinarán programas apropiados dirigidos a la población con la cual se trabajará.

Los profesionales de la salud y el sistema sanitario tienen como objetivo fundamental el sustento y mejora de la salud de la comunidad, de esta manera resulta necesario revisar el concepto de salud y las implicancias que tendrá en la planificación de las acciones que llevarán a cabo los profesionales, en el marco del Primer Nivel de Atención en Salud sobre la población.

El concepto de salud ha ido variando de acuerdo a cada momento histórico-social determinado. Durante mucho tiempo la salud se abordó desde un modelo patogénico, enfocado en el sujeto y su estado físico, dejando a un lado los aspectos psicosociales de la salud.

A partir de la segunda mitad del siglo XX comienzan a aparecer nuevos conceptos sobre la salud relacionados a la idea de proceso. Desde estas nuevas conceptualizaciones autores como Calatayud (1999) la definirán como: “Proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia notable de las relaciones humanas, económicas y sociales” (Calatayud, 1999 .p.26). De la misma forma el autor manifiesta un aspecto positivo en relación a la salud, vinculándola con una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida presenta a cada individuo, y la actitud alegre hacia la vida. Desde esta perspectiva la salud está relacionada a la interacción de los sujetos y el medio, dándole a la comunidad un rol activo transformable y transformador.

Asimismo Saforcada y De Lellis (2010) proponen pensar la salud posicionándose desde el paradigma de la complejidad, desprendiéndose de sus postulados dos

cuestiones principales; por un lado que el proceso de salud es el proceso de la vida misma y por otra parte que este proceso involucra no solo aspectos físicos, psíquicos y sociales, sino también espirituales y ambientales.

Actualmente no se considera a la salud como un concepto aislado opuesto al de enfermedad, sino en constante devenir conflictivo, donde la sociedad participa en forma conjunta y activa y en donde están en juego las diversas posibilidades: políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, que le darán a los individuos las herramientas para desarrollar sus potencialidades en pos del bienestar. Esto queda reflejado en la siguiente definición: “La salud y la enfermedad no son estados aislados y diferentes, sino categorías biológicas y sociales que coexisten en unidad dialéctica. Partes constitutivas de un proceso integrado...” (Etchebarne, 2000, p.40)

Teniendo en cuenta que sobre la salud actúan diversos factores (biológicos, ambientales, sociales, sanitarios) la OMS destaca principalmente la relevancia de los determinantes sociales de la salud “Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud...” (Comisión OMS sobre determinantes de la salud, 2008.p14) estos se vinculan con las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y explican en gran medida las inequidades sanitarias. Frente a esta situación la OMS estableció en dicha comisión, tres líneas de trabajo para revertir estas inequidades (OMS, 2008.p2)

- Mejorar las condiciones de la vida cotidiana
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- Medir la magnitud del problema y evaluar las intervenciones

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se establece que la salud es un derecho que tienen todas las personas, independientemente de su raza, religión u origen social. El Estado tiene la obligación de garantizar el acceso universal a la atención en salud a todos los individuos que habiten el territorio, y por tanto necesita organizar todos los recursos necesarios a través de un sistema de salud conformado por organizaciones e instituciones, que administran y regulan esos recursos.

El sistema de salud se integra a partir de tres niveles de atención, los cuales buscan de una forma ordenada y estratificada aumentar la capacidad de respuesta a las

expectativas de la población, para satisfacer sus necesidades en un área de responsabilidad determinada.

2.3. Atención Primaria de Salud

Los movimientos vinculados al proceso de transformaciones en la salud tienen como antecedente y comienzan a generarse a partir de las declaraciones realizadas en la Conferencia Internacional sobre salud, realizada en Alma Ata (1978) en donde la OMS definió a la Atención Primaria de la Salud (APS) como "...La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.." (OMS, 1978, p.3)

Si bien esta conferencia significó para América Latina la puesta en marcha del aseguramiento y accesibilidad de la salud para toda la población, los efectos en la práctica y las formas de implementación fueron diversas observándose como resultado que fueron muy pocos los países en los que se logró desarrollar como estrategia integral y se consiguió un alcance nacional. (Zurro, 2011)

Frente a esta situación los países de América Latina y el Caribe discutieron la renovación de APS, y en el año 2005 miembros de la OPS aprobaron la renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (Declaración de Montevideo) como parte integral de de los sistemas de salud.

A partir de la transformación hacia "sistemas de salud basados en APS" (OPS, 2005, p.2) se produce un cambio intenso en el Modelo de Atención, el cual se basa en la atención primaria y pone énfasis en la "...promoción de salud, un abordaje preventivo e integral, que promueve la equidad, la universalidad, permite lidiar con los determinantes sociales de la salud y afirma y asegura el derecho universal a la salud..." (Levcovitz, Antoniol, Fernández & Galeano, 2011.p.50)

Tal como afirma Perea (s.f.) la APS constituye una estrategia, puesto que se propone resolver problemas mediante una manera específica de reorientar y reorganizar los recursos en el sector de salud. Por su parte los principios básicos de la estrategia de APS deberán integrarse a los sistemas sanitarios de la región, conforman una parte esencial de estos sistemas y se determinan de la siguiente manera:

Integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, planificación, cobertura universal, participación, equidad, descentralización, accesibilidad, continuidad, prevención primaria poniendo acento en el desarrollo y actuaciones en el primer nivel de atención.

2.4. Sistema Nacional Integrado de Salud

Hacia la construcción de un nuevo modelo de atención

Un componente esencial para pensar y trabajar sobre las prácticas del psicólogo en el ámbito del primer nivel de atención, es el de la reforma sanitaria la cual comenzó en el año 2005 en el Uruguay y sustenta el cambio de modelo de gestión y de atención, integrando en la práctica, la lógica de redes y la estrategia de atención primaria en salud. Como toda reforma los cambios no se gestionan automáticamente, sino que llevan un proceso que hasta el día de hoy se viene desarrollando. Finalmente en el año 2007 surge la ley 18211, que plantea una serie de principios rectores, entre los cuales se destacan: la intersectorialidad, la promoción de salud, el respeto a los derechos y la universalidad en la cobertura, etc. (Uruguay. Poder Legislativo, 2007) A su vez favoreció al desarrollo de una serie de mecanismos y políticas específicas dando lugar al SINS (Sistema Nacional Integrado de Salud) este sistema propone un avance significativo en accesibilidad, equidad, participación y regulación de prestaciones. (Perea & Girona, 2011) El SNIS "...Presenta como pilares el cambio en la gestión, en la financiación y en el modelo de atención a la salud, el eje de este último pilar es la estrategia de la atención primaria de salud y la consolidación de un primer nivel de atención continente y resolutivo que permita una atención integral a la salud y que promueva la participación comunitaria..." (Levcovitz, et.al. 2011, p.50)

De esta manera tras la reforma del sistema de salud, el SNIS presenta un notorio progreso en temas de participación, accesibilidad y equidad, estableciendo e intentando poner en práctica un modelo de atención integral, equitativo orientado a la promoción y prevención, con énfasis en el primer nivel, de acuerdo a la estrategia de APS. (Levcovitz et. al, 2011). Para el desempeño de las acciones en promoción y prevención en este nivel, si bien se trabaja de acuerdo a las necesidades específicas de la realidad de cada comunidad, existen programas prioritarios en función de los cuales se desplegarán las acciones en el Primer Nivel. Estos son: Programa de atención a la niñez, adolescencia, adulto, adulto mayor, mujer y salud reproductiva y adicciones.

2.5. Primer Nivel de Atención

El primer nivel se define como el conjunto de recursos humanos y procedimientos tecnológicos, que permite resolver las necesidades básicas y demandas de salud más frecuentes de la población y que deben estar accesibles de forma inmediata.

(Declaración Alma Ata, 1978). De esta forma, representa la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Un funcionamiento apropiado le permite resolver a nivel local un 80% de las necesidades de salud de la población. A partir del mismo se ponen en marcha los mecanismos de referencia y contrareferencia que permiten la integración con el segundo y el tercer nivel cuando es necesario, estos mecanismos se utilizan con el cometido de transferir el cuidado de un paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.

De acuerdo al artículo 36 de la ley 18.211 (Uruguay. Poder Legislativo, 2007) el primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales, dirigido a las personas, familias, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutive las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios y tecnologías adecuadas...”

Tal como señala (Levcovitz et.al, 2011) “El Primer Nivel de Atención de Salud se orienta a la sociedad y su ambiente, es el que organiza las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en lugares donde la población vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales y con su participación organizada. Está a cargo de los equipos interdisciplinarios donde resulta imprescindible los aportes de muchas disciplinas” (Levcovitz et.al, 2011, p.29)

Constituye también el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y establece el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Calatayud, 2009).

Siguiendo a este autor, el mismo plantea que las prioridades en las acciones que se lleven a cabo en este nivel son diversas y dependen de los problemas específicos que presente la comunidad con la que se trabaja. Por tal motivo es necesario a partir de una concepción integral y mediante el diagnóstico de la situación de salud, una adecuada identificación de problemas, para un posterior desarrollo de acciones de promoción, prevención, y rehabilitación.

Asimismo señala que “Dichas acciones tendrán que estar determinadas por la interpretación que el equipo de trabajo hace del estado de salud de la comunidad; interpretación que también debe integrar lo que la población percibe como necesidades prioritarias. Estas deben estar dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de vida y el estado de salud de esa población” (Calatayud, 1999, p.101)

Tomando las consideraciones del MSP (Ministerio de Salud Pública) (2014) se cree que una buena coordinación en este nivel, es clave para la consecución de tres componentes esenciales: la accesibilidad, longitudinalidad y la integralidad. El primero hace posible el contacto con los servicios, y la utilización de estos. Refiere a la “ausencia de barreras geográficas, administrativas y culturales que impiden la utilización de los servicios de salud”. La longitudinalidad hace referencia a la existencia de un seguimiento del usuario a lo largo del tiempo, de esta forma es importante que equipo de salud establezca una relación “Estable y estrecha y de primer contacto” por ultimo la integralidad hace al concepto de una salud “Sistémica e integral que se cimienta a partir de un conjunto de actividades dirigidas a la persona y el medio ambiente llevadas a delante por el primer nivel de atención” (MSP, 2014.p.4). Otro aspecto de relevancia en este nivel pasa por las finalidades propias de las intervenciones, en este sentido en la (Declaración Alma Ata, 1978) se expresa que las intervenciones en este nivel están sujetas a la promoción y prevención de salud.

2.6. Promoción y Prevención.

Las actividades de prevención y promoción son un pilar fundamental en la Atención primaria y se encuentran integradas a las estrategias de acción en el ámbito del Primer Nivel de Atención de Salud, donde el psicólogo deberá actuar de acuerdo a aquellas áreas y programas que considere prioritarios para la comunidad con la que trabajará. La promoción de salud consiste en “...Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, ejercer un mayor control sobre la misma y alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. La salud se percibe pues, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos personales y sociales así como las aptitudes físicas...” (Calatayud, 2009) Es importante resaltar que las acciones de promoción deben tener un carácter multidisciplinario y multisectorial, así como también un compromiso de las autoridades políticas. Desde esta perspectiva se plantea la importancia de generar acciones por parte de los profesionales en este ámbito, que

susciten la promoción de salud, intentando acercar a la población para lograr una mayor participación de la misma y brindando medios a las personas para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Las acciones de promoción de salud se definen como: “Conjuntos de elementos básicos para realizar las políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud”.(Calatayud, 2009, p.143).Apropósito el autor expone algunas como: Elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

Por su parte, las actividades para la promoción de la salud implican la ejecución de las acciones de promoción en la práctica. Algunas son: Determinar modelos de salud, fomentar estilo de vida sano, establecer estrategias de comunicación social, desarrollar técnicas de trabajo comunitario, etc. Desde esta perspectiva se apunta a educar a las comunidades, respetando sus saberes por medio del estímulo de su participación activa hacia un mayor control y conocimiento de su salud. En este sentido se toma a la educación para la salud, como instrumento principal de la promoción de salud, que de acuerdo a la OMS debe ser pensada como un “...Proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a las enfermedades y al uso de servicios, que refuerza conductas positivas...” (OMS, 1985)

En cuanto a la prevención el término se vincula con: “Preparar, llegar antes de disponer de manera que se evite; esto lleva a pensar que la prevención en salud exige una acción anticipada (Czeresnia,& Machado, 2006, p.54)

De acuerdo a estos autores, las acciones preventivas son intervenciones que orientan para evitar el surgimiento de enfermedades específicas, permitiendo reducir la incidencia en la población. Se llevan a cabo ciertos proyectos de prevención y de educación en salud a través de la divulgación de información y la recomendación de normas y conductas que debe tener en cuenta el sujeto, relacionado todo esto con el cambio de hábitos.

La gestión en prevención tiene que ver con las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo o factores causantes de un conjunto de enfermedades; el propósito es la implementación y utilización de mecanismos que puedan impedir los aspectos que aceleren esa enfermedad.

Existen tres niveles de prevención teniendo en cuenta el momento evolutivo de la enfermedad, siendo estos: prevención primaria, prevención secundaria y prevención

terciaria. En lo que respecta a la prevención primaria, también considerada control de la incidencia, intentando evitar el inicio o aparición de la enfermedad.

La prevención secundaria o control de la duración comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Dentro de la prevención terciaria o control de las complicaciones adicionales, incluyen acciones vinculadas a la recuperación de la enfermedad, y la rehabilitación del sujeto.

2.7. El psicólogo en el equipo de atención del Primer Nivel de Atención en Salud.

El cambio del modelo ha favorecido la incorporación de psicólogos en las políticas de salud. Es imprescindible que en el Primer Nivel de Atención se trabaje en equipo, frente a esto es necesario pensar las acciones realizadas por el psicólogo en el marco del trabajo interdisciplinario, "Integrando además saberes no disciplinares, dando paso a la formación de un equipo de inter- saberes en el que la participación de la comunidad se hace indispensable" (Perea & Girona, 2011, p.99)

De acuerdo a lo planteado por (Garay, Tuzzo & Diaz, 2006) Interdisciplina significa el establecimiento de vínculos múltiples, complejos, variables entre conocimientos y habilidades generados en todo el espectro de la producción, tanto científica como cultural o artística. Implica la flexibilidad necesaria para realizar recorridos por diferentes materias y disciplinas

Un aspecto fundamental al que hacen referencia los autores, es el de poder identificar los problemas centrales mediante un diagnóstico de la situación de salud de la comunidad. De esta forma las prioridades en las intervenciones y acciones tendrán que estar determinadas por la interpretación que el equipo de trabajo hace sobre el estado de salud y los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja. "El equipo de salud lo entendemos como una estructura organizativa, funcional y flexible. Integrada por profesionales, técnicos que desarrollan actividades de APS con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de la comunidad" (Levcovitz, et.al, 2011, p.48)

Dichos autores expresan que lo fundamental en la APS son las acciones realizadas por parte del equipo de salud con el máximo nivel de accesibilidad para la población, el uso de tecnología apropiada, es decir recursos para atender y poder satisfacer las necesidades y demandas que surgen en la comunidad.

Por su parte el MSP en el presente año, ha desarrollado un documento en el cual se manifiestan las "Funciones que deberían desarrollar los Equipos de Salud del Primer

Nivel de Atención” estos equipos están conformados por: Trabajadores sociales, Licenciados en Enfermería, Ginecólogos, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos, etc.”(MSP, 2014. p.7) Asimismo el MSP (2014) establece tres grandes bloques en relación a las prácticas desempeñadas por todos los integrantes del Primer Nivel, incluyendo aquí las tareas desempeñadas por el psicólogo. El primero consiste en la Planificación: “Elaborar una análisis de la situación de salud participativo que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, determinantes sociales y principales necesidades de salud”.

La Ejecución por su parte se vincula con actividades de “...Promoción, prevención y tratamiento, desde un abordaje individual, familiar y comunitario. La incorporación de la población a la gestión del cuidado y el registro correcto en la historia clínica. Incluye también aspectos tales como la participación del profesional en actividades de capacitación y desarrollo profesional continuo...” (p.10). El tercer y último bloque es el de la Evaluación, la misma consiste tal como lo indica la palabra en: “Aplicar métodos de monitoreo y evaluación que sirvan para la autoevaluación del desempeño de la tarea y rendición de cuentas a sus usuarios”

3. ANÁLISIS.

El sustento del análisis que a continuación se desplegará, será en base al marco conceptual y la realización de una entrevista semidirigida, a psicólogos que trabajan en servicios de salud correspondientes al Primer Nivel de atención en Salud. Los psicólogos consultados, realizan dicho trabajo en el marco del convenio ASSE- Facultad de Psicología – Universidad de la Republica. De esta forma se procederá a la articulación de las prácticas psicológicas con el material teórico. El análisis tomará los ejes indagados en la entrevista, para dar coherencia y sentido al mismo.

3.1. Las prácticas psicológicas que se realizan en el Primer Nivel de Atención en Salud.

Una de las principales funciones del psicólogo en nivel al que se hace referencia, se vincula en una primera etapa con identificar cuáles son las necesidades primarias de la comunidad con la cual trabaja. De acuerdo a esto se desprende uno de los

componentes esenciales para comprender la práctica psicológica en este ámbito. La misma consiste en identificar la complejidad de la realidad social y la multideterminación de las problemáticas de salud, para posteriormente realizar el diseño de intervención, de acuerdo a la demanda a atender. En relación a la identificación de las necesidades de la comunidad, los entrevistados expresan lo siguiente: Residente1 "...Me parece que el tema de las prácticas en el primer nivel del psicólogo, comprende un rol amplio, que se define según el territorio, según las necesidades de cada territorio. No va a ser lo mismo las acciones del psicólogo trabajando en la policlínica con una población rural, que en una población más urbana, o una población viviendo en un contexto de asentamiento. Dependiendo de esto varia el tipo de actividades..." (Extraído anexo1) En correspondencia a lo expresado por los psicólogos, surge un punto de encuentro con lo que dice Calatayud (1999). El autor establece que las prioridades de trabajo en el sistema sanitario, precisamente en el Primer Nivel son muy variadas y dependen de los problemas y realidades específicas que presente la comunidad con la cual se trabaja. Para ello es necesario tal como afirma el autor, partir de una concepción integral de promoción, prevención de salud y atención de las enfermedades, para la oportuna realización de un diagnóstico situacional de salud de la población. Se entiende que dichas acciones en el marco del Primer Nivel, deben estar dirigidas a generar un impacto y perpetrar cambios en la calidad de vida y el estado de salud de la población, por supuesto en un sentido positivo. De acuerdo a lo señalado hasta el momento, se desprende que la práctica del psicólogo consiste en una primera fase en hacer un mapeo de la zona y relevamiento de la situación de salud, aportando los aspectos psicosociales al diagnóstico comunitario. Esto junto a la noción de los recursos con los que cuenta la zona y las temáticas prioritarias que surgen de las necesidades relevadas, permitirá diseñar las modalidades de intervenciones necesarias.

Las intervenciones en el Primer Nivel de Atención de Salud se pueden clasificar de la siguiente manera: las consultas individuales y familiares y los abordajes comunitarios. En lo referente a los abordajes grupales y comunitarios, los psicólogos entrevistados manifiestan lo siguiente: R1 "El primer nivel de atención tiene como dos partes. Por un lado actividades de tipo grupal y comunitarias que pueden ser las de coordinación con escuelas de la zona, realización de talleres en sala de espera de promoción de salud con niños, adolescentes y adultos, participar del espacio adolescente, etc. Esto sería como a grandes rasgos lo que tiene que ver con actividades de índole grupal y comunitaria" (Extraído anexo). En relación a este punto, se concibe que las acciones emprendidas en y con la comunidad, en el Primer Nivel de Atención en Salud,

favorezcan a generar impacto y producir mejoras en la calidad de vida, en el contexto donde las personas se desarrollan, viven y crecen. Esta lógica de acción, ejecutada en la práctica psicológica contiene tal como señalan De Lellis y Saforcada (2010) el desarrollo de acciones impulsadas hacia modificaciones que promuevan mejoras en la salud, en “los estilos de vida, hábitos, creencias, representaciones sociales, el comportamiento, subjetividad, autoestima etc.”(p.113) Asimismo dichas intervenciones, se realizan en el marco de las “Funciones que deberían desarrollar los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención” vinculadas a actividades de “...Promoción, prevención y tratamiento, desde un abordaje individual, familiar y comunitario...” (MSP 2014, p.10). En este sentido y de acuerdo a este documento, las intervenciones se realizan desde un abordaje en red, donde se conjugan las actividades comunitarias con el trabajo clínico.

En este nivel la práctica del psicólogo, se enfrenta a la necesidad y desafío de transitar de un abordaje clásico centrado en la clínica individual y la enfermedad, hacia el desarrollo de intervenciones en el entorno comunitario, orientadas a la prevención y promoción de salud. De este modo, un factor sustancial que concierne a la acción del psicólogo, tiene que ver con el trabajo a terreno. Un componente básico para el ejercicio de las prácticas psicológicas en este nivel, requiere de cierta plasticidad por parte del profesional. Teniendo en cuenta que además de las consultas dentro del centro de salud, otra de las acciones esenciales en este ámbito, es la de realizar intervenciones extramuros, generando una mayor implicancia, adoptando una posición más horizontal, que permite un contacto más cercano y directo con la comunidad y con las necesidades específicas de esta.

Dicha acción se puede reafirmar a partir de lo expresado por los entrevistados: R1 “En este nivel se ve el rol móvil del psicólogo, donde atiende consultas pero no se encierra en el consultorio, trabaja desde la promoción de salud, resuelve en la consulta y decide si es para pasar al segundo nivel o no. Salir a la comunidad más cercana y buscar una demanda, esto último implica generar un movimiento y tener que salir y estar en campo. A partir de esto empezar a crear y después que se crea recreamos” (Extraído anexo). Es importante en este apartado, poder dar cuenta de lo que representa y significa el “entrar en comunidad”, al respecto se entiende que este ir hacia la comunidad, promueve un involucramiento y un acercamiento más horizontal con la población. Que permite a su vez desarrollar la observación, escucha y palabra del psicólogo en interacción con la gente, lo cual favorecerá a la producción de movimientos significativos en la comunidad con la cual se trabaja.

Otra de las modalidades de intervención característica de este nivel, es la consulta individual. Cabe señalar, que estas consultas trascienden las formas habituales de concebir la clínica, se centran en la promoción y prevención y se diferencian de lo que sería un proceso psicoterapéutico habitual. Ratificando lo antedicho, los entrevistados realizan el siguiente planteo: R2 “Por otra parte dentro del marco de las prácticas del psicólogo en el primer nivel de atención tenemos las consultas individuales, que también pueden ser abordajes familiares, pero pensando en las consultas de índole individual, estas se caracterizan por ser de orientación y resolución. Se enfocan en algún tema puntual, las intervenciones son mas focales hacia situaciones de crisis, son bastantes puntuales” (Extraído anexo). Tal como señalan, las consultas se caracterizan por ser de orientación, resolución, seguimiento y derivación a servicios de mayor complejidad o a instituciones que atiendan las problemáticas específicas. En la consulta psicológica se focaliza sobre la demanda puntual, y se implementan los mecanismos de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención. Según Calatayud (2009) desde el punto de vista clínico, en cuanto a la formación profesional, se requiere de “conocimientos sobre técnicas de diagnóstico, orientación, y elementos básicos de psicoterapia individual y familiar”. (p.189) Se trata de orientar a los sujetos través de estrategias y metodologías, buscando respuestas y soluciones a temas puntuales. Las consultas pueden ser programadas por agenda o espontaneas. Dependiendo de la demanda y la situación a atender pueden ser de individuales, familiares o grupales.

Teniendo en cuenta lo recientemente expuesto y tomando los aportes de Giorgi (s.f.) en relación a los principios que orientan las intervenciones psicológicas en este ámbito. Se considera pertinente contribuir desde un saber académico a la complementariedad de lo establecido por el órgano rector, MSP referente a los bloques (Planificación, Ejecución y Evaluación) vinculados a las prácticas desempeñadas el equipo de salud que integra el Primer Nivel de Atención en Salud. MSP (2014). Al respecto el autor manifiesta que el trabajo del psicólogo en este ambiente, exige de transformaciones de lo que han sido sus ejes tradicionales en la práctica. En este sentido establece que al rol de escucha y comprensión, se adhiere el de sostén y facilitador de los procesos. Continuando en la línea de acción planteada por el autor, el mismo menciona la importancia de intervenir sobre el tejido social y la vida cotidiana. Se trata de realizar intervenciones que favorezcan movimientos habilitantes, y generen oportunidades para que las personas construyan soluciones posibles a sus problemas. Estas intervenciones deben ser promovidas hacia el

desarrollo de las capacidades y habilidades, beneficiando el empoderamiento, el poder de decisión y la defensa de los derechos. (Giorgi, s.f.)

3.2. Participación Comunitaria.

Otra acción a impulsar en el marco de las prácticas del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud, es en relación a la participación comunitaria. La misma es uno de los pilares fundamentales promovidos por el SNIS, y su cometido es el de favorecer la participación social en las acciones destinadas al mejoramiento de su salud. Este proceso resulta indispensable en las acciones psicológicas, entendiendo que favorece el empoderamiento y apropiación de la comunidad en las decisiones, referentes a la identificación de problemas y potencialidades de salud, su priorización y el diseño de respuestas colectivas. De acuerdo a este punto los entrevistados opinan lo siguiente: R5 “Lo que haces es buscar con la comunidad, con los usuarios de la zona que demanda existe y si no existe se va a crear una demanda y trabajar en función de la zona”. (Extraído anexo) De esto último se desprende un componente primordial a la hora de pensar las acciones en el nivel al que se hace referencia. La participación comunitaria se puede entender de acuerdo a los postulados de la OMS como: “El derecho y deber del pueblo de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (Declaración de Alma Ata, 1978). Desde esta perspectiva se entiende a la participación, elemento central de la Atención Primaria en Salud como un proceso de suma importancia en el desarrollo y ejecución profesional de las acciones realizadas en este nivel. Asimismo las acciones que favorezcan la participación social, habilitan un proceso activo en tanto contribuyen a la apropiación de las comunidades a su derecho a la salud integral y a una mejor calidad de vida. Se genera en este sentido un intercambio de saberes con la comunidad, dándoles voz y aprendiendo de ésta. A su vez dicho modo, se aleja de los modelos asistencialistas que ubican al paciente en un rol pasivo como portador de los saberes del profesional. Dándole a los sujetos un lugar dinámico, promoviendo el involucramiento social que aportará información acerca de sus necesidades y será de gran importancia a la hora de diseñar estrategias de acción. Es sustancial en el marco de la práctica del psicólogo, generar acciones que motiven la participación social incluyendo a la comunidad con un rol activo, en donde los profesionales trabajen para lograr transformaciones sociales, integrando en sus prácticas los conocimientos y aportes de

los actores sociales. (Montero, 2004). En concordancia con lo recientemente expuesto, esta forma de trabajo refleja una clara tendencia a promover un modelo más horizontal que considera el saber de la población como válido y necesario, integrando el contexto social e histórico de la población en el proceso de salud y enfermedad.

Sin embargo, en la práctica llevada a cabo en este nivel también aparecen diversas circunstancias, que operan como obstaculizadores de la participación comunitaria e impiden su ejecución. Una de ellas y quizás la más predominante está asociada a la reproducción de un modelo asistencialista, que emerge no solo desde las instituciones, por parte de los profesionales, sino también desde la población (Pera,1999). Asimismo, muchas veces existen dificultades por parte de la comunidad para emprender otro tipo de acciones. Es decir que la demanda existente en las personas, queda sujeta a los dispositivos tradicionales socialmente reconocidos, donde la acción se reduce a solicitar servicios, y el rol del psicólogo queda sujeto a la asociación del mismo con la consulta individual, propia del modelo biomédico. En este punto Calatayud (1999) opina que corresponde al psicólogo, ayudar a favorecer la participación comunitaria, por medio de diferentes vías tales como: “La obtención de información acerca de la evaluación que los miembros de la comunidad hacen de cuáles son sus principales problemas de salud y sobre sus expectativas acerca de lo que pueden hacer de manera conjunta con el centro de salud para resolverlos” (p.132). Un aspecto llamativo y significativo es en relación a la entrevista, donde se identifica un nivel de discurso, que integra la importancia de la participación comunitaria en la construcción de la demanda. Sin embargo los psicólogos entrevistados, no nombran acciones específicas generadas en la práctica que favorezcan e incluyan la participación social, en el diseño de respuestas colectivas hacia el mejoramiento de la salud. De acuerdo a lo señalado por Levcovitz, et.al, (2011) las acciones que comprenden la participación de la comunidad, se vinculan con temas tales como: Planificar, analizar, y priorizar sus problemas. Para luego decidir y actuar en función de la solución de los mismos, asumiendo la responsabilidad que conlleva el proceso. Desde esta mirada la participación se vincula con tomar parte, tener parte y formar parte. Gonzaga (1990)

Una de las respuestas encontradas a esta situación, puede estar sujeta a la formación de los profesionales de la salud en su dimensión de facilitadores de los procesos participativos. En relación al tema de la formación profesional para el trabajo en el Primer Nivel de Atención, es relevante destacar que “el psicólogo debe tener formación en salud pública y conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas de salud, de manera que pueda participar en el diagnóstico de salud de la comunidad y

en la elaboración y evaluación de programas de intervención” (Calayayud ,2009.p.189) Un aspecto importante a señalar en este apartado, es en relación al Plan de estudio académico y la escasa formación en temas relativos a salud pública, conocimientos de epidemiología y estadísticas de salud, lo cual obstruye la capacitación para el ejercicio laboral de los psicólogos en este ámbito. El hecho de la carencia formativa de los profesionales en este ámbito puede pensarse como uno de los obstáculos implicados en las prácticas desempeñadas por los mismos.

3.3. Intersectorialidad.

Otra de las acciones que promueve el nuevo modelo, sustancial en el marco de las prácticas desempeñadas por el psicólogo en el Primer nivel de Atención en Salud, se relaciona con la articulación intersectorial. “La dinámica de redes ha llevado a que la RAP-ASSE entable vínculos y coordinaciones con una gama muy diversa de organismos e instituciones, a efectos de avanzar en sus ejes estratégicos para el cambio de modelo” (Levcovitz, et.al, 2011, p.123). De esto último se desprende que una de las tareas que involucra a la práctica psicológica, es la de articular con las distintas instituciones y agentes comunitarios y de esta manera poder trabajar “en y con redes locales” (Caétano, Rydel, Sica &Ventre, s.f.) Esto se puede afirmar tras los enunciados de los entrevistados “El psicólogo actuando como articulador con otras instituciones es algo clave en las acciones que desempeña. En el primer nivel es algo muy importante la tarea del psicólogo como articulador”. (Extraído anexo, Residente 1) En la entrevista los residentes manifiestan realizar articulaciones principalmente en coordinación con las escuelas y centros Caif de la zona. Cabe agregar que la articulación entre instituciones, habilita el manejo de información común, orientada hacia la población, la cual permite un abordaje integral de los procesos. El abordaje integral indicado previamente, se refuerza con los postulados de Giorgi (s.f.) en relación al reconocimiento de la complejidad de las realidades humanas. El autor hace referencia a la importancia de renunciar a las explicaciones basadas en la monocausalidad lineal, para pensar en términos de “entramados causales”. Esto implica superar barreras disciplinarias, para converger en el abordaje de las necesidades de la población. (Giorgi, s.f. p.15)

Desde esta perspectiva, la articulación intersectorial es concebida como “el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante

intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población”. (OPS, 1999).

En este punto cobra sentido las conceptualizaciones realizadas por López y Weiss (2007) en relación a las prácticas profesionales abordadas anteriormente. De acuerdo a estos autores, las mismas no solo constituyen la aplicación de conocimientos, ejercitación de conductas y verificación de la teoría, sino que además las prácticas profesionales permiten la indagación, es decir la búsqueda de respuestas en los diversos conocimientos disponibles, así como también la incorporación de los saberes técnicos en la acción y diálogo concreto que se produce en la práctica. De la misma forma la articulación entre instituciones, permite contar con una diversidad de caminos posibles y búsqueda de respuestas, frente al abordaje de una misma situación.

A propósito cabe agregar, que para la ejecución y diseño de proyectos, así como también para tener un acercamiento a las temáticas y acordar objetivos comunes, se necesita de encuentros y reuniones entre los profesionales que conforman el equipo de salud y los directivos de las instituciones. No obstante, sucede en ocasiones que este trabajo en red requiere de un tiempo y espacio, que no siempre está garantizado. Por otra parte es frecuente observar que en la práctica “las instituciones participantes se posicionan como meros receptores del equipo de salud, y no como activos participantes de lo que en la comunidad se realiza” (Caétano.et.al s.f.p.3)

3.4. La interdisciplina en el Primer Nivel de Atención de Salud.

Tal como se mencionó inicialmente resulta necesario que en el Primer Nivel de Atención se trabaje interdisciplinariamente. El trabajo en equipo constituye uno de los principios fundamentales para el modelo de Atención Primaria en salud. Para dar cuenta de su importancia y poder visualizar su peso en este ámbito, se parte de los enunciados expuestos por el MSP: “El rol y la labor que desempeñará cada recurso humano estará determinado por los roles desempeñados por los otros profesionales en el trabajo multiprofesional desde la interdisciplina y por las características de la situación a atender” (MSP, 2014.p.8) En este sentido y de acuerdo a lo establecido se aspira al trabajo en red, entendiendo que los problemas que emergen en este ámbito no pueden ser resueltos desde la perspectiva de una única disciplina. Las prácticas en el nivel al que se hace referencia requieren de un abordaje integral, de acuerdo a esto

es necesario pensar la práctica psicológica en el marco del trabajo interdisciplinario. (MSP, 2014).

Tomando en cuenta lo recientemente expuesto y desde una mirada crítica, surge un cuestionamiento en relación a la concreción de dicho abordaje integral, llevada a cabo por los equipos de salud que integran el Primer Nivel. Al respecto se cree que si bien existen semejanzas a nivel de discurso, relativas al necesario abordaje desde un marco interdisciplinario en este nivel. Emerge, por otra parte un punto de quiebre correspondiente a la distancia producida en la práctica, que se aparta de lo que promueve la teoría. Este hecho se puede reafirmar tras los señalamientos de los psicólogos entrevistados R3 “El tema de la interdisciplina a veces se ve más como una multidisciplina que como una interdisciplina. En el centro de salud que a mí me tocó estar no tenía tantas horas de trabajo en comunidad, estaba muchas horas en el centro de salud y muchas veces me encontraba con un funcionamiento que era como una suma de muchas disciplinas. Trabajaba con pediatría, ginecología con parteras, odontología, medicina general y médico de familia. Y era difícil generar ese vínculo interdisciplinario, ver a la persona con una visión integral, eso cuesta mucho trabajo y es algo que se construye” (Extraído anexo)

En este sentido la dificultad formulada por los entrevistados para el desarrollo de un vínculo interdisciplinario, puede producirse debido a varias causas como pueden ser: Dificultad de las diversas disciplinas en establecer intercambios teóricos-metodológicos y promover una reflexión conjunta, buscando puntos de acuerdo y acciones coordinadas. Lo recientemente expuesto, concuerda con lo que dice Giorgi (s.f) en relación al “discurso interdisciplinario y la practica corporativa”. El mismo alude a la complejidad de la interdisciplinariedad en el marco de las prácticas. En donde se expresan “intereses corporativos que deslindan territorios, reivindicar fronteras y tienden a perpetuar hegemonías disciplinarias y profesionales” (p.2). En este punto cabe agregar, que todo equipo de trabajo debe pensarse desde una perspectiva que contenga lo subjetivo y lo intersubjetivo. Tal como afirma (Caétano. et. al) (s .f) un saber disciplinario es una forma de poder, por lo tanto las cuestiones de poder estarán siempre presentes en este ámbito. Siguiendo a esta autora, la construcción del trabajo interdisciplinario exige, a nivel individual por parte de cada disciplina renunciar a la creencia de que la propia disciplina es suficiente para dar cuenta de la demanda a atender.

Asimismo Stolkiner (2005) opina que la interdisciplinariedad es un “Posicionamiento, no una teoría unívoca. Por lo tanto ese posicionamiento obliga básicamente a

reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina”. (p.5) Este reconocimiento y renuncia casi “omnipotente del saber” es un aspecto al cual no todos los profesionales “pueden o quieren” acceder, propiciándose aquí otro impedimento que obstaculiza el intercambio de saberes y la producción de algo nuevo. En correspondencia a las causas relacionadas con la dificultad que impiden la construcción de interdisciplina, otro incidente punto a destacar es el vinculado a la figura del médico y su tradicional rol hegemónico. El mismo consigue visualizarse en las palabras de R5 “En el primer nivel está muy marcada la presencia del médico de familia y a veces uno ve que se mete a preguntar o decir cosas con mucha autoridad, y piensas pero esto no le corresponde. La disciplina entonces se empieza como a desdibujar y mezclar. Ahí sí, se produce un choque, cuando uno siente que se están metiendo con lo que es propio” (Extraído anexo) Este hecho que produce fronteras entre las disciplinas, es algo que actualmente sigue sucediendo y se encuentra muy presente en el funcionamiento de los servicios de salud. Se puede pensar que aun sigue en vigencia un modelo de salud, en el cual la figura del médico es la figura que representa el poder, frente a otras disciplinas, pero también frente a la población.

Por lo antes mencionado y en concordancia con García (1992) se entiende a las prácticas inconexas y autónomas, como insuficientes para comprender y afrontar la complejidad de las demandas en una comunidad. En contraposición, la interdisciplinariedad pensada como construcción apunta a superar la distancia e individualidad entre disciplinas, evitando una visión fragmentada y la toma de decisiones unilaterales. Por el contrario promueve la apertura, el enriquecimiento y complementariedad. De acuerdo a esto y para el logro de un óptimo desarrollo de las prácticas integrales, es necesario entender al trabajo interdisciplinario como un proceso, en el cual el mismo se asume no en función de los especialistas, sino atendiendo y ayudando a las necesidades de las personas, grupo o población. Se trata de producir algo nuevo, buscando estrategias en común. En este sentido y adhiriendo a lo expresado por Gandolfi (2006) sobre la forma de pensar la interdisciplina, se destaca la importancia de su carácter de apertura, enriquecimiento y complementariedad. Se apunta desde esta mirada a poder superar la visión fragmentada entre las disciplinas e intervenir de manera integral.

Un último aspecto relevante dentro de este punto y no menor, que dificulta la construcción de interdisciplina y tiende a obstaculizar la práctica psicológica, es el tema que contiene al rol del psicólogo en este nivel. Desde los aportes de los entrevistados y literatura sobre el tema, se puede pensar que el rol del psicólogo en

este campo aparece de alguna manera desdibujado y confuso. Algunas de las explicaciones encontradas al respecto, se vinculan por un lado con el lugar que ocupa el mismo en el imaginario colectivo. Esta nueva forma de ser psicólogo muchas veces lucha con las representaciones interiorizadas acerca del ejercicio de la profesión, cuya forma predominante responde a la clínica individual. Esto se puede afirmar tras lo formulado por los entrevistados. R3 “Muchas veces los propios profesionales con los que trabajas no tienen claro cuál es el rol del psicólogo, entonces queda un poco desdibujado y vos tenes que estar todo el tiempo también repensando el rol” (Extraído anexo) Aparece también en esta manifestación, el propio cuestionamiento del psicólogo en relación a su práctica. Lo que puede vincularse y responder al carácter nóvel del ejercicio de la psicología en este ámbito. Del mismo modo las “propias carencias a la hora de intentar articular la formación disciplinar con las complejidades y desafíos de la practica en el Primer Nivel de Atención” (Caétano. et. al, s .f, p.1). Incide entre otras cuestiones, a esta falta de claridad y muchas veces a la “sensación de precariedad y desamparo” (Cortázar, 2002, p.126) vivenciada por estos profesionales en la cotidianidad de sus prácticas profesionales.

Por lo antes mencionado se considera pertinente añadir, a través de los postulados de Giorgi (s.f) la siguiente enunciación, vinculada al trabajo en equipo. “Trabajamos desde la implicación, es decir nos asumimos como portadores de valores y puntos de vista propios acerca de las situaciones en que intervenimos” (p.3). De acuerdo a lo manifestado por el autor y teniendo en cuenta las dificultades asociadas al trabajo interdisciplinario mencionadas anteriormente. Se puede decir que el trabajo en red y la capitalización de la construcción de un saber compartido, se vincula con un facilitador en la práctica psicológica. Que permite desde la implicancia, la construcción de trabajo en equipo y a su vez favorece el intercambio y diseño de estrategias, hacia mejoras en la salud de la población

3.5. Actividades de Promoción y Prevención.

Tal como se ha expresado anteriormente, el rol del psicólogo en este ámbito trasciende la clínica individual psicológica, para extenderse a las actividades que incluyen a la promoción y prevención de salud. Las mismas constituyen un pilar fundamental en la atención primaria y se encuentran integradas a las estrategias de

acción en el ámbito del Primer Nivel de Atención. “La salud desde esta perspectiva se percibe pues, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos personales y sociales así como las aptitudes físicas...” (Calatayud, 2009) Donde el psicólogo deberá actuar de acuerdo a aquellas áreas y programas que considere prioritarios para la comunidad con la que trabajará. Las finalidades propias de la intervención se vinculan con dichas actividades. Cabe desatar que lo ideal en las acciones de promoción y prevención, es que tengan un carácter multidisciplinario y multisectorial, así como también un compromiso de las autoridades políticas con las mismas. Se entiende a las actividades de promoción de salud, como medios para la acción, es decir “La forma de ejecutar en la práctica las acciones de promoción” (Calatayud, 1999, p.144) las que de acuerdo al autor se resumen en: “Determinar modelos de salud, fomentar estilos de vida sanos, establecer estrategias de comunicación social, y desarrollar técnicas de trabajo comunitario” (p.144)

En relación a las acciones vinculadas con la promoción y prevención de salud, los psicólogos entrevistados identificaron las siguientes: R4 “Por ejemplo todo lo que son los talleres en las policlínicas y fuera de estas. Los talleres se realizan sobre las poblaciones de riesgo o sobre las poblaciones necesarias y estos pueden ser sobre: Lactancia, adultos mayores, embarazadas adolescencia, etc. Esto va a depender de la necesidad del territorio, se detecta la necesidad y a partir de eso se interviene” (Extraído anexo) A propósito se puede distinguir nuevamente la jerarquía que existe en las acciones que se emprenderán, teniendo en cuenta la necesidad y la demanda preexistente en la población con la que se trabajará. Sin embargo un aspecto llamativo que se desprende de lo señalado por los entrevistados, corresponde a la siguiente enunciación: “Los talleres se realizan sobre las poblaciones de riesgo o sobre las poblaciones necesarias”. Lo manifestado por los entrevistados, da cuenta de un modo un tanto restringido de trabajar la prevención y promoción desde un enfoque de riesgo. Este último término alude a un sentido negativo de la salud, debido a que se encuentra asociado a la enfermedad. Al respecto se concibe, que existe por parte de los psicólogos una adherencia conceptual y ética a los postulados del nuevo modelo de atención, no obstante aun se cuele el enfoque de riesgo, el cual da cuenta de una actual vigencia del Modelo medico hegemónico o individual restrictivo” (Menéndez, 1998) que presenta como uno de los pilares de funcionamiento la asistencia a la enfermedad. En este sentido se habla de intervenir únicamente sobre las poblaciones de riesgo, cuando las acciones de promoción y prevención apuntan y poseen un enfoque que pretende “influir en los determinantes de la salud, remarcando a la salud,

como salud desde lo positivo y no desde la enfermedad” (Caétano. et. al, s .f, p.4). De acuerdo a esta línea de pensamiento, algunas de las acciones promovidas en este nivel pueden ser las de: talleres de salud sexual y reproductiva, talleres de habilidades para la vida, talleres sobre adicciones, talleres sobre hábitos de autocuidado relacionados con la alimentación, etc. (Caétano. et. al, s .f)

Considerando lo recientemente expuesto, se entiende que las acciones en el Primer Nivel, dirigidas a la promoción y prevención de enfermedades, deben realizarse hacia la educación para la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. En este sentido se apunta a “...promover cambios de conceptos, comportamientos y actitudes, frente a la salud...” (OMS, 1985) Tomando los aportes teóricos de Calatayud (2009) sobre esta temática, es oportuno señalar que las acciones promocionales necesitan “apoyarse en conceptos psicológicos tales como: hábitos, actitudes motivacionales, interacciones personales, familiares y habilidades.”(p.144). Continuando con esta línea, el autor expone algunas recomendaciones para el trabajo de los psicólogos en el marco de la atención primaria: Identificar las demandas que requieren atención prioritaria, para dicha identificación la información aportada por la comunidad, es la base para la toma de decisiones. Trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, intercambiando el conocimiento en pro de una visión integral de la situación. Evaluar los resultados obtenidos. Utilizar los diferentes dispositivos con un carácter creativo, y por último estimular a una activa participación de los integrantes de la comunidad, ya sea tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, así como también en la evaluación de los resultados. (Calayayud, 2009)

Una de las cuestiones fundamentales expresadas por los Residentes y necesaria de considerar, para el análisis de las actividades de promoción y prevención en el marco de las prácticas, es en relación a los programas y los recursos existentes para trabajar con la población. Dichas actividades se harán de acuerdo a lo expresado por R1: “Teniendo en cuenta los programas prioritarios que tiene el MSP, estos programas, las líneas programáticas se bajan a los prestadores (en este caso ASSE) y después uno intenta, con las herramientas que tiene en el momento en territorio darle concreción a esos programas que son: Salud sexual y reproductiva, Primera infancia, etc. R3: “Siempre teniendo en cuenta los recursos existentes en la zona”. (Extraído anexo) De acuerdo a lo indicado, estas líneas de acción que involucran la realización de talleres

en las policlínicas y fuera de estas, en base a necesidades prioritarias identificadas. Habilitan la potenciación de los espacios participativos, y tienden a efectuar un dialogo entre la comunidad y los centros de salud donde desempeñan su práctica profesional, dichos trabajadores. Asimismo señalan que además del trabajo en policlínica, existen también espacios de acciones de promoción y prevención, realizadas en instituciones educativas de la zona (escuelas y centros Caif). Otro de los lugares donde se pueden realizar acciones de promoción y prevención de salud, que no mencionan los entrevistados, son las organizaciones barriales y espacios abiertos como ser plazas.

3.6. Facilitadores en la práctica.

Tras la aproximación conceptual y vivencial en torno a las líneas de acción sujetas a la promoción y prevención de la salud. Surge un último punto de análisis, vinculado a los facilitadores identificados en la práctica psicológica en este ámbito. En este apartado, cabe destacar que muchas veces por una cuestión de situaciones que se producen en la práctica psicológica del Primer Nivel de Atención, se hace énfasis en los obstáculos identificados. Por su parte, existen también facilitadores, los cuales sabiéndolos direccionar y optimizar, pueden conducir a grandes resultados y gratificaciones en la tarea desempeñada. En este sentido los entrevistados expresan como unos de los facilitadores encontrados la “posibilidad de proponer y de crear”. Otro de los facilitadores hallados en la entrevista hace referencia a la “flexibilidad horaria, movilidad, campo y autonomía” (Extraído anexo, Residente 5). En relación a este punto destacan la importancia de accionar dichos facilitadores, es decir apropiarse de esa autonomía y movilidad, dándole sentido y generando intervenciones que favorezcan movimientos significativos en la comunidad con la cual trabajan. Tal como señala Giorgi (s.f.) se trata de un accionar dirigido a remover obstáculos y sostener procesos habilitando el despliegue de potencialidades individuales y colectivas (p.15) Continuando con los facilitadores identificados en la práctica psicológica, los psicólogos destacan de relevancia, las instancias de encuentro con las que cuentan desde el Programa de Residencia, el cual integran. Estas instancias permiten el enriquecimiento de dichas prácticas, favoreciendo el intercambio de experiencias. Asimismo este espacio habilita, tal como lo expresan, la posibilidad de “Sostener, repensar y conceptualizar la práctica” (Extraído anexo, Residente 3).

4. CONSIDERACIONES FINALES.

Los aspectos abordados en este trabajo, señalan que las conceptualizaciones y el análisis vinculado a las prácticas del psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud, se comprenden a partir del marco de la creación Sistema Nacional Integrado de Salud, impulsado por la reforma de salud. Dicho sistema tiene el cometido establecer un modelo de atención integral, equitativo orientado a la promoción y prevención, con énfasis en el Primer Nivel de Atención en Salud, que permita una atención integral a la salud, promoviendo a su vez la participación comunitaria en el proceso de atención a la misma. (Ley 18.211, 2007)

En función de lo analizado y en respuesta a los objetivos principales de este trabajo. Considero pertinente señalar, que las prácticas que realiza el psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud, son diversas y dependen de las necesidades específicas que presente la comunidad con la que se trabaja. Partiendo de una concepción integral de salud, las prioridades en las acciones se encuentran determinadas por la interpretación que el equipo de salud realiza en función de una correcta identificación, mediante el diagnóstico de salud de la comunidad. Donde resulta sustancial, en el abordaje de las diversas situaciones a atender, integrar la interpretación que la población percibe como necesidades primarias, orientadas hacia transformaciones en la calidad de vida y estado de salud en la misma. De esto último se desprenden dos puntos esenciales en la práctica psicológica. Los mismos aluden al trabajo interdisciplinario, y a la participación comunitaria. En relación a estos y tomando los aportes teóricos y la entrevista efectuada, se puede determinar que la problematización en común de las situaciones a resolver, la sistematización y reflexión conjunta, que permita construir e innovar en propuestas, sigue siendo un proyecto a construir y a desarrollar. Entendiendo que lo se produce hasta ahora en muchos de los casos, es una sumatoria de aportes de diferentes disciplinas, sin demasiada conexión entre sí. A través de lo analizado, la interdisciplina se puede pensar como un desafío a construir. Que permita trascender rigideces conceptuales y prejuicios, apostando a un abordaje integral de las demandas y necesidades que presenta la población. Por su parte, en lo respecta a la participación comunitaria, se percibe por un lado un discurso que promueve, y destaca la importancia de la misma en las acciones emprendidas en este nivel. Sin embargo, aparecen ciertas dificultades para concretar acciones que involucren la participación social. Uno de los motivos vinculados a esta dificultad, es la escasez referente a la capacitación académica, en la formación de psicólogos para el trabajo en este nivel. La cual conduce a la dificultad para desarrollo de acciones

psicológicas que faciliten los procesos participativos. A su vez existe una insuficiente participación de la comunidad, debido a su adherencia a los dispositivos tradicionalmente reconocidos, donde en ocasiones la acción se reduce a solicitar servicios. Lo anteriormente expresado, da cuenta que en el El Primer Nivel de Atención en Salud convergen distintos modelos de atención Si bien se pueden visualizar acciones promocionales de salud y un discurso que adhiere a los marcos conceptuales y metodológicos del modelo de atención integral, también se cuelan en la práctica acciones donde se destaca la prevalencia del “Modelo medico hegemónico o individual restrictivo” (Menéndez, 1998).

En cuanto al perfil profesional del psicólogo y las acciones que determinan su práctica en este ámbito, considero apoyándome en la bibliografía consultada y la entrevista, que si bien existe actualmente un documento que expresa las funciones que deberían desarrollar el equipo de salud del Primer Nivel de Atención en Salud (MSP, 2014)el perfil del psicólogo en este ámbito, es un perfil y sobre todo una identidad profesional que aun se encuentra en construcción y que su accionar queda sujeto a varios factores. Uno de ellos se vincula con las necesidades de la población y las intervenciones específicas de acuerdo a las necesidades de la misma. Asimismo otro factor que determina la práctica, es en función al equipo de salud del cual forme parte el psicólogo. Dentro de este último punto un elemento a mencionar se relaciona con la imagen, expectativa y poca claridad que tienen los miembros del equipo en relación al rol que el psicólogo ocupa el en este nivel, lo cual puede resultar influyente y tal como manifestó uno de los entrevistados, conduce a “Repensar nuestro rol” En este sentido, y a modo de finalizar considero oportuno reflejar, con la siguiente frase y en lo que a mí respecta, uno de los grandes determinantes que deberían guiar las practicas psicológicas en este nivel:

“No son los quehaceres concretos de cada caso, sino la posición desde la cual se los asume lo que permitirá instituir y fortalecer la propia identidad profesional” (Ana Gloria Feruilo de Parajón)

5. ANEXOS.

ENTREVISTA A RESIDENTES DE PSICOLOGIA EN SERVICIOS DE SALUD

**MONTEVIDEO, 25
DE ABRIL, 2014**

Yo-¿Según su experiencia Cuáles son las prácticas que realiza el psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud?

Residente 1- Me parece que el tema de las prácticas en el primer nivel del psicólogo comprende un rol amplio, se define según el territorio, según las necesidades de cada territorio. No va a ser lo mismo las acciones del psicólogo trabajando en la policlínica con una población rural, que en una población más urbana, que una población viviendo en un contexto de asentamiento, dependiendo de esto varía el tipo de actividades. El psicólogo actuando como articulador con otras instituciones es algo clave en las acciones que desempeña. En el primer nivel es algo muy importante la tarea del psicólogo como articulador, entonces en este nivel se ve el rol móvil del psicólogo, donde atiende consultas pero no se encierra en el consultorio, trabaja desde la promoción de salud, resuelve en la consulta y decide si es para pasar al segundo nivel o no

Residente 2- El primer nivel de atención tiene como dos partes, por lo menos en lo que respecta a mi experiencia. Por un lado actividades de tipo grupal y comunitarias que pueden ser las de coordinación con escuelas de la zona, realización de talleres en sala de espera de Promoción de salud con niños, adolescentes y adultos, participar del espacio adolescente, etc. Esto sería como a grandes rasgos lo que tiene que ver con actividades de índole grupal y comunitaria.

Y por otra parte dentro del marco de las prácticas del psicólogo en el primer nivel de atención tenemos las consultas individuales que también pueden ser abordajes familiares, pero pensando en las consultas más de índole individual, estas se caracterizan por ser de orientación y resolución. Se enfocan en algún tema puntual, las intervenciones son más focales hacia situaciones de crisis, son bastantes puntuales. En caso de detectar en el marco de la consulta del primer nivel alguna

situación, que amerite un abordaje más complejo, lo conveniente poder derivar esa situación.

Yo- ¿Y esas consultas individuales o familiares son programadas?

Residente 1- En mi caso sí, pueden ser espontaneas, pero en mi caso las consultas son por agenda. Pueden ser de un encuentro o mas.

Residente 2- Si, depende un poco el rol que tengas dentro del primer nivel, como este definido en cada centro de salud, en mi caso que trabaje en la cruz de Carrasco era un rol muy móvil, no hacíamos consulta hacíamos solamente recepción. Nosotros lo que hacíamos era entrevistas como de recepción para derivar y bueno después nos encargábamos, como decía Ana de la parte más comunitaria: talleres en escuelas, grupos en asentamientos, ese tipo de cosas

Residente 3- También coordinaciones inter institucionales, todo lo que es interdisciplina en el primer nivel, lo que yo quería decir es que el primer nivel es como un arma de doble filo porque por un lado aprendes muchísimo en la práctica y también ves la entrada de la toda la comunidad, es el primer contacto y ese primer contacto hay que trabajar mucho el funcionamiento y los límites del propio profesional y de todo

Residente 2- Si los limites que dice Daniela son importantes porque claro a veces en el rol del psicólogo de área quedan comprendidos un montón de cosas, nosotros llegamos a hacer actividades también recreativas, y a veces se confunde un poco hasta donde..

Yo-¿Qué acciones vinculadas a la promoción y prevención de salud identifican en su tarea como psicólogos?

Residente 4- Por ejemplo todo lo que son los talleres, en las policlínicas y fuera de estas. Los talleres se realizan sobre las poblaciones de riesgo o sobre las poblaciones necesarias y los talleres pueden ser sobre: lactancia, adultos mayores, embarazadas adolescencia, que son como las grandes franjas

Residente 1- Teniendo en cuenta los programas prioritarios que tiene el MSP estos se bajan a los prestadores, en este caso ASSE (uno de los tantos prestadores) esos programas, las líneas programáticas se bajan y después bueno uno intenta con las herramientas que tiene en el momento en territorio como para darle concreticidad a esos programas que son: salud sexual y reproductiva, primera infancia, etc.

Residente 4- Si esto va a depender de la necesidad del territorio, porque capaz que el territorio necesita la intervención en relación a un grupo de adultos mayores entonces se detecta la necesidad y a partir de eso se interviene

Residente 5- Lo que haces es buscar con la comunidad, con los usuarios de la zona que demanda existe y si no existe se va a crear una demanda y trabajar en función de la zona

Residente 3- Siempre teniendo en cuenta los recursos existentes en la zona y los otros técnicos que trabajan y también lo interinstitucional, como por ejemplo los centros Caif, y escuelas de la zona.

Residente 1- En mi caso desde mi práctica cotidiana y hablando con otra gente del equipo, con residentes de medicina familiar y los mismos médicos de medicina familiar y comunitaria es que el trabajo en primer nivel si bien tenes una disciplina especifica, ahí auspicias como promotor de salud en general. Por lo menos desde las reuniones de equipo y las conversaciones de pasillo como que uno asiste como un promotor de salud, por más que en mi caso soy psicóloga y mis compañeros uno es médico, otro es trabajador social. A veces se desdibuja un poco el rol y se rompe con eso para pensarse desde otro nivel, desde el primer nivel bueno si, sos promotor de salud

Yo- ¿Qué piensan del trabajo interdisciplinario en este ámbito, lo llevan a cabo en la práctica?

Residente 3- Eso depende un poco de las particularidades de cada servicio, pero si es real que es un trabajo difícil. Dependiendo de las particularidades del servicio puede pasar que el rol del psicólogo no queda claro, muchas veces los propios profesionales con los que trabajas no tienen claro cuál es el rol del psicólogo entonces queda un poco desdibujado tenes que estar todo el tiempo también repensando el rol

Residente 4- Si, además hay que tener cuidado también de no anular institucionalmente lo que hace cada institución, por ejemplo en nuestro caso nos paso de estar en un asentamiento donde se iba a realojar a las personas porque era una zona donde la tierra no es apta para vivir ahí y habían muchos niños con parasitosis, y estaba trabajando " Un techo para mi país" construyendo casas entonces para ellos era muy difícil, para la población como interiorizar que se tenían que ir cuando a la vez había otra institución que le construía casas, entonces son muchas complejidades, a

veces caes en eso de cruzarte con el trabajo de otro y capaz no resuelves bien la situación

Residente 3- El tema de la interdisciplina a veces se ve más como una multidisciplina que como una interdisciplina. En el centro de salud que a mí me toco estar por la residencia, no tenia tantas horas de trabajo en comunidad, como le paso a otros compañeros que tenían un rol mas móvil entonces yo estaba muchas horas en el centro de salud y muchas veces me encontraba con que era como una suma de muchas disciplinas por ejemplo trabajaba con pediatría, ginecología con parteras, odontología, medicina general y médico de familia

Y era difícil generar ese vínculo interdisciplinario, es decir ver a la persona con una visión integral, eso cuesta mucho trabajo y es algo que se construye. Hay algo fundamental en los equipos interdisciplinarios que es la capacidad de vincularse con los demás, y ahí el rol del psicólogo. Es fundamental la capacidad de sensibilidad de adaptación, ser proactivo, no se hay un montón de requerimientos pero si no te podes vincular difícilmente se pueda construir interdisciplina

Residente 5- A veces cuesta también a nosotros mismos nos cuesta, por ejemplo en el primer nivel está muy marcada la presencia del médico de familia y a veces uno ve que se mete a preguntar o decir cosas con mucha autoridad y vos pensas pero esto no le corresponde y a nosotros también nos pasa que nos dejan entrar y a veces sentimos que hacemos trabajo de trabajadores sociales. La disciplina entonces se empieza como a desdibujar y a mezcla y hay sí, se produce un choque cuando uno siente que se están metiendo con lo que es propio

¿Esto lo ven como un obstáculo para el trabajo?

Residente 5-Imaginate que tenes que hacer un diagnostico de la situación de forma rápida y pensar estrategias a corto plazo. Si esperas que pase por el médico o por otro profesional, se hace más largo el proceso. Si vos no pensas con el otro y no ves de cierta forma integral, se empieza como a compartimentar y el tiempo se extiende. Terminas haciendo un trabajo de segundo nivel en un lugar de primer nivel, entonces lo ideal sería trabajar en la consulta ya con el otro y ver el proceso, pero bueno es medio difícil. Para mí lo más importante en cuanto a la interdisciplina es coincidir en una visión del sujeto, coincidir en una visión de salud en un concepto de salud, después la forma de trabajar o los modelos bueno... si vos coincidís en como concebís el sufrimiento del sujeto, ah hay es una base riquísima para trabajar. Después cada uno aportara desde su disciplina pero cuando la diferencia va en cómo

se concibe al sujeto, a la salud y a la enfermedad, se produce un choque y una frontera, lo fundamental es coincidir epistemológicamente en la manera de concebir al otro, esto es muy importante cuando hay que hacer estrategias inmediatas y hay visiones contradictorias del sujeto

Yo ¿Cuáles son los facilitadores que encuentran para realizar su trabajo?

Residente 5- Flexibilidad de horarios, movilidad, campo, dinamismo, posibilidad de proponer y de crear, autonomía

Residente 3- Sí, hay que hacerse cargo de todo esto y accionarlo porque se puede tener todo esto y no usarlo, ser psicólogo en el primer nivel de atención y quedarse encerrado en una consulta recibiendo únicamente consultas programadas sin salir a la comunidad

Residente 5- Lo que pasa que te involucra eso, por ejemplo a mi me pasó de pensar bueno a acá no hay nada, entonces te cuestionas me quedo en el no hay nada y me siento en la consulta, o salgo a la comunidad más cercana y busco una demanda y esto último implica generar un movimiento y tener que salir y estar en campo. A partir de esto empezar a crear y después que se crea recreamos

Residente 3- Es importante también sostener, repensar y conceptualizar por que muchas veces se hace sin poder pensar. Entonces por ejemplo las instancias de reflexión, de pensamiento, poder hacer registro fotográfico, escrito

Residente 1- Desde nuestro programa de residentes contamos con esta posibilidad de encuentro, intercambio pero sabemos que en la realidad de los servicios de salud en los que no esté la universidad en intervención directa y con la vorágine de las actividades diarias se hace más difícil realizar esto. Nosotros tenemos un tiempo de cuestionamiento de intercambio entre nosotros que resulta muy enriquecedor

6. Referencias Bibliográficas.

Bourdier, P (1991). El sentido práctico. Madrid: Taurus

Caétano, M, Rydel, D, Sica, S y Ventre, G (s.f.). Cuarto encuentro nacional de psicólogos de salud pública. Desde la salud mental a la salud integral. Psicólogos en el primer nivel de atención, reflexiones primarias. Ponencia presentada en cuarto congreso.

Calatayud, F.M (1999) Psicología y salud en el mundo actual. Buenos Aires: Paidós

Calatayud, F.M (2009) Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Koyatún

Castro, R (2011). Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar

Cortázar, M (2002) Psicología de la salud en el Primer Nivel de Atención. En: Psicología de la Salud. Escenarios y Quehaceres. Montevideo: Paidós

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

Etchebarne, L. (2001). Temas de medicina preventiva y social. Montevideo. Oficina

Del libro FEFMUR.i

Gandolfi, A, Cortázar, M (2006). El desafío de la interdisciplina en la formación de los profesionales de la salud. Jornadas de Psicología Universitaria: Facultad de Psicología: "A medio siglo de la Psicología en el Uruguay" Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Tizón García, J.L. (1988) Componentes psicológicos de la práctica médica.: Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma

Giorgi, V (s.f) A propósito del trabajo de los equipos de salud con la comunidad. Problemas y potencialidades (inédito)

Giorgi (s.f.) Psicología y políticas sociales. Hacia la deconstrucción del desamparo. En Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Publicación oficial. Numero 161: 2004

Gonzaga, L (1990) Planificación en la comunicación de proyectos participativos. Quito: Ciespal

Levcovitz, E, Antonioli, G, & Fernández, M (2011). Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS

López, S. y Weiss, E. (2007). Una mirada diferente a las Prácticas: Un taller de electrónica en el CONALEP. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 12, 35, 1329-1356.

Minucci y Benaim. (2005). Psicología y salud. Caleidoscopio y prácticas diversas. Psicodebate. Psicología, cultura y Sociedad, 6, 123-138. Recuperado de:

<http://www.palermo.edu/cineciassociales/publicaciones/Pdf/6psico%2009>.

Menéndez, E (1998). Modelo medico hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.

Montero, M (2004) Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollos, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2005). *Sistema nacional integrado de salud. Proyecto de Ley*

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud. División Recursos Humanos (2014). *Equipos de salud del primer nivel de atención*.

Recuperado de:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf

Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Alma-Ata, URSS. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1986). *La carta de Ottawa para la promoción de salud. Primera Conferencia. Ottawa. Organización Mundial de la Salud (OMS)*

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe de la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria en Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2005). Declaración Regional según las orientaciones de la APS. Montevideo, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

Perea, M.J (s.f.) Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial Atención Primaria en Salud. Área de Salud. Curso Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Universidad de la Republica

Perea, M.J (1999) Participación Comunitaria en el Primer Nivel de Atención en Salud. Área de Salud. Curso Niveles de Atención en Salud: Facultad de Psicología. Universidad de la Republica. IMM.

*Perea y Girona (2011). Sistematización de experiencias de extensión Universitaria. Aquí se respira esperanza. En Apuntes para la acción I. Extensión Universitaria. 2011. Recuperado de:
http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/apuntes_para_la_accion_ii_web.pdf.*

Raggio, A (1999). Por una ética de la intervención. Montevideo: Multiplicidades

Rebellato, J (2000) Ética de la liberación. Textos inéditos. Montevideo: Nordan

Real Academia Española (1984). Diccionario de la lengua Española. Edición n°20
Madrid: Espasa Calpe

Saforcada, E (1999). Formación universitaria de los profesionales y técnicos de la salud. Los psicólogos. Parte II. En Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires. Paidós

Uruguay. Poder Legislativo (2007). Ley n° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoley.aps?Ley=18211&Anchor=>

Stolkiner, A (2005). Interdisciplina y Salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud mental. Estrategias posibles en la Argentina de hoy: Misiones 2005. Argentina

Zurro, M (2011). Atención familiar y salud comunitaria. España: Elsevier.