

Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Psicología

Secretaría de Posgrado

Doctorado en Psicología

**PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: LA
ACTIVIDAD DE LAS PSICÓLOGAS QUE TRABAJAN EN
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS)**

Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología

Doctorando: Lic. Ramiro Garzaniti

Directora: Dra. Verónica Zabaleta

Codirector: Dr. Enrique Saforcada

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Año 2024

La presente tesis doctoral se realizó con el financiamiento de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC-PBA), a través de una Beca Doctoral, cuyo lugar de trabajo fue el Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN-CIC). Asimismo, se contó con el financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), a través de una beca de finalización del doctorado que se desarrolló en el Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (LEPsE-UNLP).

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mis padres, sin quienes no hubiese podido asistir a la universidad y estudiar tranquilo sin tener que preocuparme por obtener un salario que me permita cubrir mis necesidades y pagar mis estudios. Posteriormente, esto me favoreció y facilitó mi acceso a las becas doctorales que financiaron esta tesis.

Agradezco a mis amigos, quienes me acompañaron en este recorrido: Eva Navarro, Ignacio Pierrestegui, Nicolás Nuñez, Javier y Pablo Noriega, Lautaro González, Lucas Canzani y Glenda González.

Especial mención y agradecimiento quisiera hacer a mi directora, Dra. Verónica Zabaleta, quien con experiencia y (mucho) paciencia, me ayudó, me guió y me ordenó tanto en la escritura de esta tesis como en mi incursión en el ámbito académico. Sin ella esto no estaría sucediendo y siempre estaré agradecido por todo lo que aprendí a su lado (y espero seguir aprendiendo).

Otras hermosas personas que fui conociendo mientras habitaba la universidad también hicieron esto posible. Para darle un orden cronológico, empezaría por la Dra. Lilia Rossi Casé con quien empecé este recorrido cuando ingresé como Adscripto Alumno a la cátedra Estadística Aplicada a la Psicología, cátedra en la que actualmente me desempeño como docente. Fue Lilia quien me presentó a mi actual directora. Y así se fue armando una red con personas dispuestas a brindar apoyo y ayuda (material y afectiva). Fue Verónica quien me presentó al Mg. Javier Santos, con quien trabajé durante varios años en el Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN-CIC), y es otra persona sin la cual esto no estaría sucediendo. En ese centro de investigación me nutrí y aprendí muchísimo trabajando con personas de distintos campos de estudio. Así pude darle forma a un concepto que hasta poco antes me resultaba una quimera: la interdisciplina. Aprendí a amar la antropología, la sociología y el trabajo social gracias a personas como las Doctoras Susana Ortale, Adelaida Colangelo, Diana Weingast y el Dr. Hernán Caneva. Por otro camino, conocí también al Dr. Enrique Saforcada (co-director de la presente tesis), quien siempre dispuesto a ayudar a quien lo necesitara,

nunca dudó en acompañarme en este recorrido socializando todo su conocimiento y experticia en la materia. Lamento profundamente que no pueda hoy estar entre nosotros para compartir esta última etapa.

Finalmente, todo esto no hubiera sido posible (o al menos no de esta forma) si en 1918, en la ciudad de Córdoba, a un grupo de estudiantes no se le hubiese ocurrido la loca idea de que la educación debía ser un derecho humano. Por suerte este grupo de personas tuvo eco y con avances y retrocesos, esta política de inclusión educativa, con autonomía y de calidad sigue existiendo al día de hoy. Viviendo en uno de los pocos países donde la educación universitaria es pública, gratuita y de acceso irrestricto, en estos tiempos que corren, más que nunca creo necesario subrayar la importancia de estas políticas públicas. Y no se trata solo de poder acceder a una educación pública de calidad, sino que esto se complementa con la existencia de organismos de excelencia dedicados a la ciencia y la técnica para el desarrollo nacional. En este caso particular, los organismos que financiaron la realización de esta tesis fueron la Universidad Nacional de La Plata, la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

A mi familia, a mis amigos, a mis afectos, a quienes me acompañaron en la academia, en mi casa, en mi trabajo, en mis momentos de ocio, a todas las personas que me enseñaron y de las que (algo) aprendí y a todes les que lucharon y luchamos por sostener vidas más vivibles: ¡Gracias!

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
PRIMERA PARTE. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y ANTECEDENTES	17
CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD	18
1.1. La primera generación de la teoría de la actividad: los aportes de Lev Vygotsky	18
1.2. La segunda generación de la teoría de la actividad	21
1.3. La tercera generación de la teoría de la actividad	24
1.4. Nuevos desarrollos: teoría en movimiento	25
1.5. La teoría de la actividad como herramienta para la investigación empírica	27
1.5.1. CHAT: conceptos nodales	28
1.5.2. Cómo lograr un aprendizaje expansivo a través de un Laboratorio de Cambio	37
1.6. Teoría de la actividad aplicada al campo de la salud	42
CAPÍTULO 2. EL CAMPO DE LA SALUD	47
2.1. Atención Primaria de la Salud y Psicología de la Salud	53
2.2. Formación de psicólogos	60
2.3. Interdisciplina	63
2.4. Desmanicomialización y Primer Nivel de Atención	68
2.5. Niveles de Atención, Primer Nivel de Atención (PNA) y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)	71
CAPÍTULO 3. ANTECEDENTES	77
3.1. Metodología utilizada en el análisis de los documentos	78
3.2. Resultados	79
3.2.1. Modalidades de intervención	80
3.2.2. Demanda de atención en el PNA	84
3.2.3. Trabajo interdisciplinario	85
3.2.4. Formación de los psicólogos	86
3.2.5. Directivas de organismos multilaterales sobre el trabajo en salud mental desde la estrategia de APS	87
3.3. Conclusiones	90
SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO	94
CAPÍTULO 4. ENFOQUE METODOLÓGICO	95
4.1. Objetivos	95
4.2. Participantes y corpus	95
4.3. Instrumentos de recolección de datos	97
4.4. Procedimientos de obtención de datos	98
4.5. Procedimientos de análisis y elaboración de datos	98
4.6. Consideraciones éticas	100

CAPÍTULO 5. RESULTADOS: LA PALABRA DE INFORMANTES CLAVE	102
5.1. Caracterización del trabajo del psicólogo en el PNA	102
5.2. Recomendaciones acerca del trabajo en salud mental en el PNA	105
CAPÍTULO 6. RESULTADOS: LA ACTIVIDAD DE LAS PSICÓLOGAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	108
6.1. Las psicólogas como sujetos de la actividad	109
6.2. Los artefactos de mediación como “armas para trabajar en la trinchera”	113
6.3. ¿Pará qué?: objetivos de las psicólogas en el Primer Nivel de Atención	122
6.4. La comunidad	132
6.5. Reglas	144
6.6. División del trabajo: trabajo interdisciplinario e interagencialidad	150
CAPÍTULO 7. RESULTADOS: LA INDAGACIÓN DE SITUACIONES-PROBLEMA	159
7.1. Dimensión 1: situación problema	161
7.2. Dimensión 2: intervención profesional	164
7.3. Dimensión 3: herramientas	167
7.4. Dimensión 4: resultados y atribución de causas de éxito y fracaso	170
7.5. Dimensión 5: aprendizaje de la experiencia	172
7.6. Dimensión 6: cambios en la intervención	174
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	177
8.1. El contexto de la actividad de las psicólogas. El sistema de salud: ¿mercancía o derecho?	177
8.2. La actividad de las psicólogas en el primer nivel de atención: un sistema con contradicciones	182
8.3. Dos ejes para el análisis de las contradicciones en el sistema de actividad	191
8.3.1. Perfil de las trabajadoras	191
8.3.2. Condiciones sistémicas y materiales	196
8.4. Reflexiones finales	199
REFERENCIAS	206
ANEXOS	225
Anexo 1. Consentimiento informado para participantes de la investigación	226
Anexo 2. Entrevista semi-estructurada administrada a psicólogas que trabajan en el PNA	228
Anexo 3. Instrumento de indagación de situaciones problema	230
Anexo 4. Matriz de análisis	231

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Artículos hallados según idioma y catálogos

Tabla 2. Artículos hallados según eje

Tabla 3. Estadísticos descriptivos del G1 y del G2 en las seis dimensiones consideradas

Tabla 4. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para cada dimensión

Tabla 5. Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión situación-problema

Tabla 6. Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión situación-problema

Tabla 7. Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión intervención profesional

Tabla 8. Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión intervención profesional

Tabla 9. Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión herramientas

Tabla 10. Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión herramientas

Tabla 11. Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión resultados y atribución causal

Tabla 12. Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión resultados y atribución causal

Tabla 13. Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión aprendizaje de la experiencia

Tabla 14. Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión aprendizaje de la experiencia

Tabla 15. Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión cambios en la intervención

Tabla 16. Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión cambios en la intervención

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cantidad de población en riesgo que necesita atención por cada 1000 habitantes

Figura 2. Sistema de actividad para la primera generación de la teoría

Figura 3. Sistema de actividad para la segunda generación de la teoría de la actividad

Figura 4. Dos sistemas de actividad en interrelación como unidad de análisis en la tercera generación de la teoría de la actividad

Figura 5. Sistema de actividad para la cuarta generación de la teoría de la actividad

Figura 6. Sistema de actividad de las psicólogas en el PNA

Figura 7. Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión situación-problema

Figura 8. Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión intervención profesional

Figura 9. Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión herramientas

Figura 10. Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión resultados y atribución causal

Figura 11. Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión aprendizaje de la experiencia

Figura 12. Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión cambios en la intervención

Figura 13. Actividad de las psicólogas en el PNA y sus contradicciones

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de la Salud

PNA: Primer Nivel de Atención

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN

El Primer Nivel de Atención (PNA) es un ámbito laboral complejo que requiere diversas aptitudes por parte de los trabajadores, al ser el primer punto de contacto entre la población y el sistema sanitario. Forma así el primer eslabón del sistema sanitario y por esta razón las demandas recibidas son heterogéneas y exige, por ende, distintas respuestas. Diversas investigaciones han demostrado que esta estructuración del sistema sanitario permitiría que hasta un 90% de las problemáticas que se presenten en este PNA sean resueltas, evitando saturación en los niveles de mayor complejidad y haciendo al sistema en su totalidad más eficiente y eficaz. Desde esta perspectiva, el objetivo principal de la presente tesis es caracterizar la *actividad* de las psicólogas que trabajan en el Primer Nivel de Atención (PNA) en el Municipio de La Plata y conocer las modalidades de intervención que prevalecen en el ámbito estudiado. Para alcanzar el mencionado objetivo se recuperan los aportes del campo de la salud, de la psicología comunitaria y de la psicología de la salud, articulándolos con la teoría de la actividad. Esta perspectiva delimita como unidad de análisis a la actividad entendida como un sistema en el que se interrelacionan diferentes componentes, enfatizando factores contextuales como la comunidad, la división del trabajo, las reglas y las herramientas. La propuesta metodológica, de corte cualitativo, está centrada en la realización de entrevistas semiestructuradas a referentes del campo investigado y a las participantes, psicólogas que desempeñan su labor en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Asimismo, y a los efectos de analizar el proceso de resolución de problemas en los CAPS tal como lo llevan a cabo las profesionales, se administró un instrumento de indagación referido a situaciones problemáticas. El análisis recupera categorías derivadas del marco conceptual adoptado y se utiliza la teoría de la actividad como herramienta hermenéutica. Los resultados obtenidos en la investigación convergen en mostrar que las psicólogas en el PNA centran sus intervenciones en la atención clínica individual, de acuerdo a un modelo restrictivo. Las tareas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, centrales en el PNA, resultan escasas. La formación y el perfil profesional de las entrevistadas es un

elemento relevante en la comprensión del fenómeno. Esta investigación exploratoria y descriptiva del fenómeno permite finalmente, realizar propuestas para potenciar el estado actual de los servicios de salud mental en PNA descriptos a lo largo de esta tesis: capacitaciones en servicio para las trabajadoras a través de un *laboratorio de cambios*, empoderamiento de la comunidad y búsqueda de formas de comunicación y articulación tanto al interior del sistema de actividad y entre los sistemas centrales de gestión municipal, provincial y el sistema educativo (escuelas y universidad). Sin demasiado presupuesto, articulando la actividad de los distintos actores que forman parte del sistema de salud y generando espacios de formación y comunicación entre los distintos actores que lo integran, se podrían expandir las fronteras actuales del sistema de actividad, generando una mejor atención y cuidados en salud mental para la población de referencia. Los datos obtenidos brindan evidencia empírica acerca de la modalidad de intervención y los servicios de salud mental en este ámbito específico, en relación con los cuales existen escasas investigaciones en nuestro país.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis indaga la *actividad* que realizan las psicólogas¹ en el Primer Nivel de Atención (PNA), en relación con los marcos normativos al respecto y los aportes de la psicología comunitaria y la psicología de la salud. Para ello, se analizarán los datos obtenidos a través del enfoque teórico-epistemológico que aporta la denominada teoría de la actividad.

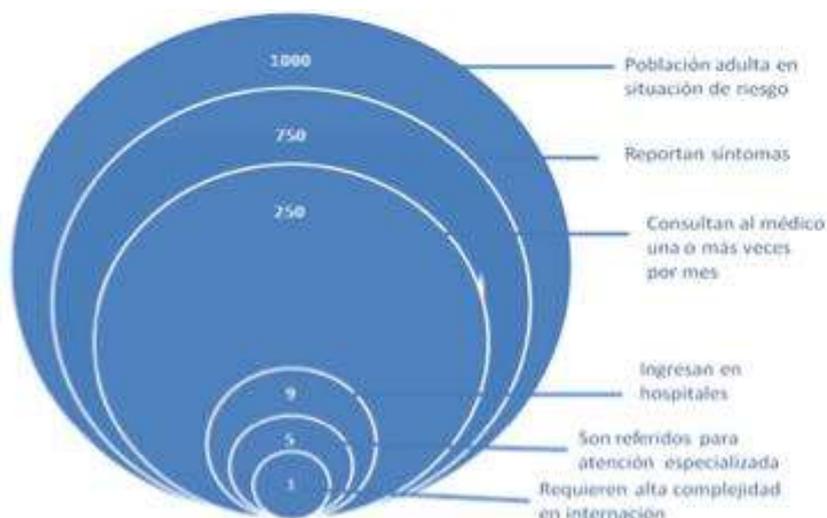
En Argentina, el sistema de salud está estructurado en tres niveles de atención y complejidad: un primer nivel, abocado al monitoreo y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de enfermedades que pueden (y deben) ser tratadas en forma ambulatoria; el segundo nivel, que se instituye en el hospital general, gira en torno a la enfermedad y contempla la internación como opción para el tratamiento; finalmente, existe el tercer nivel de atención correspondiente al tratamiento de patologías específicas. El manicomio u hospital especializado en salud mental corresponde a este nivel de atención. El Primer Nivel de Atención que aquí nos ocupa es el nivel más masivo, planificado como la puerta de entrada al sistema de salud y al que pueden llegar demandas de muy diversa índole.

Desde la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), el Estado argentino (al igual que el resto de los Estados firmantes) sostiene que las políticas públicas sanitarias deben enfocarse en este primer nivel desde una estrategia de atención primaria de la salud. Esto permitiría una organización eficiente del sistema sanitario, que lograría prevenir procesos patógenos, promover salud y generar una organización del sistema acorde a la demanda de la población.

¹ A lo largo de la tesis, hablaremos de *las psicólogas* (en femenino) pues, con la excepción de un caso, las personas entrevistadas fueron mujeres. En este sentido, prescindiremos del uso del masculino universal a la hora de referirnos a las participantes del estudio.

Figura 1

Cantidad de población en riesgo que necesita atención por cada 1000 habitantes



Fuente: Tobar (2012).

Investigaciones empíricas demuestran que hasta el 95% de los casos que se presentan en el PNA podrían resolverse allí mismo, incluyendo problemáticas relacionadas con la salud mental (OPS, 2007a; Saforcada, 2006; Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007).

Paradójicamente, el comúnmente llamado *gasto en salud* (en realidad, gasto en enfermedad o, incluso mejor, inversión en salud) se centra en el Segundo y Tercer Nivel de Atención (Ministerio de Salud de la Nación, 2017; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015; Saforcada et al., 2010). Según los últimos datos oficiales publicados, en nuestro país el gasto en salud representa un 9,5% del PBI, del cual solo el 25% corresponde a inversión estatal en el sector público, al que pertenecen los Centros de Atención Primaria de la Salud (en adelante, CAPS); el resto corresponde al gasto privado (empresas privadas prepagas o los mismos usuarios) y a las obras sociales nacionales y provinciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2017; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015). Del gasto estatal en salud en la provincia de Buenos Aires, un 80% es destinado a hospitales del segundo y

tercer nivel de atención (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015).

En cuanto a la gestión, el primer nivel es administrado por los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel quedan a cargo de los gobiernos provinciales. En la provincia de Buenos Aires, el dispositivo central a través del cual los municipios efectúan la atención en salud es el CAPS. Por ello, esta investigación se enmarca territorialmente en el Municipio de La Plata, capital de la mencionada provincia, que cuenta actualmente con 775.000 habitantes según el último censo nacional (INDEC, 2022) y donde se localizan 46 CAPS.

El interés sobre esta temática obedece a la insuficiencia de estudios con los que se cuenta, particularmente en el nivel local, y a la centralidad que deberán tomar los CAPS en lo que respecta a la atención de la salud mental para cumplir con el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM, 2010) y con las directrices de organismos internacionales. En razón de ello, en este trabajo se examinaron, a través de distintas fuentes de información, cuáles son las actividades específicas que conciernen a este nivel en el ámbito de la psicología. Tales fuentes refieren a la documentación normativa vigente en la materia, así como a la información proporcionada por las propias psicólogas que trabajan en el municipio y a la de informantes clave.

La bibliografía al respecto coincide en observar una dificultad por parte de los psicólogos para responder a las demandas del PNA (Saforcada et al., 2020). Por otro lado, como se mencionó previamente, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) (2010), el PNA adquiere un rol de suma importancia. La reglamentación vigente de la mencionada ley instruye al cierre de los manicomios para el año 2020² y establece que debe reemplazarse el abordaje manicomial por un abordaje de “salud mental comunitaria basado en los principios de la atención primaria de la salud” (LNSM, 2010, § Art. 8). El objetivo de esta ley, siguiendo los principios rectores de la Declaración de Caracas (OPS, 1990), es lograr una desmanicomialización, pues está

² Al día de la fecha, esto aún no ha sucedido, pero de todos modos la reglamentación no ha sido modificada.

comprobado que las instituciones cerradas de salud mental son terrenos fértiles para la violación de derechos humanos de los pacientes y no brindan una solución, mejora o ayuda alguna en lo que respecta a los cuidados y la salud mental. Por el contrario, generar y reforzar lazos sociales y brindar una atención integral en la comunidad donde el usuario reside genera mejores resultados (Gavilán, 2015; LNSM, 2010; OPS, 1990; Whitaker, 2015). De esta forma, el dispositivo central de atención en salud mental ya no será como el manicomio, “ya no va a ser el teatro de la locura, ya no va a ser el lugar en donde conservamos lo diferente, sino el lugar donde cada uno puede ir sin miedo” (Basaglia, 1978, p. 42).

Desde el marco teórico de la psicología de la salud y de la psicología comunitaria (Montero 2003, 2004; Morales Calatayud, 2016; Saforcada, 2006, 2010), se buscará discernir si la actividad de las psicólogas corresponde a un modelo *restrictivo individual* o a un modelo *social expansivo* (Saforcada, 2010). Este último sería el modelo acorde para cumplir con los objetivos del PNA, enmarcado en la perspectiva de la atención primaria de la salud.

En este abordaje, se incorpora como herramienta teórico-epistemológica la *teoría de la actividad* (Engeström, 1996, 2008; Engeström & Pyörälä, 2020). Bajo este prisma, se toma la actividad como unidad de análisis para el estudio del quehacer de profesionales de la salud mental en el PNA. Las contradicciones internas susceptibles de identificarse en el sistema de actividad pueden analizarse dialécticamente como fuente de desorganización, innovación, cambio y desarrollo de ese sistema. Contradicción no es necesariamente conflicto, en tanto pueden ser ignoradas por sus actores e integradas a la actividad que se realiza. Sin embargo, las contradicciones se construyen históricamente y van acumulando tensiones que podrían llevar a una modificación del sistema de actividad. Esto permitirá pensar en *transformaciones expansivas* (Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1996; Engeström, 2001). La idea de las contradicciones internas como desarrollo y motor de cambio en los sistemas de actividad, tan poderosamente conceptualizada por Il'enkov (1977, 1982; citado en Engeström, 2001),

comenzó a ganar su debida condición como principio rector de la investigación empírica.

A partir del desarrollo precedente pueden delimitarse los siguientes interrogantes: ¿está el dispositivo analizado a la altura de cumplir con los objetivos para los cuales fue explícitamente diseñado?; y, en caso de que los cumpla (o no), ¿qué funciones o consecuencias tiene este fenómeno? A partir de estos interrogantes centrales se desprenden preguntas específicas que nos permitirán operativizar el abordaje de esta problemática: ¿qué tipo de *actividad* realizan los psicólogos en el Primer Nivel de Atención?; ¿qué tipo de atención brindan estos psicólogos?; ¿estas actividades son realizadas con otros integrantes del equipo?; ¿qué tipo de demandas reciben?; ¿realizan sus tareas al interior del CAPS y/o desarrollan tareas extramuros?; ¿articulan su trabajo con otros efectores en salud y otras instituciones?, ¿de qué manera?; ¿hay normativas claras para este tipo de abordajes?; ¿cómo afecta la formación de grado y posgrado?

Para su lectura, esta tesis se organiza en dos grandes ejes: los fundamentos teóricos y los antecedentes, por un lado, y el estudio empírico, por el otro.

La primera parte incluye tres capítulos. El primero se centra en la teoría de la actividad como herramienta para el análisis de actividades complejas. En el segundo, se analizan los desarrollos de la psicología comunitaria y la salud pública con respecto al trabajo del psicólogo en el PNA. Finalmente, el tercer capítulo recopila las investigaciones realizadas en la última década acerca del tema en cuestión.

La segunda parte presenta el estudio empírico. El capítulo 4 desarrolla el enfoque metodológico adoptado. En los tres capítulos siguientes se describen los resultados obtenidos. Finalmente, en el último capítulo se propone arribar a algunas conclusiones a partir de los datos obtenidos, así como proponer nuevos debates y líneas de acción a futuro.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y ANTECEDENTES

CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

La teoría de la actividad es cualquier cosa, menos una empresa monolítica.

Michael Cole³

Para indagar la actividad de las psicólogas en los Centros de Atención Primaria de la Salud, se retomarán los principios teóricos de la denominada Teoría Histórica-Cultural de la Actividad, comúnmente conocida por su sigla en inglés, CHAT (*cultural-historical activity theory*). CHAT se refiere a un enfoque interdisciplinario para estudiar el aprendizaje y el desarrollo humanos, que se desprende de los desarrollos de los psicólogos rusos Lev Vygotsky, Alexander Luria y Alexis Leontiev.

Para organizar la exposición, este capítulo recupera la propuesta de Engeström, quien sostiene la evolución de la teoría a través de generaciones de teorización e investigación (Engeström, 2001; Engeström, 2008; Erausquin & Larripa, 2008; Yamazumi, 2006; Wertsch, 2007). Cada una de estas generaciones propondrá sus propias unidades de análisis apoyadas en críticas y cambios superadores con respecto a la generación anterior, generando nuevas síntesis. Cabe señalar que este autor ha fundado la denominada teoría de la actividad de la Escuela de Helsinki, cuyos primeros trabajos datan de los años 80 del siglo pasado (Sannino & Engeström, 2018).

Una vez realizado este breve recorrido histórico sobre la CHAT, se retomarán y explicitarán los conceptos centrales de la teoría que serán insumo para el abordaje conceptual y la comprensión de los fenómenos estudiados en el marco de esta tesis.

1.1. La primera generación de la teoría de la actividad: los aportes de Lev Vygotsky

La teoría de la actividad nace a partir de los trabajos de Lev Vygotsky (1896-1934), realizados en la Unión Soviética en los años 20 y 30 del siglo pasado (Yamazumi, 2006). Según Rivière (1984), la “década prodigiosa” de Vygotsky fue entre 1924 y 1934. Esta primera generación se centra en el

³ 1996, p. 132.

postulado vygotskiano que sostiene que las herramientas median la relación entre el sujeto y el objeto (Vygotsky, 1978; Leontiev, 1981).

Vygotsky argumentaba que los seres humanos se dominan a sí mismos a través de sistemas culturales simbólicos externos; señalando la autoconstrucción con y a través de herramientas que están disponibles en un lugar y momento determinado, herramientas que median entre el sujeto y el objeto (Daniels, 2015; González Rey, 2013; Wertsch, 2007). Esta forma de considerar al ser humano evade reduccionismos y esencialismos, sean psicológicos o biológicos, ya que otorga importancia al contexto sociocultural en el que el ser humano se constituye como tal (Daniels, 2015). Por otro lado, también ubica al sujeto en un lugar activo respecto de la performatividad del entorno y de sí mismo (González Rey, 2013). En la década del 1920 y del 1930, la teorización de Vygotsky fue decisiva en la disciplina psicológica, puesto que los enfoques hegemónicos de la época otorgaban al ser humano un lugar pasivo en la formación de sí mismo y en la capacidad de modificar su contexto; asimismo, dejaban de lado la influencia del contexto en la formación de la subjetividad humana. Los seres humanos no son solo productos de sus ambientes culturales, pero tampoco esos ambientes son solo el producto de las acciones que aquellos realizan. Siguiendo a Vygotsky, “el factor central en la existencia humana es la mediación cultural” (1978, p. 138). Es esta la gran contribución de su teoría, que será retomada décadas más tarde y constituirá el fundamento ontológico de la teoría de la actividad.

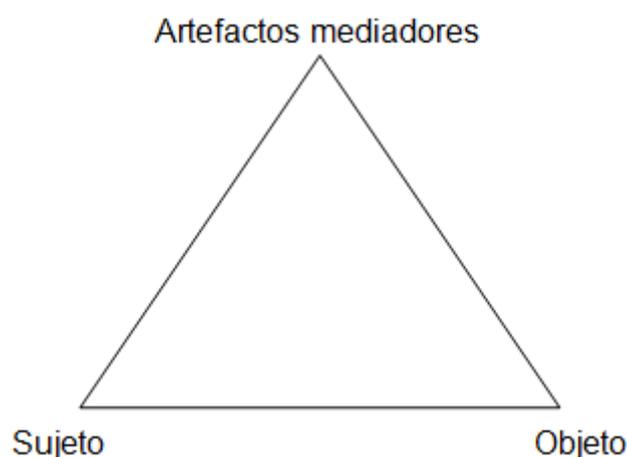
Hasta ese momento, la *mainstream psychology* (que traducimos como “corriente principal de la psicología”) coincidía en asignarle un rol periférico a la cultura para entender al ser humano, supuesto contra el que se centraron las argumentaciones de Vygotsky (Cole & Engeström, 2018). En palabras de Engeström, “la inserción de artefactos culturales en las acciones humanas fue revolucionario ya que la unidad básica de análisis ahora se sobrepone a la división cartesiana entre la persona y la intocable estructura social” (2001, p. 135). Este quiebre con la división cartesiana a partir de la actividad lo acerca una posición filosófica inaugurada por Hegel y posteriormente afianzada con la fenomenología de Husserl. De hecho, si bien es contrafáctico, es difícil

imaginar el desarrollo de la teoría vygotskyana sin el campo filosófico y epistemológico inaugurado por los autores mencionados (Da Costa & Passafaro Peres 2018; Valverde, 2020).

Retomando los desarrollos de Lev Vygotsky, vemos como aparece aquí la mediación como elemento central. Las *herramientas*, las tecnologías creadas por el ser humano, son las que permiten que el sujeto actúe sobre el mundo y a la vez ejercen una acción sobre él mismo, entrelazando los procesos individuales y culturales (Wertsch, 2007; Daniels, 2015) en el marco de la tensión entre individuo y sociedad. La figura 2 representa la mencionada interacción.

Figura 2

Sistema de actividad para la primera generación de la teoría de la actividad



Engestrom y Sannino, 2020 (la traducción es propia)

Vale la pena aclarar que Vygotsky nunca propuso o conceptualizó la actividad como una unidad básica de análisis. Para él, la unidad principal de análisis es la acción culturalmente mediada. Como veremos más adelante, es en la próxima generación que aparece el concepto de actividad como unidad de análisis.

Por otro lado, fiel a sus raíces marxistas, Vygotsky retoma la Tesis XI sobre Feuerbach y la aplica a los psicólogos: los psicólogos no han hecho más que interpretar de diversos modos al ser humano, pero de lo que se trata es de transformarlo. De esta forma, él argumenta que la implementación práctica de

cualquier teoría psicológica no puede ser una deriva marginal, sino que debe estar en el centro de la escena (Cole & Engeström, 2018; Engeström, 1996). Vygotsky llega incluso al punto de proponer la idea de un “hombre nuevo”; y el horizonte de equidad e igualdad entre los seres humanos resulta central en sus estudios (Matusov, 2008b). Su argumento consiste en que el socialismo, al eliminar las jerarquías y las brechas sociales, crearía una transformación en los seres humanos; cambio que no se daría de forma natural, sino que requeriría de una ingeniería social (*social engineering*) y un esfuerzo explícito por parte de los propios protagonistas (Matusov, 2008b; Vygotsky, 1994). Teniendo en cuenta estas raíces es que, como señala Engeström, “la epistemología de la teoría de la actividad trasciende la dicotomía entre teoría y práctica” (1996, p. 98); es decir, se convierte en una praxis.

En palabras de Engeström (2001), “la inserción de artefactos culturales en las acciones humanas fue revolucionario ya que la unidad básica de análisis ahora se sobrepone a la división cartesiana entre la persona y la intocable estructura social” (p. 135). Como se dijo anteriormente, el individuo ya no puede ser entendido sin su medio cultural, y la sociedad ya no puede ser entendida sin la agencia de las personas que producen y utilizan artefactos.

De todos modos, si analizamos este triángulo, la unidad de análisis vygotskiana queda circunscrita a las acciones de un individuo. Es justamente esto lo que será reformulado por la siguiente generación.

1.2. La segunda generación de la teoría de la actividad

El final de la década del 70 y, con más fuerza, la década del 80 constituyeron un período bisagra para esta teoría a partir de los desarrollos de un discípulo directo de Vygotsky: Alekséi Leontiev (Moscú, 1903-1979). Es él quien, a fines de los setenta, explica la diferencia fundamental entre una acción individual y una acción colectiva y sistémica con una compleja estructura mediadora. Así, la actividad se comienza a analizar en tres niveles: la actividad colectiva, mediada y dirigida a un objetivo; las acciones individuales con un desarrollo y un fin determinado que, en suma, apuntan al objetivo macro de la actividad; y las operaciones momentáneas que permiten desarrollar la acción

en un contexto específico (Leontiev, 1981; Postholm 2014). Leontiev definió la categoría *actividad* de la siguiente manera:

Cuando un miembro de un grupo realiza su trabajo también lo hace para satisfacer sus propias necesidades. Un cazador, por ejemplo, formando parte de una caza primaveral colectiva, estará estimulado por su necesidad de comida o, tal vez, ropa, y esto será lo que la piel de animal muerto represente para él. ¿Pero, a qué estaba dirigida directamente su actividad? Tal vez, por ejemplo, solo tuvo que asustar algunos animales para que se dirijan hacia otros cazadores, escondidos entre los arbustos. Eso, hablando propiamente, es el resultado de la actividad de este hombre. Y la actividad de este miembro individual del grupo de cacería termina allí. El resto será completado por otros miembros. El resultado, no es comprensible a partir de la actividad de este cazador (por ejemplo, asustar animales), y puede que no conduzca a la satisfacción de la necesidad de alimento de este miembro. En consecuencia, lo que realizaba este cazador no coincidía con el motivo de la actividad; las dos tareas estaban separadas en este caso. Estos procesos, cuyo objeto y motivo no coinciden entre sí, los llamaremos "acciones". Podemos decir, por ejemplo, que la actividad del cazador es la caza, y asustar animales es su acción. (Leontiev, 1981, p. 187; traducción propia)

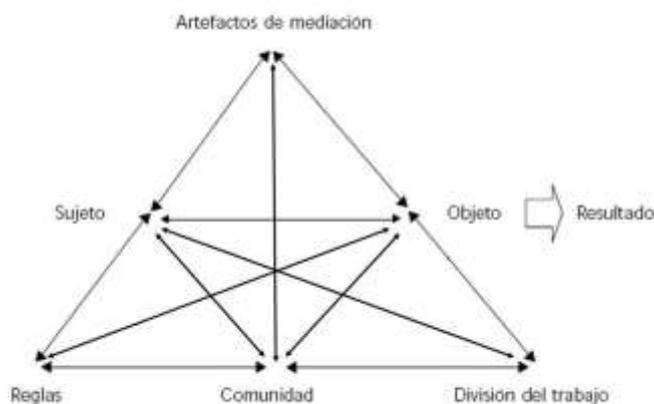
Entonces, la actividad es una formación *colectiva* y *sistémica* con una estructura mediadora compleja, que incluye y va más allá de las herramientas culturales. Una actividad produce acciones y se desarrolla por medio de acciones; sin embargo, la actividad no es reducible a ellas, que son relativamente efímeras y tienen un principio y un final determinados en el tiempo de los individuos o grupos (Engeström, 2001; Erausquin & Larripa, 2008; Leontiev, 1981). La actividad, en cambio, evoluciona durante períodos sociohistóricos, adoptando la forma de instituciones y organizaciones. Sin embargo, Leontiev nunca expandió gráficamente el modelo original de Vygotsky en un modelo de sistema de actividad colectiva. Quien sí realiza esta tarea unos años más tarde es Yrjö Engeström (1987), que desarrolla el concepto de *sistema de actividad*. Así, se pasó del concepto vygostkiano de

acción mediada por herramientas culturales a la actividad mediada, efectuando esta distinción entre acción y actividad.

Desde esta perspectiva, un sistema de actividad no es una unidad homogénea. Por el contrario, todo sistema de actividad, al tener múltiples dimensiones, genera polifonía. Es decir, nos vamos a encontrar en todo sistema de actividad distintos puntos de vista, distintas voces (Engeström, 2008). Estas voces, que pueden ser contradictorias o complementarias, forman un acervo para el funcionamiento del sistema y también para la generación de conflictos. Una actividad se compone de una multitud de elementos, voces y puntos de vista, a menudo dispares, y “a partir de ciclos expansivos pueden re-organizarse (*re-orchestration*) dichas voces” (1987, p. 8). El objeto/objetivo de la actividad será el portador del verdadero sentido, motivo y propósito futuro de la actividad, el espacio problema al cual la actividad está dirigida. Por otro lado, el contexto no será incluido meramente como algo que rodea a la actividad, sino como una dimensión que está entrelazada en ella y la determina. Este aparece en el modelo bajo la forma de reglas, comunidades y divisiones de trabajo que aportan premisas y restricciones para que los sujetos alcancen el objetivo colectivo (Postholm, 2014; Yamazumi, 2006) (Figura 3). Por comunidad se entiende aquí al conjunto de individuos y subgrupos que comparten un mismo objeto general. La división del trabajo se compone por la división horizontal de tareas y la división vertical de poder y estatus. Las reglas refieren a las normas, regulaciones, convenciones y principios, implícitos o explícitos, que restringen las acciones dentro del sistema de actividad. Dentro del modelo, estos componentes se relacionan, reformulándose y construyéndose constantemente al desarrollarse en situaciones particulares (Oswald & Perold, 2011).

Figura 3

Sistema de actividad para la segunda generación de la teoría de la actividad



Sannino y Engeström, 2020 (la traducción es propia)

1.3. La tercera generación de la teoría de la actividad

La tercera generación se presenta como un marco epistémico y conceptual que retoma los trabajos anteriormente mencionados y los expande. Es desarrollada desde principios de los años 2000 con el objetivo de estudiar los procesos de aprendizaje (conceptualizados como *aprendizaje expansivo*) que emergen en contextos institucionales de prácticas mediadas cultural e históricamente dentro de una sociedad (Engeström, 2001; Yamazumi, 2006).

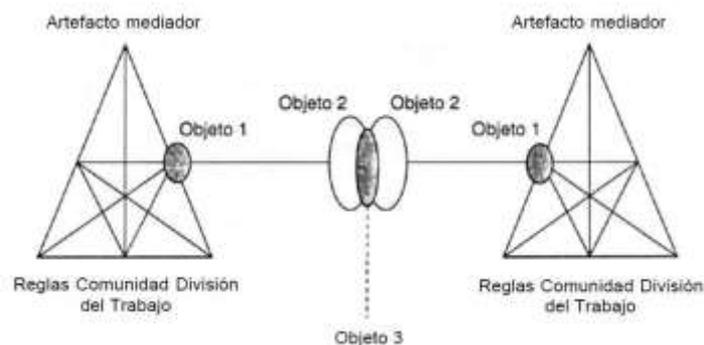
Esta generación de la teoría de la actividad se planteó, principalmente, como un programa de investigación/intervención. Engeström (2001) plantea cuatro preguntas a ser respondidas en cualquier situación de aprendizaje para comprenderla: 1. ¿Quiénes son los sujetos de aprendizaje? 2. ¿Por qué aprenden? 3. ¿Qué es lo que aprenden? 4. ¿Cómo aprenden?

La tercera generación de la teoría de la actividad desarrolló herramientas conceptuales para entender el diálogo, las múltiples perspectivas y las redes de interacción entre distintos sistemas de actividad (Figura 4). Desde este enfoque, la unidad mínima de análisis ya no será un sistema de actividad sino dos sistemas interrelacionados, lo que posibilita estudiar procesos de

aprendizaje inter-organizacional, capturando tensiones y contradicciones que se producen intra- e inter-sistemas de actividad; aspectos no abordados por la segunda generación (Engeström, 2001; Erausquin & Larripa, 2008).

Figura 4

Dos sistemas de actividad en interrelación como unidad de análisis en la tercera generación de la teoría de la actividad



Sannino y Engeström, 2020 (la traducción es propia)

1.4. Nuevos desarrollos: teoría en movimiento

Finalmente, podemos encontrar una cuarta generación, cuyas raíces podemos rastrear en las publicaciones de Engeström desde el año 2008, formalizada recientemente de la mano de Engeström y Sannino (2020). Según los autores, esta última expansión se ve motorizada por las transformaciones radicales de los objetos de la actividad humana en los últimos tiempos. En la última fase del Capitalismo Global, diversos objetos interconectados de actividad, tales como la pobreza, la exclusión social, las pandemias, etc., no pueden ser abordados como temáticas externas susceptibles de ser controladas mediante variables técnicas debido a su absoluta influencia en la organización de las sociedades y los estilos de vida de los sujetos (Engeström, 2008; Sannino et al., 2016; Engeström & Sannino, 2020).

La principal preocupación de esta última generación de la teoría es el aporte de una unidad de análisis que permita cercar coaliciones de actividades que implican una gran variedad de actores trabajando en múltiples niveles

jerárquicos (locales, regionales, nacionales, globales, etc.) y con formas de trabajo cualitativamente diferentes que no pueden ser representadas simplemente añadiendo más sistemas de actividad a la unidad de la tercera generación. De esta manera, se plantea un doble cambio cualitativo en la teoría: 1) una construcción de unidades alrededor de objetos que afecten las vidas de las personas a través de *cruces de fronteras*, es decir, superaciones dialécticas de las contradicciones; 2) un cambio de énfasis en las relaciones estructurales hacia un énfasis en los desarrollos temporales. Así, la nueva unidad de análisis pondrá el foco simultáneamente en las dinámicas relativamente independientes de múltiples ciclos de aprendizaje expansivo que se fusionan dentro y a través de actividades, a la vez que en su interdependencia. De esta forma, se da mayor lugar a la incertidumbre, corriéndose de la dialéctica teleológica. Podríamos pensar estos nuevos ciclos como un magma que va tomando diversas formas:

Figura 5

Unidad de análisis en la cuarta generación de la teoría de la actividad



Sannino y Engeström, 2020

Esta última generación de la teoría tomará como unidad de análisis ya no a los sistemas de actividad interconectados, sino a la fusión de distintos ciclos de aprendizaje expansivo que se dan a través del tiempo y en distintos niveles jerárquicos; evaluando su interrelación, su dispersión, sus avances y sus contratiempos.

Es necesario aclarar que las expansiones de la teoría no anulan la aplicación de sus desarrollos previos, sino que pueden utilizarse discrecionalmente dependiendo del objeto/objetivo de la actividad del sistema estudiado y el nivel de análisis donde se esté enfocando. Desde esta perspectiva, para analizar y dar respuesta a los interrogantes planteados previamente, en el trabajo teórico investigativo con cada situación concreta la unidad mínima de análisis será la actividad (conjunta, mediada y orientada hacia objetivos) de dos sistemas de actividad interrelacionados. Esto posibilita estudiar procesos de aprendizaje inter-organizacional, capturando aspectos no abordados por la segunda generación, como tensiones y contradicciones que se producen *dentro* y *entre* sistemas de actividad (Engeström, 2001; Erausquin & Larripa, 2008).

1.5. La teoría de la actividad como herramienta para la investigación empírica

La teoría de la actividad conforma, así, una manera de aproximarse a la actividad que permite superar el dualismo cartesiano individuo-sociedad, pues presupone que el individuo no puede ser entendido sin sus medios culturales y la sociedad no puede ser entendida sin la agencia de individuos que usan y producen estos artefactos. Esta forma de entender y abordar fenómenos la aproxima también al concepto de *práctica*, propuesto por el sociólogo inglés Anthony Giddens, y al de *habitus*, desarrollado por su par francés Pierre Bourdieu. Para Giddens (1979, en Cole, 1996), las prácticas son los constituyentes básicos del sistema social, formando una unidad de análisis que supera este dualismo individual-social. En este mismo camino podemos ubicar a Pierre Bourdieu (2011), que presenta el concepto de habitus como el producto de las condiciones materiales de existencia y el conjunto de principios para generar y estructurar las prácticas, superando este dualismo entre la vida social y los procesos cognitivos. Por otro lado, además de entender y describir una situación dada, estudiar las prácticas permite también entender cómo emergen creativamente nuevas formas de acción y nuevos procesos de subjetivación en los espacios sociales en los que actúan las personas (González Rey, 2013). De esta forma, el objetivo de la teoría de la actividad es

estudiar el aprendizaje y el desarrollo que emerge en contextos institucionales de prácticas cultural e históricamente mediadas dentro de una sociedad (Yamazumi, 2006). Esto último le da una importante impronta política y práctica a esta teoría, en tanto propone no detenerse en una descripción, sino modificar aquello que sea necesario.

1.5.1. CHAT: conceptos nodales

Como se mencionó previamente, la teoría de la actividad fue desarrollada para estudiar los procesos de aprendizaje (conceptualizados como aprendizaje expansivo) y desarrollo que emergen en contextos institucionales de prácticas cultural e históricamente mediadas en el marco de una comunidad (Cole & Engeström, 2001; Yamazumi, 2006). El análisis de la actividad conjunta llevada adelante por un individuo o un grupo de trabajo tendrá como principal foco la consideración de su objetivo. Este es conceptualizado como el portador del verdadero sentido, motivo y propósito futuro de la actividad; es decir, el espacio problema al cual la actividad está dirigida. El objetivo constituye la materia prima consistente que, resistiendo y motivando los esfuerzos de los actores simultáneamente, hace que una actividad se diferencie de otra (Oswald & Perold, 2011; Sannino & Engeström, 2010; Sannino et al., 2016; Toivaiven, 2007). Para la CHAT, un aspecto de la realidad se convertirá en objetivo de actividad cuando se relacione con necesidades de los sujetos, sea dotada de sentido y, en consecuencia, tenga poder motivacional para ellos. A partir de esto, el objetivo podrá transformarse en resultados con ayuda de herramientas internas y externas; es decir, instrumentos mediacionales y signos (Oswald & Perold, 2011; Sannino et al., 2016). Engeström & Sannino (2010) resaltan el carácter abierto del objetivo de la actividad, tomándolo como una invitación a la interpretación, el sentido personal y la transformación social. Los autores llaman a distinguir entre el objetivo generalizado de la actividad, que ha evolucionado históricamente y es dotado de sentido social, del objetivo específico tal cual se presenta para un sujeto particular en una acción y momentos determinados, que es dotado de sentido personal (Engeström, 2008, 2009). Será interesante observar esta distinción en el trabajo de campo propuesto: ¿coincidirán los objetivos propios de la atención en salud mental en

el PNA (según marcos normativos) con los que expliciten las psicólogas entrevistadas?

Engeström señala que la teoría de la actividad tiene cinco pilares básicos (Engeström, 2001, 2008):

- 1) Un sistema de actividad se toma como la principal unidad de análisis, lo cual aporta contexto y significado a acontecimientos individuales aparentemente aleatorios.
- 2) Dentro de este sistema hay una multiplicidad de voces y posiciones generadas a partir de la división del trabajo, las cuales, al exigir negociaciones, son posibles fuentes de innovación.
- 3) Los sistemas de actividad y sus componentes deben ser comprendidos históricamente, sus problemas y posibilidades solo pueden ser entendidos teniendo en cuenta tanto la historia local de la actividad y sus objetos como la historia de las ideas que están de trasfondo.
- 4) Las contradicciones internas del sistema de actividad pueden analizarse como fuente de desorganización, innovación, cambio y desarrollo de ese sistema, incluidos sus participantes individuales.
- 5) Los sistemas de actividad son susceptibles de realizar transformaciones expansivas a través de esfuerzos colectivos y deliberados por superar las contradicciones acumuladas.

En estos cinco principios rectores, Engeström (2008) señala que hay tres conceptos claves para entender esta teoría: *contradicción*, *zona de desarrollo próximo* y *aprendizaje expansivo*.

Las *contradicciones* dentro de un sistema de actividad son la llave para entender tanto los problemas que surgen como sus posibles soluciones. Recordemos que la teoría de la actividad tiene entre sus pilares al materialismo dialéctico marxista. En este sentido, se piensan los progresos a partir de negaciones de la estructura presente y superación de dichas negaciones. Se señala que la contradicción primaria en cualquier sistema de actividad será aquella que se da entre el valor de uso y el valor de cambio de las mercancías,

impregnando todos los elementos del sistema (Daniels & Warmington, 2007; Engeström & Sannino, 2010). Engeström (2001, 2008, 2009) resalta que las contradicciones son inherentes a los sistemas de actividad. Estas se acumulan y generan tensiones estructurales dentro y entre sistemas, evolucionando históricamente (Engeström, 2001; Engeström & Sannino, 2010; Roth & Lee, 2007). Daniels y Warmington (2007) señalan que las contradicciones se generan porque, dentro del proceso de trabajo, el ser humano es simultáneamente marginal y central respecto del sistema de actividad; al ser actor y, a la vez, un recurso de fuerza laboral. Por ende, los autores afirman que al investigar aprendizajes dentro y entre sistemas de actividad estos aparecerán siempre bajo una doble forma: como objeto de un trabajo directamente funcional y como objeto de la producción social de fuerza de trabajo. De alguna forma, podríamos decir que cada sujeto será creado y creador dentro del sistema.

Si bien las contradicciones son consideradas dentro de la teoría de la actividad como el principal motor de cambio, solamente aquellas que han sido acumuladas históricamente poseerán dicha potencia. Estas últimas deben ser diferenciadas de aquellas situaciones no deseadas que pueden encontrarse más superficialmente bajo la forma de tensiones y problemas situados a nivel de las acciones a corto plazo y no del sistema de actividad (Engeström & Sannino, 2010; Roth & Lee, 2007).

Sumado a la diferenciación entre contradicciones acumuladas históricamente y contradicciones que podríamos llamar cotidianas o coyunturales, dentro de la CHAT se señalan diversas formas bajo las cuales pueden aparecer las contradicciones acumuladas históricamente:

- Contradicción primaria emergente en cualquier elemento del sistema.
- Contradicción secundaria manifiesta entre dos o más elementos (por ejemplo, entre un nuevo objeto y una vieja herramienta).
- Contradicción terciaria entre un reciente modo de actividad y remanentes del modo anterior.

- Contradicción cuaternaria externa entre el nuevo modo de actividad y los sistemas vecinos.

Metodológicamente, aparece la pregunta por cómo puede observarse empíricamente una contradicción. Aquí Engeström (1996, 2008) propone el concepto de manejo de las perturbaciones (*disturbance management*). Una perturbación (*disturbance*) es una desviación del curso normal de una actividad. Como se dijo anteriormente, los sistemas de actividad son construidos socio-históricamente y, por ende, las perturbaciones también pueden ser rastreadas históricamente. De esta forma, podemos ver si dichos problemas insisten en el tiempo como un “residente patógeno” (*resident pathogens*) (Engeström, 2008) y pueden ser interpretados como síntomas del sistema. Así, las perturbaciones son de gran potencial para observar las contradicciones y desconexiones entre distintos componentes de la actividad a través del tiempo.

Sin embargo, como dicen Cole y Engeström (1993), una nueva estructura de actividad no aparece espontáneamente al señalarse una contradicción. Cole y Engeström (1993) explican que, para que dicho cambio suceda, no alcanza con señalar la contradicción:

Se requiere un análisis reflexivo de la estructura de actividad existente: los participantes deben aprender a conocer y comprender lo que quieren superar y la creación de un nuevo sistema de actividad requiere la apropiación reflexiva de modelos y herramientas avanzadas que ofrezcan la posibilidad de salir de las contradicciones internas (p. 67).

Entonces, las transformaciones serán posibles cuando las contradicciones se agraven y los miembros observen dicha tensión de modo que empiecen a cuestionar el orden establecido (Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1996; Engeström, 2001). El manejo de las perturbaciones y la generación de respuestas innovadoras son dos procesos entrelazados que sirven de indicadores de la zona de desarrollo próximo (Engeström, 2008). Como se mencionó previamente haciendo alusión a la Tesis XI sobre Feuerbach, desde esta teoría uno no se conforma con la mera descripción, sino que se tiene una clara impronta política y práctica. Entonces, si ese cambio o

ese salto en la zona de desarrollo próximo no se da espontáneamente, se propone un dispositivo para conseguirlo: laboratorio de cambio (*Change Laboratory*). Así, se trabajará sobre aquellas habilidades y tareas que, si bien los participantes no logran observar o realizar por sí solos, podrían hacer con ayuda de otros. Esto permitiría, siguiendo las ideas vygotskianas, generar capacidad instalada; es decir, que, luego de realizar y pensar las tareas junto a otros, puedan desarrollarla sin ayuda de terceras personas.

El segundo concepto central de esta teoría que Engeström enumera es la ya mencionada *zona de desarrollo próximo*. Se trata de un concepto propuesto inicialmente por Vygotsky (1978), quien señala que es posible entender la dinámica del desarrollo humano a partir de lo que una persona es capaz de hacer con ayuda de otro/s aunque no pueda realizar dicha tarea por sí solo. En palabras del mismo Lev Vygotsky (1978):

La zona de desarrollo próximo proporciona a los psicólogos y educadores un instrumento mediante el cual pueden comprender el curso interno del desarrollo. Utilizando este método podemos tomar en consideración no solo los ciclos y procesos de maduración que ya se han completado, sino también aquellos que se encuentran en estado de formación, que están comenzando a madurar y desarrollarse. Así pues, la zona de desarrollo próximo nos permite trazar el futuro inmediato del niño, así como su estado evolutivo dinámico, señalando no solo lo que ya ha sido completado evolutivamente, sino también aquello que está en curso de maduración (p. 132).

Como observamos en esta referencia, Vygotsky está hablando del desarrollo ontogenético de un niño. Engeström usa este concepto en un “sentido expandido” (2008, p. 5) y propone una analogía entre el desarrollo próximo en un niño y el potencial de un sistema colectivo de actividad. La zona de desarrollo próximo en relación con los sistemas de actividad es planteada como un espacio o terreno de actividad a ser explorado y atravesado por los sujetos participantes de los sistemas en juego, lo que no debe confundirse con una fase final a ser alcanzada (Engeström, 2008; Engeström & Sannino, 2010). Engeström aclara que esa zona nunca constituye un espacio vacío, sino que

debe ser considerado como un espacio multidimensional que posee tensiones, surcos, fronteras, herramientas y procedimientos preexistentes e inherentemente contradictorios con un pesado contenido histórico. La posibilidad de los sujetos de atravesar la zona de desarrollo próximo requerirá el reconocimiento y trabajo de la agencia expansiva de los mismos a través del empleo de artefactos externos marcados por significados y de objetos mediadores en el diseño de futuros alternativos (Engeström & Sannino, 2010).

Los equipos de trabajo, como sistemas de actividad en interrelación con otros sistemas de actividad, suelen generar encapsulamiento y a la vez desarrollan sistemas defensivos que protegen dicha estructura de funcionamiento (Engeström, 2009). El trabajo con las contradicciones al atravesar una zona de desarrollo próximo permitirá a un equipo planificar y generar innovaciones dentro del sistema de actividad. Una innovación será un intento intencional de algún(os) participante(s) de ir más allá del guion (*script*) establecido para generar mejores respuestas (Engeström, 2008, 2009). Lo importante aquí no es tanto la eficacia y efectividad de esa nueva respuesta, sino la capacidad de ir más allá del guion establecido, lo que indica una insuficiencia del estado actual del sistema que debe ser superada.

Así pues, el manejo de las perturbaciones y las innovaciones constituyen dos procesos entrelazados que servirán como indicadores y delimitadores de la zona de desarrollo próximo a atravesar y explorar dentro de un proceso de *aprendizaje expansivo* (Engeström, 2009).

El *aprendizaje expansivo* es el objeto de estudio principal de la CHAT en su tercera generación. Podría definirse como un tipo de aprendizaje en el que los sujetos involucrados, al tomar contacto con las contradicciones del sistema, cruzan fronteras establecidas y crean redes que ayudan a tomar, analizar, modelar, construir, explorar y probar una nueva relación inicial simple o un nuevo germen de actividad abstracto hasta reconceptualizar de manera concreta el objetivo del sistema del que forman parte (Davydov, 2008; Sannino et al., 2016). Se podría decir que las contradicciones funcionan como motor para el cambio que solo será posible en aquellas zonas de desarrollo próximo identificadas, generando un aprendizaje expansivo.

El resultado de este aprendizaje será un objetivo de la actividad radicalmente nuevo, más amplio y complejo (Engeström, 2001; Engeström, 2008; Engeström & Sannino, 2010; Oswald & Perold, 2007; Sannino et al., 2016). Como señalan Sannino et al. (2016), el aprendizaje expansivo implica redescubrir qué es la actividad y cuál es su propósito. El término *expansión* en este campo refiere al movimiento de exploración multidireccional que se da en este proceso que apunta a implementar un nuevo, más amplio y más complejo objeto de la actividad.

Engeström y Sannino (2020) resaltan que el aprendizaje expansivo, más que el resultado de una política diseñada constituye una realidad histórica disparada por las contradicciones que evolucionan históricamente en los sistemas de actividad y llevan a conflictos y perturbaciones que producen nuevos tipos de acción entre los actores. Así, cuando las contradicciones históricamente acumuladas de un sistema se intensifican, el aprendizaje expansivo se debe dar necesariamente para que esta actividad tenga futuro. Así, se redescubrirá y reformulará la actividad llevada adelante a través de las acciones, a quiénes sirve y qué propósito tiene (Sannino et al., 2016).

Engeström (2009) puntualiza las características del aprendizaje expansivo planteándolo como:

- Un aprendizaje transformador que amplía objetos compartidos del sistema de actividad con otros sistemas de actividad por medio de herramientas, modelos y conceptos nuevos, los cuales se objetivan explícitamente y se articulan formando instrumentalidades o constelaciones integradas.
- Un aprendizaje por la experiencia que funciona poniendo a los participantes en situaciones imaginadas, simuladas y reales. Estas situaciones requieren el compromiso personal de los agentes en acciones con objetos materiales y artefactos (incluyendo otros seres humanos) y que siguen la lógica de un anticipado modelo futuro de la actividad.

- Un aprendizaje horizontal y dialógico, ya que cruza fronteras y ata nudos entre diferentes sistemas de actividad para crear conocimiento y transformar la actividad.
- Un aprendizaje subterráneo, pues desarrolla nuevos métodos cognitivos que se encarnan y se viven sin ser notados. Los mismos sirven como anclas y redes estabilizantes que aseguran la viabilidad y la sustentabilidad de nuevos conceptos, modelos y herramientas, tornando así a los terrenos de multi-actividad cognoscibles y vitales.

En trabajos actuales (Nummijoki et al., 2018), se ha especificado cómo funciona el movimiento desde el cuestionamiento desde abajo de una actividad que resulta insatisfactoria para fines explicitados previamente hacia el establecimiento de una nueva actividad:

1. Cuestionamiento: es la crítica de la práctica aceptada por parte de todos o varios de los sujetos de la actividad.
2. Análisis: consiste en la búsqueda histórico-genética de las causas evolutivas que llevan a la situación actual del sistema a través de preguntas relacionadas al “¿por qué?” y a principios explicativos. A su vez, consiste en la búsqueda empírica de las relaciones intrasistémicas que explican el funcionamiento actual del sistema de actividad.
3. Modelaje: refiere a la composición de una nueva idea explicativa que propone una solución al problema que se ha presentado. Esta idealmente debe plasmarse y expresarse a través de algún medio observable.
4. Examinación: consiste en operar y experimentar preliminarmente el modelo para tomar contacto con sus potenciales, dinámicas y limitaciones.
5. Implementación: está relacionado con la ejecución, operación y experimentación del modelo para tomar contacto con sus aplicaciones prácticas, potencialidades, riquezas, extensiones conceptuales y limitaciones.

6. Consolidación y reflexión: es la evaluación del proceso asentando sus resultados en una nueva y estable forma de práctica.

Como señalan diversos autores (Engeström & Sannino, 2010; Toivaven, 2007), no debe considerarse este modelo como una fórmula universal, sino como un esquema conceptual apoyado en una lógica de ascensión de formas abstractas a formas concretas de actividad que se dan en el movimiento dialéctico de resolver distintas contradicciones de desarrollo en cada fase. Estos distintos niveles de actividad en la secuencia de aprendizaje podrían capturarse mejor siguiendo los objetos de colaboración que emergen durante el proceso (Toivaven, 2007). Es preciso tener en cuenta que los ciclos expansivos no se dan en un orden continuo, sino que las acciones de aprendizaje conviven y se entrelazan con acciones no expansivas, algunas de apoyo, otras neutrales, algunas desviadoras y otras adversas, que funcionan como resistencias que generan movimientos de avance, saltos y retrocesos (Sannino et al., 2016).

Es así como este proceso de formación de un objeto expandido (correlacionado a un nuevo patrón de actividad) requiere cuestionamiento y ruptura de las limitaciones del sistema actual. Tal proceso no puede ser llevado adelante por un solo individuo (recordemos la diferencia entre acción y actividad), sino que solo podrá realizarse si se presenta en los sujetos un nuevo tipo de agencia distribuida, colectiva, transformadora e interrelacional (Engeström & Sannino, 2010; Sannino et al., 2016).

Aparece aquí el concepto de *inter-agencialidad*, que consiste en la habilidad de los participantes de darle forma colaborativa al sistema que habitan, convirtiéndose finalmente en los autores del nuevo patrón de actividad (Engeström et al., 2016). Este concepto puede pensarse como paralelo al concepto de interdisciplina, ya que en la exploración del nuevo patrón de actividad los sujetos traen diversos conocimientos relacionados a sus roles en otros sistemas de actividad que cruzan fronteras entre sistemas y ayudan a atravesar la zona de desarrollo próximo. Este tipo de habilidad en los participantes es tomado como un resultado buscado por el aprendizaje expansivo (Engeström & Sannino, 2010).

Desde esta teoría, cuando se habla de inter-agencialidad en las organizaciones se diferencian tres tipos: coordinación, cooperación y comunicación reflexiva (Engeström & Kerosuo, 2007; Engeström, 2008; Warmington & Leadbetter, 2013). La coordinación refiere a diversas acciones encapsuladas que forman una actividad, donde cada agente tendrá sus propios objetivos sin superponerse con otros agentes, pero sin trabajar con ellos. En la cooperación, los agentes trabajarán de manera conjunta en la resolución de un problema particular, pero sin cuestionar las estructuras de actividad que aparecerá como un guion indiscutible. Será dentro de una comunicación reflexiva que los agentes podrán ser críticos de sus propias prácticas, trabajar interdisciplinariamente y, de ser conveniente, modificar las estructuras de actividad.

Resumiendo, la CHAT busca generar procesos de aprendizaje expansivo (o identificar los obstáculos para su producción) en los que los sujetos trabajarían idealmente mediante una comunicación reflexiva sobre las contradicciones presentes en el sistema de actividad que habitan, a través de explorar una zona de desarrollo próximo donde cruzan fronteras profesionales y personales y culminando en el modelaje de un nuevo objeto/objetivo del sistema. Las contradicciones aparecerán como indicadores de problemas a ser superados y la zona de desarrollo próximo determinará qué potencial existe de superar dichas contradicciones para generar el ansiado aprendizaje expansivo.

1.5.2. Cómo lograr un aprendizaje expansivo a través de un laboratorio de cambio

La teoría de la actividad ha sido, desde sus inicios, un abordaje activo e intervencionista en el que la actividad es estudiada en relación con el cambio y el aprendizaje (Sannino, 2011; Oswald & Perold, 2011). De esta forma, el potencial intervencionista de esta tradición se ha desarrollado a través de programas de investigación que apuntan a la fusión entre esfuerzos de transformación práctica acompañados por estudios empíricos rigurosos (Sannino et al., 2016).

En este punto, Engeström (2008) diferencia las intervenciones promovidas por la teoría de la actividad, llamadas *intervenciones formativas*, de

las *intervenciones lineales* llevadas adelante muchas veces por otros agentes ajenos al sistema de actividad, como consultores, administradores, políticos, etc. Las intervenciones lineales, según el autor, se caracterizarían por poseer contenidos y objetivos previamente delimitados por los investigadores: esperan que la intervención sea recibida sin discusión y también suponen poder controlar todas las variables para alcanzar un modelo de intervención estandarizado a aplicarse tal cual en otros contextos.

En el otro extremo, las *intervenciones formativas* apuntan a fomentar conceptos y soluciones novedosas (aún para el investigador), fomentar la discusión y negociación en el curso de la intervención y generar conceptos que puedan ser usados como herramientas para pensar el diseño de otras intervenciones en contextos diferentes. Entonces, como señalan Sannino et al. (2016), las intervenciones formativas serían procesos de aprendizaje expansivo favorecidos por investigadores intervencionistas donde los sujetos reconceptualizan y prácticamente transforman el objeto de su actividad para hacer frente a sus contradicciones formadas históricamente. Es así como podemos generar ciclos expansivos que, motorizados al favorecer aprendizajes como los planteados, se caracterizarán por no tener un curso de desarrollo unidireccional ni una secuencia predeterminada. Esto se debe a que aquello que puede constituir un objetivo nuevo de la actividad no se encuentra predeterminado de antemano, sino que es algo a construir en un movimiento colaborativo y conjunto bajo condiciones de incertidumbre y búsqueda intensiva. Este proceso tendrá lugar tanto en una dimensión horizontal de diálogo y re-orquestación entre las voces que contienen los sistemas de actividad, como en una dimensión vertical jerárquica del desarrollo del conocimiento (Engeström, 2008; Erausquin & Larripa, 2008).

Al considerar que los sistemas de actividad evolucionan en largos períodos de tiempo sociohistórico, las intervenciones buscarán generar o favorecer reflexiones individuales y colectivas que tiendan a visibilizar las contradicciones (acumuladas históricamente) presentes en el sistema y modelar un nuevo objetivo, recuperando huellas del pasado de los sistemas de actividad.

Con base en lo anterior, desde la CHAT se plantea como técnica de intervención e investigación el *laboratorio de cambio* (Engeström, 1996; Engeström et al., 2014; Sannino, Engeström, et al., 2016; Engeström & Sannino, 2010; Sannino, Engeström & Lahikainen, 2016). El laboratorio de cambio como metodología de desarrollo de prácticas laborales e investigación consiste en un ciclo de entre cinco y diez reuniones de frecuencia semanal entre las personas que forman parte de un sistema de actividad junto a un pequeño grupo de investigadores e interventores (Engeström & Sannino, 2010). Se trata de una intervención formativa que provoca y favorece el aprendizaje expansivo de grupos de sujetos, acompañando la expansión de su objeto de actividad al movilizar conceptos y principios surgidos desde la teoría de la actividad que sirven como instrumentos mediadores en la búsqueda de nuevas soluciones. En las sesiones de trabajo, se diseña el nuevo objeto de actividad a través del análisis de contradicciones históricas y perturbaciones actuales. El objetivo final de estas intervenciones es favorecer cuestionamientos colaborativos que lleven a generar formas de actividad nuevas y expandidas. Para lograr esto, los interventores deben apoyarse en dos principios epistemológicos: ascender de lo abstracto a lo concreto y la doble estimulación (Cole & Engeström, 2018; Davydov, 2008; Sannino, Engeström & Lemos, 2016).

Ascender de lo abstracto a lo concreto implica una experimentación práctica con la situación problemática conectándola con sus orígenes histórico-genéticos y abstrayendo de ello una relación explicativa básica que abra posibilidades de explicación, aplicación práctica y soluciones creativas (Davydov, 2008). Para esto, se propone en el Laboratorio pensar ciertas contradicciones y luego plantear problemáticas específicas de intervención que hayan sucedido para repensar posibles formas de abordaje.

La doble estimulación constituye, según Engeström (2008), el mecanismo esencial para construir agencia y voluntad mediante el trabajo con artefactos externos como poderosos signos mediadores. Este mecanismo, también recuperado de desarrollos vygotskianos para el trabajo con el aprendizaje individual, consiste en la presentación a los sujetos de dos

elementos que motorizan y encausan el trabajo colaborativo. El primero está constituido por contradicciones manifestadas en incidentes críticos y problemas recientes recabados mediante un estudio previo llevado adelante por los investigadores (Sannino, Engeström & Lemos, 2016). Junto a este primer estímulo problematizador se presenta siempre un artefacto mediador o novedoso que pueda utilizarse para resolverlo. Es importante aclarar que, según estos autores, dicho artefacto nunca debe presentarse en una forma totalmente acabada, como un artefacto a aplicar directamente; sino que debería constituir un elemento estimulador de una solución particular y novedosa.

Como los sujetos del sistema de actividad nunca pertenecen a un sistema de actividad único, ya que participan de numerosos sistemas de actividad en los que cumplen diversos roles, estarán dotados de una gran variedad de artefactos externos al sistema con el cual se está trabajando. El trabajo producido durante las sesiones del Laboratorio de Cambio deberá promover y potenciar la aparición de estos artefactos externos durante el movimiento a través de la zona de desarrollo próximo, favoreciendo así lo que Engeström (2008) llama “cruce de fronteras” entre sistemas de actividad para el trabajo con las contradicciones. Podríamos pensar este cruce de fronteras como horizontal, entre distintos sistemas de actividad; mientras que el aprendizaje expansivo, como su nombre lo indica, expande el mismo sistema de actividad de forma dialéctica a partir de nuevas síntesis de sus contradicciones.

Como se explicó previamente, las transformaciones y ciclos expansivos serán posibles cuando las contradicciones sean inteligidas por los mismos sujetos que forman parte de dicho sistema (Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1996; Engeström, 2001). Reaparece aquí el concepto de zona de desarrollo próximo, ya que para que el cambio logre producirse se debe trabajar en el Laboratorio de Cambio sobre aquellas habilidades y tareas que, si bien los participantes no logran observar o realizar por sí solos, pueden poner en marcha con la ayuda de otros. Esto permitiría, siguiendo las ideas

vygotskianas, que, luego de realizar y pensar las tareas junto a otros, puedan desarrollarlas sin ayuda en el futuro.

Engeström (2008) recupera para esto la importancia de las prácticas de historización de los sistemas de actividad. En las organizaciones, la memoria tiende a fracturarse, perdiéndose así registros de problemas a los que se enfrentó el sistema, sus causas y los intentos previos de solucionarlo. De esta forma, si aparecieran problemas similares a otros ocurridos en el pasado, dicha fractura impediría que la historia sirviera como ejemplo en la resolución de esa problemática. De esta manera, podemos caracterizar al Laboratorio de Cambio en su dimensión histórica como una metodología de investigación/intervención donde el trabajo con el pasado y el presente del sistema de actividad pretende generar elementos de utilidad para el futuro del mismo sistema o de sistemas e intervenciones similares.

Para este fin, el autor resalta que una herramienta fértil es re-mediatizar la memoria secundaria para recuperar el pasado del sistema de actividad y aumentar su alcance histórico, intentando salir de la mera percepción de un solo agente (Engeström, 2008). La memoria secundaria refiere a otros momentos de ese mismo sistema de actividad que, como se dijo anteriormente, es construido históricamente. Esta memoria podría ser localizable, por ejemplo, en informes, memoria de informantes claves, etc. Este foco sobre la memoria secundaria se apoya en la idea central de que la actividad de un sistema no acaba cuando se alcanza una meta. Dicha actividad va más allá de las acciones individuales de los agentes; su tiempo es recurrente, cíclico y, aunque tenga principio y fin, se da en una escala demasiado amplia como para que un único individuo pueda rastrear su principio y anticipar su final.

Las intervenciones promovidas por la metodología de investigación e intervención de la teoría de la actividad están dirigidas a vincular la historización con alternativas estratégicas de intervención que dejen “marca” en el sistema, promoviendo ciclos de aprendizaje expansivo a través de un proceso reflexivo (Engeström, 2008).

Sannino, Engeström y Lemos (2016) plantean tres dimensiones a tener en cuenta en este tipo de intervenciones sobre la memoria secundaria de los

sistemas de actividad. En primer lugar, poder generar continuidad y desarrollo de la solución creada en el sitio de intervención (continuidad local). En segundo lugar, la adopción y desarrollo posterior de la intervención en otros sitios y contextos culturales dentro del dominio de actividad dado (apropiación de dominio). Por último, la utilización y desarrollo de posteriores métodos de análisis surgidos en esa intervención formativa por parte de otras intervenciones e investigaciones posteriores (apropiación de método).

Este tipo de prácticas de intervención e investigación no explorará entonces capacidades o incapacidades individuales en las acciones de agentes profesionales (las cuales tienen un principio y un fin en la vida del individuo y pueden describirse en pasos que anticipan su finalidad). Lo que plantea este programa es explorar regularidades de estructuras sociales de la memoria y el olvido del sistema de actividad proponiendo modificaciones a partir de las contradicciones emergentes. Estas últimas resultarán modificables siempre y cuando sean sujetos colectivos aquellos que emprendan la re-visibilización de la historia y se replanteen el futuro del sistema.

1.6. Teoría de la actividad aplicada al campo de la salud

Como se explicó, la teoría de la actividad no corresponde a un dominio particular de la realidad, sino que ofrece técnicas y procedimientos aplicables a diversos ámbitos de estudio. Así, la teoría de la actividad es planteada como “un enfoque general, interdisciplinario, que ofrece herramientas conceptuales y principios metodológicos que deben ser precisados de acuerdo con la naturaleza específica del objeto que se estudia” (Engeström, 1996, p. 114). Se trata de una metodología de intervención que permite hallar las contradicciones que, de ser superadas, llevan a un aprendizaje expansivo de los agentes (Engeström, 1996; Yamazumi, 2006). De esta forma, podemos encontrar investigaciones e intervenciones desde la teoría de la actividad en los más diversos ámbitos: estudios de televisión, escuelas, hospitales, centros de atención primaria, juzgados, fábricas, minas de carbón, etc. Sin embargo, la mayoría de sus aplicaciones actuales se centran en el ámbito educativo. Se podría hipotetizar que esto está relacionado con las raíces vygotskianas de esta Teoría, que, como se dijo anteriormente, centraba sus estudios en el

desarrollo ontogénico de los niños. Las únicas investigaciones que pueden encontrarse en los metabuscadors de aplicación de esta teoría al ámbito de la salud son del mismo Engeström y su equipo (Engeström, 1996, 2008; Engeström & Pyörälä, 2020). Se trata de estudios longitudinales realizados en Helsinki, Finlandia, donde se entrevistaba al personal médico de los Centros de Atención Primaria, detectando problemáticas y contradicciones para luego proponer y trabajar mejoras en conjunto a través de un Laboratorio de Cambio.

Este grupo, conocido como Escuela de Helsinki, comenzó a aplicar esas investigaciones al campo de la salud en la década del 80, cuando la teoría estaba en sus primeros desarrollos teórico-prácticos. La primera de ellas fue realizada en esa misma ciudad por Engeström y su equipo en 1986 (1987, 2008). Se grabaron en video consultas entre pacientes y médicos y enfermeros de un centro de atención primaria de la capital finlandesa. Allí, poniendo el énfasis en los trabajadores como sujetos de la actividad, se observaron perturbaciones al momento de la atención clínica que se convertían en discusiones e incluso peleas entre el personal y los pacientes. El hecho más sobresaliente para los investigadores fue que en varias consultas los trabajadores negaban los síntomas del paciente porque el historial clínico, escrito por un compañero previamente, decía otra cosa. Así, si el paciente decía que le había dolido el estómago durante una semana, pero el historial no lo incluía, el médico le decía que él estaba equivocado. En palabras de Engeström, se llegaba a este “absurdo” a partir de una “pseudo-cooperación” entre los trabajadores (2008, p. 71). En este caso, se encuentra una contradicción entre una de las herramientas utilizadas (el historial clínico) por los sujetos de la actividad respecto a su objetivo (el cuidado de la población de referencia). Otra contradicción explicitada por los mismos trabajadores era entre los objetivos de su trabajo, que debía seguir el guion del plan de salud finlandés, y el de los propios pacientes, que resumían en la frase “mis necesidades, mis servicios” (*my needs, my services*). El guion (*script*) para estos trabajadores se volvía un obstáculo en lugar de una herramienta que los ayude en su trabajo cotidiano. Los investigadores señalan que es vital para poder realizar estas transformaciones conocer la “microhistoria local” (es decir, cómo se formó dicho sistema de actividad), pero sin dejar de percibir que una

división tajante entre una micro y macrohistoria sería insensata y que la historia de dicho sistema está envuelta dentro de una estructura mayor (2008, p. 83).

Avanzada la investigación, se propuso un Laboratorio de Cambio que consistió en una reunión entre el equipo interdisciplinario del centro de atención y los investigadores. No se explicitó el porqué de la reunión y se le entregó a cada trabajador una transcripción de una de las consultas grabadas donde las contradicciones eran harto evidentes (e incluso estaban marcadas en *itálica* en el texto brindado). El caso a analizar fue titulado “Caso Alma”. Sin embargo, no lograron arribar a ninguna modificación. Los trabajadores decían que no había solución alguna en este caso, que si bien lo nombraban como problemático no veían ninguna contradicción, ya que estaban siguiendo el guion preestablecido y no eran capaces de (o no creían necesario) ponerlo en cuestión. A partir de esta investigación, se profundizó el estudio de las contradicciones como motor de cambio y el cruce de fronteras explicado previamente.

Esta investigación abrió puerta a nuevas investigaciones alrededor del mundo que aplicaron la teoría de la actividad al campo de la salud en distintos países: Finlandia (Engeström & Pyörälä, 2020), Dinamarca (Skipper et al., 2016), Brasil (Grilo Diniz et al., 2020; Vilela et al., 2020), México (Nava Espinoza, 2020) y Reino Unido (Morris et al., 2020; Reid et al., 2014). No obstante, como se mencionó anteriormente, el gran desarrollo de esta teoría se encuentra en el campo del aprendizaje. También por esta razón, la gran mayoría de estas investigaciones se centraron en el proceso de enseñanza y aprendizaje entre trabajadores de salud. Tal es el caso danés y el inglés (Morris et al., 2020; Reid et al., 2014; Skipper et al., 2016), donde se implementaron laboratorios de cambio para mejorar la comunicación y el proceso de aprendizaje entre médicos residentes en un hospital (Dinamarca) y estudiantes de medicina (Reino Unido). En los casos brasileños, se aplicó la teoría en una sala de maternidad (Grilo Diniz et al., 2020; Vilela et al., 2020). El caso mexicano es una investigación en desarrollo que intenta replicar la investigación llevada adelante por Engeström y su equipo en la década del 80. En todos los casos, se trata de un análisis exhaustivo del sistema de actividad. En un segundo momento, una vez encontradas las contradicciones dentro del

sistema, se propone un Laboratorio de Cambio con el fin de superar dichas limitaciones.

Entonces, para poder ser convertida en procedimientos plausibles de ser aplicados a una investigación, la teoría de la actividad necesita de instrumentos intermedios que permitan aplicarla al análisis de una situación determinada (Yamazumi, 2006). En el caso de esta investigación, los distintos componentes de la actividad serán los propios de la psicología comunitaria y de la salud aplicada al Primer Nivel de Atención en la forma que toman las políticas públicas en salud en este Municipio en particular. Así, en la actividad que estamos delimitando, el *sujeto* es el psicólogo que trabaja en un CAPS; la *división del trabajo* y las *reglas* estarán representadas por las pautas impuestas en este ámbito por los organismos municipales, provinciales, nacionales e internacionales con injerencia en las políticas sanitarias, así como también por todas las personas que integran el equipo de trabajo; la *comunidad* será la que a cada CAPS le corresponda según el área programática; y los *artefactos mediadores* serán todas aquellas herramientas que los psicólogos utilicen en su trabajo. Estos cinco componentes del sistema de actividad tendrán como *objetivo* la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los usuarios de cada CAPS en particular. Este sistema de actividad va a funcionar en articulación con otro/s: la Secretaría de Salud municipal y los Ministerios de Salud nacional y provincial, los Hospitales Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención, las Universidades y los Colegios Profesionales.

Tradicionalmente, las investigaciones empíricas que estudian las dinámicas de equipos de trabajo lo hacen de forma descontextualizada (Engeström, 2008). Como se dijo anteriormente, el enfoque vygotskiano y la teoría de la actividad nos brindan herramientas para superar esta limitación. La actividad del psicólogo no será estudiada de forma atómica, sino como parte de un contexto mayor más complejo que lo forma y que a la vez puede ser modificado a partir del accionar de los sujetos. La idea de superación de las contradicciones le da un carácter político a la puesta en práctica de esta teoría y la pone en sintonía con la psicología comunitaria y la psicología de la salud (ver siguiente capítulo), ya que ambas convergen en la búsqueda de

superación de las contradicciones internas que limitan el desarrollo de una comunidad determinada.

A partir de lo expuesto, considero que esta investigación es enriquecida por estas herramientas teóricas, ya que nos permiten entender los resultados, como se dijo anteriormente, no en términos de acciones y decisiones individuales, lo cual sería un reduccionismo. Por el contrario, se abordará la actividad de las psicólogas como parte de un sistema más amplio, complejo y atravesado por tensiones de distinta índole. De esta forma, se puede entender la toma de decisiones no como la simple aplicación de la lógica proposicional, sino como un complejo entramado, muchas veces irracional, pero no por eso inabordable o incomprensible. Son las tensiones las que se vuelven necesarias abordar para poder empezar a pensar un escenario superador de las mismas.

CAPÍTULO 2. EL CAMPO DE LA SALUD

El poder no patogenizante es el que deviene de lo autogestivo
Enrique Saforcada⁴

Uno de los primeros puntos a determinar para encauzar una investigación en este campo es qué se dice cuando se dice *salud* y *salud mental*.

El concepto de salud se ha vuelto de uso común en nuestro vivir cotidiano. Si bien ahora estamos leyendo una tesis doctoral, el concepto central y tema de esta tesis es una palabra utilizada frecuentemente por todos los seres humanos, por lo menos en Occidente. Por eso, Canguilhem (2004) define a la salud como un concepto vulgar. Esto no quiere decir que sea trivial, sino que se encuentra al alcance de todos. El hecho de que sea vulgar, al alcance de todos, es uno de los factores que lo complejiza. Incluso si tomáramos como marco la vieja definición de salud que la OMS acuñó en 1948 –“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948)–, podremos observar una dificultad para delimitar el concepto (Díaz & Ramírez, 2017): ¿qué implica que el bienestar sea “completo”?, ¿a qué se refiere el “bienestar mental y social”?, ¿qué fenómenos entran en la categoría de “enfermedad”? (por solo nombrar algunas problemáticas cuestiones a la hora de definir la salud).

Pensemos que cuando hablamos de salud estamos explícita o implícitamente definiendo al ser humano y su existencia. Toda práctica en salud incluye una representación del ser humano y sus circunstancias, parafraseando a Ortega y Gasset. Entonces, toda práctica en salud produce y reproduce formas discursivas que exceden lo específico de la atención de la enfermedad para operar en el discurso social, cumpliendo una función normalizadora (Stolkiner, 2015). Es decir, al ser la salud parte y condición necesaria de nuestra existencia, determinar qué es salud y qué no es tendrá un efecto sobre los individuos, consolidándose como un dominio central en la biopolítica. Para cumplir con este objetivo normalizador, las prácticas y políticas

⁴ 2020, p. 96.

en salud no deben apuntar a un individuo, sino a la sociedad. Es por eso por lo que, como dice Foucault (2008):

La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente. Sostengo la hipótesis de que con el Capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el Capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (p. 5).

El cuerpo será aquel ente sobre el cual caerán estas prácticas de poder normalizadoras. El cuerpo se convierte así en “ese existente singular cuya salud expresa la cualidad de los poderes que lo constituyen en tanto debe vivir con tareas impuestas, y por lo tanto en relación de exposición a un entorno cuya elección, en primer lugar, él no tiene” (Canguilhem, 2004, p. 54). El cuerpo es dado y producido y la salud se transforma en un dispositivo del orden y el control del ser humano: debes hacer deporte, trabajar, ser productivo, rendir, comer sano, ser bello y mostrar todo eso en tus redes sociales. Todo esto cubierto por un manto de una supuesta libre elección (sobre todo si eres blanco, hombre, clase media o superior) que desemboca en lo que el filósofo surcoreano Byung-Chul Han denominó “sociedad del cansancio” o en la “promesa de la felicidad” sobre la cual Sara Ahmed nos brinda una posición crítica (Ahmed, 2010; Han, 2014).

Entonces, la salud es determinada por procesos colectivos (la *biopolítica* y los sistemas ad hoc que los Estados nación articulan para llevar este dispositivo de control adelante) e individuales (la forma que toma en cada persona estos discursos imperantes) que, lejos de ser excluyentes, son

interdependientes (Breilh, 2003). Esto quiere decir que la salud de cada persona y de cada comunidad se constituyen, determinan y condicionan recíprocamente (Breilh, 2003; PINSAL, 2011).

Para el fin de esta tesis, la salud será definida desde una posición compleja, incluyendo diversas dimensiones y evitando (o, cuando menos, intentando evitar) reduccionismos de cualquier tipo. Se entenderá a la salud como un proceso de relativo bienestar bio-psico-socio-cultural, como un fenómeno complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano (Bonzo et al., 2001). En este sentido, podemos pensar a la salud mental como un campo de “conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud” (Amarante, 2009, p. 17) que se encontrará siempre en pugna con otros espacios dentro del campo de la salud. Traemos aquí dos conceptos franceses: la noción de campo propuesta por Bourdieu (2011) y la biopolítica definida por Foucault, que nos permiten pensar a la salud atravesada por la dimensión de poder y como dispositivo para la generación de hegemonía; en consecuencia, como un campo de lucha constante.

Como se señaló previamente, la entrada de la dimensión sanitaria en la agenda pública occidental está íntimamente ligada con la ganancia de los grupos de poder, primeramente, relacionada a la conquista de territorios y luego a la conquista de mercados. Es así como los primeros hospitales nacen entre los grupos militares (Foucault, 1966), debido a que entrenar un soldado costaba tiempo y dinero y, si este moría, el “gasto” se consideraba perdido. Con el correr de los años (Revolución Francesa e Industrial de por medio) y el desarrollo tecnológico capitalista, el trabajador asalariado (sobre todo el calificado) pasa a ser otro cuerpo que debe cuidarse en pos de resguardar plusvalías. Entonces, los Estados nación comienzan a hacerse cargo de la Salud Pública (que, en el siglo XIX, llamaban “Higiene”); ya en el siglo XX, comienzan a abrirse ministerios y secretarías de salud encargadas de la gestión de los servicios sanitarios (Saforcada et al., 2020).

En estas gramáticas mercantiles, adquiere particular importancia la efectividad, dado que implica la necesidad de dar seguridad a las personas y poblaciones a fin de proteger y promover la salud a la vez que prevenir la

enfermedad en las tres instancias señaladas por Leavell y Clark (1965; citado en Saforcada et al., 2020): a) evitarla; b) diagnosticarla y tratarla; c) subsanar, en la mayor medida posible, las secuelas de la enfermedad ya curada.

Por lo tanto, los servicios de salud nacen cuando la vida se vuelve más preciada, pero ¿preciada en sí misma o preciada para otros? A fin de comprender cómo se habilita este reparto donde algunas vidas deben preservarse y otras no, aparece, como posible clave de lectura, la biopolítica. Para esta apuesta teórica, “el cuerpo vivo es el objeto central de toda política”, puesto que “la tarea misma de la acción política es fabricar un cuerpo, ponerlo a trabajar, definir sus modos de reproducción” (Preciado, 2020, pp. 188-189). Es en este sentido que el sistema de salud (su naturaleza, sus reglas, sus usos, sus agentes y destinatarios, etc.), además de constituirse como uno de los campos cruciales de disputa, aparece como un elemento central para comprender el despliegue del biopoder, permitiéndonos reconocer cómo operan sus entramados.

Continuando con esta lógica, luego de la Segunda Guerra Mundial, el mundo occidental liberal moderno construyó, a partir de la herramienta de los derechos humanos, marcos jurídicos nacionales e internacionales donde el gozar de atención de la salud es considerado un derecho. Por ejemplo, en la Constitución de la OMS (redactada en 1946) se menciona que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2014, p. 1). Lo mismo ocurre con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12 afirma que “los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966).

En nuestro país, gozar de salud física y mental es un derecho humano, si bien en la Constitución Argentina el término salud solo aparece una vez, en el artículo 42. Acorde al orden liberal de nuestra constitución, dicho artículo refiere que “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho,

en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos” (Constitución Argentina, 1994, p. 21).

No obstante, por otro lado, la salud pública tiene un arraigo fuerte desde el impulso y capacidad instalada en el subsector público que se generó durante el primer y segundo gobierno de Juan Domingo Perón (1946-1955), con Ramón Carrillo como primer ministro de salud de la historia argentina. Además, nuestro país firmó el mencionado Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y luego, en 1994, se le dio rango constitucional. Así, se construyó el sistema tripartito (público-privado-obras sociales) y universal de salud que existe hoy. Nuestro sistema de salud, a pesar de todas las críticas y mejoras posibles, permite el acceso de la gran mayoría de los habitantes a los servicios de salud.

Por otro lado, coexisten en el mundo marcos jurídicos donde la salud no es un derecho. Dado que hay una relación entre las palabras y las cosas, dichos países tienen peores indicadores en salud que el resto. Por ejemplo, Estados Unidos no ratificó el recién mencionado Pacto Internacional (junto con países como Botsuana, Mozambique, Omán y Arabia Saudita), por lo que la salud no es considerada un derecho humano. Por solo mencionar un indicador a modo de ejemplo, en Estados Unidos se está gastando en salud, por habitante y por año, 9.000 dólares, mientras que en Cuba se gasta 600 dólares al año por habitante (Escudero, 2017). En Cuba, la esperanza de vida al nacer es la misma que en Estados Unidos y la mortalidad infantil es menor. Las causas de este fenómeno escapan a las finalidades de este trabajo, pero podríamos señalar desde un enfoque funcionalista quiénes son los grandes ganadores de que se siga reproduciendo un modelo mercantilista de atención de la salud y la enfermedad: las multinacionales farmacéuticas y quienes fabrican tecnología médica. La Revista Forbes realizó un ranking de los sectores más lucrativos del mercado: la tecnología en salud se ubicó en el primer lugar del ranking, y se dejó por fuera los servicios en salud que ocuparon el 15° puesto. Dicho por la misma revista, *“la tecnología en salud siempre fue uno de los sectores más lucrativos”* (Chen, 2015; traducción y cursivas propias), sobre todo si se encuentra en manos de capitales privados

donde la ganancia parece ser la única lógica. En “Anatomía de una epidemia”, Robert Whitaker (2015) muestra muy bien este fenómeno en el caso de la salud mental. Whitaker estudió datos epidemiológicos desde el fin de la Segunda Guerra Mundial hasta la edición de su libro. Allí notó, con respecto a las enfermedades mentales, un sugestivo dato: la cantidad nominal de pacientes mentales se mantuvo estable desde los años 50 hasta los 80 (de hecho, teniendo en cuenta el aumento de la población estadounidense, el número relativo de pacientes diagnosticados con enfermedades mentales se había reducido); mientras que, desde la década del 80 hasta el 2015, ese número se quintuplicó al tiempo que todos los estudios muestran una disminución en la eficacia de los tratamientos. A partir de la década del 80, los tratamientos pasaron a centrarse en la administración de medicamentos, dejando de lado las terapias comunitarias utilizadas previamente. En esa década, salen al mercado los psicofármacos de segunda generación, con el Prozac como producto estrella. Lo que señala aquí Whitaker es la influencia del mercado en la proscripción de tratamientos y los diagnósticos realizados por los trabajadores de salud, dejando por fuera la eficacia y eficiencia en lo que respecta al bienestar humano. En línea con esto, desde el Cono Sur, Saforcada et al., (2020) nos dicen que “el resultado de las presiones del complejo industrial-profesional corporativo opera en el ámbito de la salud en función de la enfermedad” (p. 91). Es decir, centrar las políticas y presupuestos en salud en la enfermedad, en lo ya dañado, en lugar de la salud y lo sano, genera grandes beneficios para los grupos que se especializan en la enfermedad.

Lamentablemente, no contamos con estadísticas epidemiológicas de tan larga data en esta parte del mundo como para hacer un análisis similar al realizado por Robert Whitaker. Sin embargo, no es un dato menor que históricamente el 30% del gasto en salud de nuestro país ha sido en medicamentos (Banco Mundial, 2018), cuando está comprobado que la prevención y la promoción de la salud (que no se centran en medicamentos) son más eficientes y eficaces para el tratamiento de esta problemática.

Por lo expuesto hasta aquí, considero que, en lugar de hablar del sistema de salud, convendría hablar del campo de la salud (Spinelli, 2010; Bourdieu,

2011); esto es, un lugar de convergencia de actores en pugna por recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, que luchan por la consolidación o por la apropiación y el predominio. Estos grupos se encuentran en contradicciones objetivas, en tanto sus intereses se excluyen mutuamente. Entre los actores en pugna en el campo de la salud, podríamos enumerar de manera no exhaustiva: expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicatos, representantes de la industria, grupos de presión (*lobby*), agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, usuarios, etc. De esta forma, incluimos la dimensión de poder al análisis de la salud.

Teniendo en cuenta esta irreductible complejidad, propondré un breve recorrido histórico acerca de cómo fueron instituyéndose políticas públicas en salud desde los organismos multilaterales y qué consecuencias tuvieron en nuestro país.

2.1. Atención Primaria de la Salud y Psicología de la Salud

En la segunda mitad del siglo XX, en pleno contexto de la Guerra Fría, en gran parte del bloque Occidental se implementaron políticas económicas y sociales conocidas como Estado de Bienestar. Estas políticas incluían el acceso a la salud como un derecho, lo cual se plasmaba en herramientas jurídicas, tal como se explicó previamente. En esta línea, sumado a la convención sobre Derechos Humanos antes mencionada, hubo durante los años 70 y 80 declaraciones y tratados específicos en salud propuestos desde la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Las más importantes y que aún hoy guían las políticas estatales de muchos países son: la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) sobre Atención Primaria de la Salud, la Carta de Ottawa (OMS, 1986) acerca de la promoción de salud, la Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica (OPS, 1990), la Declaración de Santa Fe de Bogotá para la Promoción de la Salud en 1992 y la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (OPS, 1996). Todas estas declaraciones y recomendaciones realizadas desde la OPS y la OMS se enmarcan en lo que se puede denominar “nueva

salud pública en salud mental” y “gestión de salud positiva” (Saforcada et al., 2020).

Es conveniente en este momento especificar de qué hablamos cuando hablamos de atención primaria de la salud (APS). La APS es una estrategia que tiene como origen una propuesta de Halfdan Mahler, director general de la OMS entre 1973 y 1988. Fue él quien propuso trabajar para generar “Salud Para Todos en el año 2000” (SPT 2000). Lamentablemente, ese objetivo no se cumplió. Mahler señalaba como un gran problema a ser superado la ostensible desigualdad de las condiciones de salud entre distintos países y, dentro de cada país, entre las distintas clases sociales. A su vez, también en la década del 70, en Canadá, se publica el “Informe Lalonde” (Gavilán, 2015), realizado por su ministro de salud, Marc Lalonde. Allí aparece el concepto de promoción de la salud y empieza a pensarse el tratamiento de la salud y no solo la cura de la enfermedad. Unos años después, la OMS, con Mahler como presidente, convoca a los países miembros a reunirse en Alma Ata, Kazajistán. Allí la estrategia de APS fue indicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), firmada por los países miembros de dichos organismos multilaterales. Un sistema de salud basado en la APS será aquel que:

[...] garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados por la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles (OPS, 2017, p. 12).

Las acciones propuestas a partir de la Declaración de Alma Ata deberían centrarse en la prevención primaria de la enfermedad, con un “espíritu de autogestión y autodeterminación” (OMS, 1978, p. 2) por parte de las

comunidades y con acciones que requieren poca tecnología y, por ende, implican un bajo presupuesto. Respecto al objetivo propuesto por Mahler de “SPT 2000”, en esa misma Declaración se aclara que:

La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta y que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (OMS, 1978).

Lo que se explicita en estos años por primera vez es la importancia de centrarse en la preservación de la salud y no en la cura de la enfermedad. De aquí el término “gestión de salud positiva”. Centrarse en la gestión de salud positiva como primera prioridad sin desatender el problema de la enfermedad implica tener en cuenta el potencial de la salud, incluso si es concomitante con un proceso de enfermedad (Saforcada et al., 2020).

Los modelos centrados en el tratamiento de la enfermedad, además de ser un gran negocio para algunos rubros del mercado como se señaló previamente, generan tres condiciones negativas para los usuarios (Saforcada et al., 2020): aumentan la iatrogenia negativa por una sobreutilización profesional de prácticas diagnósticas y terapéuticas que producen daños; refuerzan el monto de hipocondría y las prácticas auto prescriptivas de la población; dejan de lado el principio rector propuesto en Alma Ata (mantener sanos a quienes están sanos).

Por otro lado, los procesos autogestivos son en sí mismos salutógenos y son el verdadero núcleo de una participación que implique el control por parte de la población de lo que las autoridades hacen o proponen en materia de salud, así como el control de la actividad de los profesionales en el desempeño de sus roles en los espacios públicos de atención de la salud de las personas. Si hay una verdadera voluntad de mejorar la salud de la población, hay que disponerse a ceder una buena parte del poder a ella misma; por eso “el poder no patogenizante es el que deviene de lo autogestivo” (Saforcada et al, 2020, p. 96). La clave del éxito de la APS es la participación plena de la comunidad

en las acciones de salud para que esta pueda controlar, aceptar, rechazar o exigir las propuestas de salud que se efectúen o no desde el gobierno.

Como se dijo, prevención y promoción son dos pilares de la estrategia de APS. Señalada la importancia de la prevención de la enfermedad, podríamos preguntarnos: ¿qué implica prevenir? En línea con esta concepción de la APS, se considera a la prevención de la enfermedad como el proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promuevan el bienestar colectivo e individual (Gavilán & Villalva, 2007). Según la clásica definición de Caplan (1980) podríamos distinguir tres niveles de prevención: a) prevención primaria, entendida como aquellas acciones destinadas a evitar la aparición de situaciones perjudiciales para la salud; b) prevención secundaria, que refiere a las acciones que tienden a disminuir o hacer desaparecer un trastorno; y c) prevención terciaria, que alude al intento de reducir las consecuencias que una problemática podría dejar en una población. En la actualidad, Fernández Ríos y Gómez Fraguera (2007) han reformulado dicha taxonomía considerando solo dos niveles de prevención: el primario y el secundario, sin tomar a la rehabilitación o disminución de las consecuencias negativas de un fenómeno como prevención. Además, proponen distinguir a la prevención según sea proactiva (anticipándose a los eventos) o reactiva y, por otro lado, según se centre en el sujeto o en su contexto. Como puede observarse, la prevención, se clasifique como se clasifique, siempre está centrada en la enfermedad; es decir, es la enfermedad lo que se quiere evitar. ¿Qué pasa, entonces, con la salud? ¿Se puede trabajar con ella o solo podemos trabajar en contra de la enfermedad? Hechas estas preguntas, podríamos ubicarnos en el extremo de la salud del continuum salud/enfermedad. Es aquí donde aparece el concepto de *promoción de la salud*. La promoción de la salud fue definida como "un proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y en consecuencia mejorarla" (OMS, 1986, p. 1). La promoción de la salud genera un desarrollo salubrista; es decir, "la evolución progresiva de una cultura (conocimientos, valores, creencias, hábitos, actitudes, comportamientos) hacia mejores condiciones de salud" (PINSAL, 2011, p. 34).

Es una obviedad decir que el objetivo propuesto por Mahler no logró cumplirse. Hoy, a más de 40 años de esa Declaración y a más de 20 desde el fin del milenio, Salud Para Todos sigue siendo una lucha que debe darse. Pero, como se demostró a la fecha, y con evidencia científica, la estrategia de APS sigue siendo una herramienta útil en pos de este objetivo. ¿Pero por qué, entonces, no ha podido ser aplicada?

SPT2000, este sensato y asequible mensaje lanzado a la humanidad, especialmente a los gobiernos de los países más desarrollados, junto a la posterior propuesta operativa que se elaboró en Almaty con la denominación de Atención Primaria de Salud, fue extensa e intensamente embestida por quienes han usufructuado y usufructúan el mencionado mercado de la enfermedad (Saforcada et al., 2020, p. 94).

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, la Conferencia Internacional sobre la APS realizada en Alma Ata marca un hito. Por primera vez la OMS y la OPS hablan de acercar el sistema de salud a las familias y la comunidad dándoles a dichos actores un lugar activo, hablando de “un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978) por parte de los usuarios y haciendo hincapié en mantener sano lo que está sano y prevenir la enfermedad. Esta Declaración fue un hito en tanto marca un antes y un después. A partir de ese momento, se debía reorientar los dispositivos de atención de la salud hacia los principales problemas de la comunidad, fortaleciendo la prestación de servicios con actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación (Gavilán, 2015). Sin embargo, esta Declaración, al igual que la gran mayoría de las declaraciones, consensos y directivas de los organismos multilaterales, no fue vinculante. Por esta razón, en nuestro país fue a partir de la restauración de la democracia en el año 1983 que se posibilitó la apertura de diversos espacios para la ejecución de programas en salud que sigan dicho lineamiento. Es en esa década que los ministros de salud de América Latina aprobaron el plan “Salud Para Todos en el año 2000” en línea con la propuesta de Alma Ata (Miguez, 1998).

Cuando la estrategia de APS comenzó a ser utilizada en el Cono Sur, se generó evidencia empírica en nuestra región sobre la eficiencia y eficacia de

esta estrategia para mejorar la salud de la población (OPS, 2005a, 2005b, 2007a, 2007b). Investigaciones epidemiológicas señalan que, en el PNA, mediante la estrategia de APS, pueden resolverse hasta el 95% de los casos que allí se presentan (OMS, 2008, 2013; Saforcada et al., 2010; Oliveira et al., 2017; Wenceslau & Ortega, 2017, Saforcada et al, 2020). Respecto al campo específico de la salud mental y el proceso de atención y cuidado desde la atención primaria, hay datos publicados en la región del Mercosur que muestran la eficiencia y eficacia de la estrategia de APS (Minoletti et al., 2012; Scharager et al., 2007, en Chile; Camacho-Arce et al., 2009, en Bolivia; Boarini & Francisconi Borges, 2009; Macedo & Dimenstein, 2012, en Brasil).

Correlativo a estas propuestas que surgen desde organismos multilaterales en la materia, aparecen en la década del 70 en Latinoamérica la psicología comunitaria y la psicología de la salud. Desde la psicología comunitaria, se entiende la práctica profesional dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado, en relación con sectores u organizaciones con ampliación de sus fines sociales, incrementando su contenido crítico y con aplicación de tecnologías y técnicas provenientes de la psicología social y la psicología clínica o del desarrollo (Montero, 2004; De Lellis, 2010). Este enfoque tiene como fin el desarrollo de comunidades autogestoras para el diagnóstico y solución de sus propios problemas (Montero, 2004). Estudia, de esta forma, “las relaciones entre salud mental y poder, entre las condiciones de vida y su efecto sobre procesos psicosociales” (Montero, 2004, p. 35). La psicología comunitaria tiene un carácter político en sí, al buscar desalienar, generar conciencia y movilizar a la sociedad. Trasciende, de esta forma, una visión molecular y alcanza una perspectiva más completa, que tiene que ver con su impacto global sobre el desarrollo de sociedades saludables (Londoño Pérez et al., 2006).

Quisiera problematizar en este punto el término comunidad, sin por eso menoscabar los aportes de la psicología comunitaria. Etimológicamente “comunidad” significa “con tributo”, con ley, con obligaciones (en latín *munus*). Representa a un grupo humano con una ley, obligación común, pero que también debe rendir ofrenda, tributo (Preciado, 2020). Las personas en

situación de privilegio a quienes se les exoneraba de dicho tributo eran consideradas “inmunes”. Entonces, resulta un poco paradójico sostener la autodeterminación de un grupo social al que denominamos comunidad. Sin embargo, esto no es más que una revisión etimológica de la nomenclatura.

Por otro camino, tenemos a la psicología de la salud. Esta disciplina no se define por un corpus teórico particular, sino por una convergencia de marcos teóricos y áreas de desarrollo de la psicología aplicada dirigidos a la comprensión del proceso de salud/enfermedad y la elaboración de acciones planificadas para resolver problemáticas (Saforcada, 2006; Morales Calatayud, 2016).

Como se observa, la psicología comunitaria, la psicología de la salud y la APS no son marcos contradictorios, sino complementarios. Apuntan a un perfil profesional que encauce el accionar de, en este caso, el psicólogo hacia la resolución de problemáticas psicosociales, dando un lugar preponderante y activo a los propios actores de la comunidad y centrándose en la gestión de salud positiva. Para poder trabajar con la comunidad de esta forma, estos enfoques exigen una posición relativista cultural y no etnocéntrica ni autocrática (Saforcada, 2006). Esto último lo pone en línea con la estrategia de la APS.

Desde este marco, podemos afirmar que lo que se observa en la actualidad es que los psicólogos en el PNA construyen su trabajo desde un *modelo restrictivo individual* (Saforcada et al., 2010). Este modelo se caracteriza por tener una estructura monodisciplinar, estar centrado en la enfermedad y descontextualizar al individuo. Este modelo suele ser, en nuestro país, de marco teórico psicoanalítico. Dicha teoría nació con fines netamente clínicos, diríamos siguiendo la clasificación de Caplan (1980), para la prevención secundaria.

En contraposición, se puede pensar un *modelo social-expansivo* cuando se trabaja de forma interdisciplinar, el eje es el proceso de la salud y se sostiene un enfoque ecosistémico. De centrar sus intervenciones en un modelo restrictivo individual, la APS quedaría relegada, realizándose prevención secundaria y no prevención primaria, ni tampoco promoción de la salud. Abordar a la salud de forma integral exigirá tener un enfoque social-expansivo,

donde las personas, de forma individual, colectiva y en contexto, sean el eje del trabajo y sean, además, actores activos en la construcción de acciones vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-cuidados.

2.2. Formación de psicólogos

Una de las dimensiones a considerar para abordar la actividad de los psicólogos en el Primer Nivel de Atención, corresponde a la formación de dichos trabajadores. En la mayoría de los países americanos la formación en psicología se centra en una formación netamente clínica, quedando la salud relegada, en el mejor de los casos, a ser una materia cuatrimestral (Morales Calatayud, 2016). De esta forma, las carreras se centran en un método (el método clínico) en lugar de centrarse en un área (como la psicología de la salud, laboral, educacional, social, institucional, etc.), restringiendo su trabajo a la atención de la enfermedad mental.

En Argentina, los estudios más destacados sobre el tema comienzan en la década de 1990 (Courel & Talak, 2001; Dagfal, 1998; Klappenbach, 1998, 2003; Piacente et al., 2000; Vilanova & Di Doménico, 1999). Dichos estudios han permitido, entre otras cuestiones, visibilizar ciertas características dominantes de la formación: un sesgo hacia lo práctico, con un perfil profesionalista con predominio de la formación clínica, una hegemonía teórica principalmente psicoanalítica y una formación académica caracterizada por la insuficiencia en el campo de la investigación y otras prácticas profesionales (Moya et al., 2009). Estas características destacadas en la formación han sido reconocidas, asimismo, en el ejercicio profesional en diferentes campos de aplicación de la psicología: escuelas, cárceles, clínicas, dispositivos de salud de diversa índole, etc. Con respecto al caso específico del Primer Nivel de Atención, las investigaciones en la materia parecen confirmar esta tendencia (Saforcada, 2006; Uribarri, 2010; Parra, 2016).

El ámbito curricular de grado opera en Argentina produciendo un profesional centrado en un modelo restrictivo individual, formando profesionales que limitadamente solo pueden ofrecer un tratamiento en una relación terapéutica de consultorio privado (Saforcada, 2006). Esto puede tornarse problemático cuando se trata del campo de la psicología comunitaria y de la

salud, en el que se enfatiza la estrategia de la APS. Desde esta perspectiva, la atención clínica individual es considerada necesaria, pero no suficiente. Como indica Saforcada (2006):

El dilema está instalado en el Primer Nivel de Atención en lo que hace a la formación profesional y técnica, en las instancias de contacto entre efectores y pobladores, en la naturaleza y contenidos de las subjetividades puestas en juego en esta interacción y en los comportamientos, no en lo que tienen de técnico o de científico sino en lo que poseen o carecen de capacidades de empatía y valoración humanas (p. 190).

Siguiendo esta línea de razonamiento, podemos coincidir con los autores cuando afirman que es razonable “considerar que ha llegado el momento en que las universidades, en su tarea de formar profesionales de la salud, y los conglomerados humanos, en su derecho y obligación ciudadana de recuperar el total control de su salud, comiencen a pensar y actuar en función de la salud positiva y su gestión” (Saforcada et al., 2020, p. 94).

Este objetivo no depende solo de la formación de grado universitaria, sino también de distintos dispositivos de gestión. En el caso que nos compete en esta tesis, el Municipio, a través de su Secretaría de Salud, debe cumplir un rol central en la formación de los profesionales de salud que trabajan en y para el mismo municipio.

Siendo que la formación de grado se centra en una formación restrictivo individual y que la estrategia APS y el Primer Nivel de Atención centra su trabajo en las comunidades sanas, es sensato pensar la necesidad de modificar “la perspectiva de abordaje del proceso de salud y sus emergentes en cuestiones tales como el abandono de las categorías individuales de análisis y acción (persona, enfermo, las personas, los enfermos, etc.) para pasar a usar sólo categorías colectivas (familia, red social, vecindario, comunidad, etc.)” (Saforcada et al., 2020, p. 94).

Esta formación actual tiene consecuencias negativas en la práctica profesional, generando (Saforcada et al., 2020):

- Profesionales escasamente capacitados para trabajar en el ámbito de lo público;
- Soslayamiento o no-visualización de los problemas más serios –por su prevalencia y efectos multiplicadores negativos– de salud mental del país;
- Desconocimiento o distorsión de la realidad de vida de las grandes masas poblacionales en condiciones de pobreza estructural, empobrecimiento y exclusión del sistema social oficial y los proyectos de desarrollo nacional.

Es particularmente interesante observar lo que explicita el Programa de Salud Mental (OPS, 1996) en relación con la capacitación de recursos humanos. Específicamente en el caso de la psicología: la meta es fomentar la formación de cuadros de profesionales en psicología con capacidad para integrarse a las intervenciones en salud pública y salud mental, tanto de promoción como de prevención, tratamiento y rehabilitación. Como se dijo, se ha comprobado que la formación actual en nuestro país está más orientada a las intervenciones individuales que a la práctica de base comunitaria.

Asimismo, se declara en el artículo 33 de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 que las universidades deberán garantizar que “la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley”. Dicha Ley prevé el cierre de los manicomios y centrar la atención de la salud mental en las comunidades, acorde con lo establecido por la OPS desde la Declaración de Caracas (1990) en adelante y acorde también con las directrices emanadas desde la OMS desde Alma Ata (1978) en adelante. Yendo un poco más lejos, la reglamentación del mismo artículo dicta la obligación de también formar a los trabajadores en servicio y abrir residencias y posgrados en el ámbito de la APS y el Primer Nivel de Atención, sacándolo del lugar que tienen hoy: los Hospitales Monovalentes en Salud Mental, es decir, el manicomio (que, según la misma Ley, deberían haber dejado de existir en 2020). Se retomará este punto en el siguiente capítulo.

Es evidente que este redimensionamiento de la formación que surge de la inclusión de la estrategia de APS involucra a todos los trabajadores que ocupan estos espacios. Pero, como se dijo anteriormente, es particularmente importante señalarlo con relación a la psicología por “la marcada distorsión de que ha sido objeto en nuestro país en lo que hace al desarrollo y situación actual de desempeño del rol en el área de las prácticas públicas de la profesión” (Saforcada et al., 2020).

2.3. Interdisciplina

Entendiendo así la salud, la interdisciplina se vuelve una herramienta fundamental para poder trabajar con y para el ser humano en su complejidad, evitando visiones y acciones atomizadas y parciales. El trabajo interdisciplinario incluye un supuesto subyacente: el todo es más que la suma de las partes. Si uno tiene una visión integral del ser humano y piensa que mente y cuerpo son parte de un mismo sistema, entonces no podrá acercarse y analizar a las personas solo teniendo en cuenta un componente o una dimensión. O en todo caso, de hacerlo, estará teniendo una visión sesgada y parcial del mismo. La sinécdoque puede ser una gran figura literaria, pero no nos es útil para analizar al ser humano en su complejidad. Por eso se propone pensar un sistema integral.

Para entender a la interdisciplina y el abordaje integral de la salud, considero que es necesario primero abandonar la ilusión de poder explicar el todo a partir de las partes. Se debe anteponer “la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas, la interdisciplinareidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2015, p. 2). Con respecto al posicionamiento de la ciencia y su relación con la sociedad, quisiera traer aquí una reflexión de Majail Bakunin (2004) que, teniendo 150 años de pronunciada, sigue manteniendo vigencia:

Hay que disolver la organización social separada de la ciencia, a fin de que las masas, cesando de rebaños dirigidos y esquilados por los pastores privilegiados, puedan tomar en sus manos sus propios destinos

históricos. La ciencia, al convertirse en patrimonio de todo el mundo, se casará en cierto modo con la vida inmediata y real de cada uno (pp. 61-62).

Nótese como, para Bakunin, la ciencia también debería ser un concepto vulgar, es decir, al alcance de todos. La ciencia deberá dejar de ser una herramienta privilegiada de unos pocos si se pretende que esté al servicio de todos. Desde este lugar es que podemos incluir a la comunidad y trabajadores (profesionales o no) en un mismo trabajo y con un mismo fin. Se trata de generar un modelo de atención social expansivo (Saforcada et al., 2010) que incluya a las comunidades y donde el equipo profesional esté al servicio de la comunidad y no al revés.

Un trabajo interdisciplinario implica reconocer una epistemología “que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad” (Stolkiner, 2017b, p. 2). Forma, así, una metodología de trabajo y un marco conceptual con bases epistemológicas. Esta unión es la que lo diferencia del collage posmoderno.

Entonces, en esta coyuntura, ¿qué beneficios traería un abordaje interdisciplinario en el campo específico del Primer Nivel de Atención? Aclaremos que las investigaciones referentes a la temática en nuestro país indican que en el Primer Nivel de Atención el trabajo interdisciplinario es recomendado pero no es realizado; en el mejor de los casos, se realizan interconsultas (Saforcada, 2006; 2015; Uribarri, 2010; Gavilán, 2015), es decir, dos o más profesionales abordan un caso, pero cada uno desde su perspectiva, como compartimentos estancos y divididos, abordando la parte y entendiéndolas como el todo (la sinécdoque aplicada al campo de la salud). Esto que encontramos se titula, siguiendo a Follari (2014), “interdisciplina de baja intensidad”. Podríamos inferir a partir de la insistencia en que se realicen este tipo de abordajes por parte de organismos multilaterales como la OMS y la OPS, que en otros países también se encuentran dificultades para realizar un abordaje interdisciplinar. Un ejemplo empírico de los beneficios de la

interdisciplina nos ofrece la experiencia costarricense. Investigaciones realizadas en el país muestran que este tipo abordajes “permite un mayor reconocimiento de la comorbilidad, mejora las técnicas de abordaje y tratamiento, incrementa el balance costo-beneficio y disminuye la brecha de tratamiento” (Millán-González, 2014, p. 150).

Un cambio de paradigma que entienda al ser humano como una entidad compleja debe tener su correlato en el campo de los efectores de salud y empezar a plantear que “quien atiende a las personas consultantes del sistema de servicios de salud orientado por la APS debe ser el equipo multidisciplinar de salud (integrado básicamente por profesionales de la medicina, odontología, enfermería y psicología, entre otros)” (Saforcada et al., 2020, p. 94).

Como se dijo antes, las universidades argentinas –públicas y privadas– no forman para las prácticas públicas de las profesiones de la salud ni para funcionar en términos de equipo, ni tampoco para entender que las acciones de salud no son solo las que implementan los profesionales y los técnicos. Por lo tanto, si se quiere poner un sistema de salud a operar en términos de APS, se tiene que contemplar el desarrollo de acciones de capacitación dirigidas a todo el equipo de salud. Como se dijo también, esto es ya en nuestro país, incluso, una obligación legal. Por otra parte, dado que uno de los soportes fundamentales de la APS es la participación de la comunidad, es también necesario desarrollar en forma paralela acciones sistemáticas de capacitación participativa dirigidas a la población, trabajando para formar “agentes primarios de salud comunitaria (APSC)” (Saforcada et al., 2020, p. 97).

Tal como vimos en el capítulo anterior, la teoría de la actividad, sobre todo a partir de los desarrollos de la tercera generación, aporta instrumentos no solo para pensar la situación y sus posibles dificultades, sino que, además, a través del laboratorio de cambio, nos ofrece una herramienta para instrumentalizar dicho trabajo a través de la inter-agencialidad.

No obstante, para poder generar un trabajo interdisciplinario, primero debemos poner entre paréntesis nuestro conocimiento y no pensar a cada disciplina como inconmensurable con respecto a las otras. Tal vez este sea el desafío más grande para los trabajadores. Fuks (2008) afirma que la

colaboración, en tanto núcleo de sentido, requiere de un sustancial nivel de apertura y flexibilidad, de la posibilidad de confrontación con las propias limitaciones y de la capacidad de sorpresa y tolerancia a las incertidumbres. Implica que realicemos una especie de contrato que, simbólicamente, nos involucra a todos en pos de algo que convenimos en determinar cómo lo problemático a solucionar, implica hacernos responsables y nos llama a la acción. De esta forma, la interdisciplina aporta también a la formación de los profesionales involucrados, como afirma Castro (1993): quien pone entre paréntesis su disciplina puede regresar a ella con el enriquecimiento generado por el trabajo interdisciplinario y aportar al desarrollo de su campo de saber.

Uno de los principales obstáculos para posibilitar la implementación de la APS y la interdisciplina es que los profesionales y técnicos no logran trabajar participativamente con la comunidad (Saforcarda, 2006). El problema es que la interdisciplina se convierte muchas veces en un espacio de conflicto, ya que aporta una mirada compleja del campo en un espacio de poder donde disciplinas hegemónicas deben ser necesariamente modificadas. La instalación del enfoque interdisciplinario cuestiona las formaciones académicas y profesionales, obligando a su revisión e interpelando las pugnas corporativas. De nuevo, podemos traer aquí el concepto de campo de Pierre Bourdieu para entender este conflicto. Tenemos en nuestro país un ejemplo palpable y cercano: la pugna en el campo de la salud a partir de la Ley N° 26.657, donde la corporación médica psiquiátrica y judicial operó para que no entre en vigencia dicha ley y, una vez reglamentada, intentó modificar dicha reglamentación a través de la Dirección Nacional de Salud Mental (dirigida en su momento por un psiquiatra, presidente de la Asociación de Psiquiatras de Argentina). En este caso, asociaciones por los derechos humanos y grupos que representaban a partidos políticos de izquierda/progresistas y asociaciones de psicólogos, de usuarios y familiares se opusieron, logrando evitar los cambios.

Existen también obstáculos y resistencias metodológicas disciplinarias: los diferentes lenguajes y formas de asumir la explicación, la descripción y la fundamentación de los conocimientos (Morin, 1998). Con respecto a esto, se debe tener en cuenta que lo que hace posible integrar a un equipo

interdisciplinario para el estudio de un sistema complejo es “un marco conceptual y metodológico común, derivado de una concepción compartida de la relación ciencia-sociedad, que permitirá definir la problemática a estudiar bajo un mismo enfoque” (García, 2006, p. 35). Es en tanto que la interdisciplina se da siempre en una coyuntura y pensando en la resolución de un problema que distintas categorías que a priori pueden resultar contradictorias son puestas en juego de forma coordinada para tratar un problema. Es necesario que las disciplinas sean bajadas del pedestal y den lugar a una convergencia que, a primera vista, podría parecer imposible por tratarse de marcos que se excluyen mutuamente. Es por esto que García (2006) hace referencia a una *hibridez* entre disciplinas: cada disciplina aparece, pero transformada en algo nuevo. Esto no quiere decir que debemos dejar de lado las diferencias disciplinares, aunque sí podrían ser puestas entre paréntesis en determinado momento para determinado fin.

Esta última característica de la interdisciplina (las contradicciones que podría generar) nos lleva a retomar, nuevamente, los aportes de la escuela sociohistórica y la teoría de la actividad (Leontiev, 1981; Cole & Engeström, 1993; Engeström, 2008, 2020). Esta teoría converge con el paradigma de la complejidad en su concepción ontológica, es decir, entendiendo a la realidad como un existente complejo y difícil (si no imposible) de delimitar. Que sea difícil de delimitar no quiere decir que no se intente hacerlo de forma pragmática, sin perder de vista que se trata de una estandarización o taxonomía con fines prácticos y que la realidad no puede explicarse y cerrarse en uno o varios conceptos. Es por esto por lo que la teoría de la actividad nos brinda herramientas para la comprensión e intervención sobre la realidad (Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1996). Entre los principios que la teoría de la actividad enumera se encuentra el de la contradicción como motor para el avance; y nos señala al respecto que, si queremos transformar una situación, deben ser los propios actores quienes vean que el primer momento es insuficiente y contradictorio con respecto a los fines propuestos y que debería modificarse (Engeström, 2008). Como se señaló en el capítulo anterior, el cambio, de ser impuesto por directivas externas, tenderá al fracaso en tanto los actores que deben llevarlo a cabo no lo internalizarán. Pensando la

interdisciplina con estas herramientas, diríamos que por más que proliferen las necesarias directivas internacionales, nacionales y locales, no se llegará a transformar las prácticas si los propios protagonistas no visualizan la necesidad de una transformación. Como dijo Basaglia (2008): se podrá generar un cambio siempre y cuando las normativas que llegan de arriba se acompañen desde abajo.

En el campo de la salud, los trabajadores que lo conforman no siempre se encuentran preparados para dar respuestas eficaces a estas complejas demandas de forma conjunta y articulada. Esto se vuelve aún más notorio en el PNA por las características propias de este nivel de atención: recibir una gran y heterogénea demanda a la vez que se debe incentivar la participación y promocionar la salud. A la entendible e inevitable limitación que cada persona tiene se le suma una renuencia a aceptar, conocer y dar lugar a los aportes que podría hacerse desde otro paradigma. Ante esta dificultad, los recursos humanos y económicos se ven mal utilizados y desgastados, mientras los problemas se cronifican (Moreno, 2015).

El trabajo cotidiano de los servicios de salud de PNA nos enfrenta permanentemente a la complejidad, en tanto implica cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforma los equipos de trabajo. Se hace evidente, entonces, la necesidad de apelar a la interdisciplina cuando los problemas a abordar son tan complejos como los que se presentan en el campo sanitario.

2.4. Desmanicomialización y Primer Nivel de Atención

Desde la Declaración de Caracas (1990), se incitó a los países miembros de la OPS a suplantar el modelo asilar en salud mental (es decir, el manicomio) por estrategias de abordaje integral y comunitario. Para el año 1990, se había comprobado que el modelo asilar generaba vulneración de derechos. A su vez, contábamos en Occidente con un ejemplo de modelo alternativo que ya llevaba años de funcionamiento en la ciudad de Trieste en Italia. En dicha región italiana se había cerrado el único manicomio existente a partir del trabajo y militancia de Franco Basaglia y su equipo de trabajo en el manicomio de Gorizia, que finalmente desembocó en que el Parlamento

Italiano aprueba la Ley 180 el 13 de mayo de 1978, que reformaba radicalmente la gestión de la psiquiatría y prohibía el encierro de pacientes psiquiátricos en contra de su voluntad. Paradójicamente, un comunista declarado (Franco Basaglia) logró que se cumpla el sueño de un liberal declarado (Thomas Szasz), al abolir lo que Szasz (1978) llamaba psiquiatría involuntaria; es decir, el tratamiento obligatorio para personas que no desean ser atendidas. Szasz y Basaglia coincidían en este punto.

Pero ¿por qué este psiquiatra italiano quería cerrar los manicomios? Recordemos que estos hechos fueron anteriores a que la OMS y la OPS hicieran públicas sus declaraciones en contra de los hospitales monovalentes en salud mental y la experiencia de Gorizia fue fundamento empírico para dichas declaraciones. Franco Basaglia hacía un paralelismo entre la cárcel y el manicomio, analizándolo desde una perspectiva marxista. Consideraba que ambas instituciones estaban hechas para alojar a los excluidos del capitalismo (Basaglia, 1978, 2008) que, como Marx señaló, son inherentes al sistema capitalista. Se trata de dos grupos sociales no productivos. Con ambos la respuesta es la misma: el encierro. Para el caso europeo, esto se encuentra históricamente detallado, en una verdadera *arqueología del saber*, por Michel Foucault en *Historia de la locura en la Época Clásica* (1967, acerca del hospital psiquiátrico) y *Vigilar y castigar* (1975, acerca de la prisión). Para fines del siglo XX, los resultados de estos dispositivos de poder estaban a la vista: “la cárcel no sirve para la rehabilitación del encarcelado, así como tampoco el manicomio sirve para la rehabilitación del enfermo mental. Ambos responden a una exigencia del sistema social que tiene como fin último la marginación de quien rompe con el juego social” (Basaglia, 1978, pp. 16-17). El manicomio no responde a las necesidades del enfermo, sino que responde a las necesidades de la organización social. El preso y el loco son tratados por la molestia social que generan (Basaglia, 1978) y no con tratamientos basados en la evidencia, que lo incluyan y que tengan como fin generar vidas vivibles, vidas que merezcan ser vividas.

Como se dijo previamente, los argumentos y prácticas de Basaglia, con fundamentos marxistas, coinciden en sus fines prácticos con los propuestos por

Thomas Szasz, con fundamentos liberales. Thomas Szasz fue un psiquiatra de origen húngaro que debió exiliarse en Nueva York con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, desde donde desarrolló sus trabajos. Este psiquiatra defendió siempre a la libertad como fin último de los seres humanos (Szasz, 1978). Así, haciendo una distinción entre pacientes voluntarios e involuntarios, argumento que debía suprimirse al segundo grupo; es decir, no debería haber pacientes que no quieren ser pacientes. Toda la psiquiatría occidental, de Pinel a esta parte, se centró en el tratamiento de pacientes más allá de su propia voluntad (Foucault, 1967; Szasz, 1978). Szasz va aún más lejos y afirma que, por definición, la enfermedad mental no existe y que la psiquiatría trata como enfermedades mentales problemas de la vida cotidiana, del trabajo, del matrimonio, de la familia (Szasz, 1978).

En nuestro país esta perspectiva en el ámbito de la salud mental toma fuerza legal en el año 2010 a partir de la Ley 26.657, en la cual se indica explícitamente que: “queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos” (2010, p. 32). En la reglamentación de dicho artículo (Decreto 603/13), se dice que el plazo para ese cierre es el año 2020, en concordancia con lo firmado en el Consenso de Panamá (OPS, 2010).

Entonces, para poder suplantar el manicomio y realizar un abordaje integral de la salud en y con las comunidades el CAPS se vuelve una herramienta central. Como se dijo anteriormente, está comprobada la eficacia de este primer nivel. En tiempos de tecnocracia, se vuelve necesario aclarar que no solo es eficaz y eficiente porque supone menor gasto público, sino porque implica un abordaje en la comunidad, sin romper (de hecho, reforzando) lazos sociales, permitiendo que la persona que necesite tratamiento esté en su casa, cerca de su familia y sus amigos. De esta forma, se fomenta el polo subjetivante de la salud (Stolkiner, 2015).

Es por esto que el PNA y los CAPS aparecen hoy como los dispositivos a través de los cuales el Estado trata de hacer efectivas políticas públicas en

línea con lo acordado en la Ley 26.657. Este dispositivo no fue creado a partir de esta Ley, sino que existe en Argentina desde la década del 90. En esos años, y como parte de las reformas neoliberales llevadas a cabo en nuestro país, se descentralizan los efectores de salud, que dejaron de ser de gestión nacional para pasar a las administraciones provinciales y locales. Este proceso se llamó “descentralización del Estado”, un eufemismo para no hablar de una reducción de los fondos destinados a la salud (en este caso), ya que se descentralizaron los efectores de salud, pero no los fondos (Manzanal, 2006) bajo el argumento explícito por parte del gobierno nacional de fortalecer el federalismo al dejar la responsabilidad de la gestión de la salud y la educación en manos de los gobiernos provinciales. Hecha la reforma, en la provincia de Buenos Aires las acciones referentes al PNA fueron transferidas a los municipios, mientras que el segundo y el tercer nivel de atención quedó a cargo de la administración provincial. Es por esta razón que esta investigación se centra geográficamente en el Municipio de La Plata, el cual tiene a su cargo la gestión de políticas y acciones referentes al primer nivel.

2.5. Niveles de atención, Primer Nivel de Atención (PNA) y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)

En nuestro país, el sistema sanitario se divide en tres niveles de atención de creciente complejidad en cuanto a tecnología médica. Vale esta aclaración, ya que cada nivel tendrá su propia complejidad y ninguno es más o menos que el anterior. Pero, en lo que respecta a la organización del sistema, esta división cobra sentido en tanto el primer nivel será el más masivo y el que tenga menos tecnología y el tercer nivel será el menos concurrido y con mayor aparatología.

Así pues, en esta organización del sistema sanitario, el primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto, donde se resolverán las necesidades de atención básicas y más frecuentes que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es, de esta forma, la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros

de salud, etc. Aquí, según estudios epidemiológicos, se resuelven aproximadamente el 85% de las problemáticas (Saforcada et al., 2020).

El segundo nivel corresponde a los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta un 95% de las problemáticas que se presentan. Por último, el tercer nivel de atención y complejidad corresponde a procedimientos especializados y de alta tecnología.

Para los fines de esta tesis, resulta importante reflexionar acerca de estos niveles de complejidad en el caso de la salud mental como parte de una salud integral. Aquí ya no dependemos tanto de grandes aparatos o tecnologías sofisticadas que requieran grandes licitaciones o espacio físico. En todo caso, habrá que licitar medicación (o fabricarla estatalmente) y contar con instalaciones adecuadas para que una persona pueda realizar una consulta o, pensando en el máximo requerimiento de las instalaciones, que pueda dormir en dicho espacio en una internación corta como exige la LNSM. Fácilmente, se observa entonces que las diferencias entre los niveles de atención radican fundamentalmente en los marcos teóricos, en las prácticas diagnósticas y en las técnicas terapéuticas o de resolución de problemas (Saforcada, 2006).

Según la bibliografía al respecto, se espera que, en el PNA, dentro del Centro de Salud y en/con la comunidad involucrada, se dé mucho relieve al asesoramiento psicológico, dado que el grueso de las consultas –más del 90%– no es por patologías sino por problemas emergentes de carencias de habilidades o destrezas para la vida. En el segundo nivel se deberían aplicar terapias breves y a mediano plazo como la terapia sistémica familiar, grupos multifamiliares, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual o psicodrama. En el tercer nivel sería conveniente utilizar psicoanálisis y terapias cognitivas complejas, estrategias de terapias de mediano y largo plazo (Nice, 2011; Moreno, 2015; Saforcada, 2020).

Otro marco que condiciona el trabajo en el sistema sanitario, al margen y a veces de forma contradictoria a los marcos teóricos, es el marco jurídico. En este caso, una herramienta fundamental e ineludible de abogacía por la salud

es la previamente mencionada Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (2010) y su Decreto Reglamentario (603/13). Las normativas (Ley 26.657; Resolución 1876-E/2016) y las recomendaciones de organismos internacionales (OPS, 2009; OMS, 2013) exigen la presencia de psicólogo, trabajador social, enfermero, psiquiatra y medicamentos psicotrópicos en el PNA. En caso de ser necesaria una internación, el paciente deberá ser derivado a un hospital general, que corresponde al segundo nivel de atención.

Al ser los CAPS un dispositivo que depende de los municipios, las características de la oferta de servicios de este sector son profundamente desiguales en las distintas jurisdicciones (Ballesteros, 2016). Esto comenzó a ser así a partir de la citada descentralización del Estado que generó distintas respuestas locales con disímiles resultados en términos de calidad, equidad y eficiencia (Chiara et al., 2009; PNUD, 2011). Según el último presupuesto publicado, durante la década 2005-2015, la inversión en salud (mal llamado gasto en salud) en la provincia de Buenos Aires provino en un 42% del Estado Provincial, un 42% de los Estados Municipales y un 16% del Estado Nacional (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2015). Se ve claramente aquí lo expuesto por Manzanal (2006) con respecto a la descentralización de las funciones, pero no del presupuesto: los municipios, con un presupuesto mucho más acotado que la provincia, deben invertir en igual proporción. Consecuentemente, y como muestran Lago et al. (2013), en la provincia de Buenos Aires la desigual distribución no se vincula con necesidades diferenciales de utilización de los servicios (tomando como indicadores la tasa de mortalidad infantil y la población con necesidades básicas insatisfechas), sino que está vinculada con la riqueza de los partidos y con el presupuesto municipal destinado a salud. Si bien, en teoría, aquí se atienden las necesidades de atención primaria de todos los habitantes, en la práctica concurren a ellos principalmente quienes no cuentan con la cobertura de obra social o prepaga (Maceira et al., 2010; Lago et al., 2013).

Como se dijo, la atención primaria de la salud es una estrategia integral que involucra a todo el sistema de salud y a toda política pública que reconozca derechos y redistribuya riquezas, es decir, políticas que hagan justicia en el

sentido propuesto por la filósofa estadounidense Fraser (1997): “la justicia hoy en día requiere, a la vez, la redistribución y el reconocimiento, solo integrando ambas vías podemos encontrar un marco teórico adecuado a las exigencias de nuestro tiempo” (pp. 18-19). En el caso de la APS, tanto la redistribución (el acceso a la salud para todos los sectores de la sociedad) como el reconocimiento (la participación de la comunidad como un actor clave y protagonista) están puestos en juego.

Si bien la APS involucra a todo el sistema, hay dispositivos y estructuras donde es una herramienta y un objetivo fundamental. El PNA es (o está planificado como) el primer escalón y acceso al sistema de salud. Por estas razones, en los CAPS dentro del PNA, por su cercanía a la comunidad, el factor humano con el que cuenta y la finalidad para las cuales fueron creados, la atención primaria debería ser una estrategia rectora. En la práctica hoy “casi todo lo que se hace en salud en el Primer Nivel de Atención se denomina APS o se informa que se lo lleva adelante con las pautas de esta estrategia de acción en salud. Pero la realidad indica que nada tiene que ver con tales procedimientos” (Saforcada et al., 2020, p. 94).

Si bien no son muchos los estudios realizados en nuestro país respecto al trabajo realizado en salud mental en el primer nivel de atención, los que existen coinciden en que en el primer nivel de atención la protección de la enfermedad y la promoción de la salud brilla por su ausencia y la prevención primaria de la enfermedad se limita al uso de algunas tecnologías biológicas, como por ejemplo la vacunación (Parra, 2016; Saforcada et al., 2020).

Un mal funcionamiento del PNA y una escasa promoción de la salud y prevención de la enfermedad contribuye a engrosar el quantum de morbilidad presente en las sociedades, al implicar la inundación de las instituciones y de los servicios con una demanda creciente e indetenible que trae aparejado un gasto indebido del dinero público, degradación de la calidad de la atención, insuficiencia de recursos, desaliento y desesperanza en los profesionales y maltrato institucional hacia la población.

En cambio, si la salud mental en el PNA se centrara en la estrategia de APS, debería “abocarse hacia la atención de los problemas de salud mental

mediante estrategias propias de ese nivel de atención que permitan resolver una mayor proporción de esos problemas” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 159). Los marcos teóricos en la materia señalan que las tareas del psicólogo en este nivel de atención deberían incluir: visitas domiciliarias y escucha calificada del psicólogo como facilitador para comprender las necesidades en salud mental (Parra, 2016), acciones intersectoriales e interdisciplinarias (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007; Parra, 2016), terapia grupal o terapias breves como modelo asistencial acorde con este nivel de atención (Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008; González-Blanch, 2009; NICE, 2011; Moreno, 2015) y grupos de educación y promoción de la salud y construcciones en conjunto con el usuario (Onocko-Campos et al, 2011; NICE, 2011; Westheimer et al., 2015).

La Organización Mundial de la Salud (1990) expresa que el componente de salud mental en la atención primaria comprende dos elementos distintos que, lamentablemente, se confunden a menudo:

- La importancia práctica de los conocimientos sobre ciencias psicosociales en la asistencia general, como elemento imprescindible para mejorar el funcionamiento de los servicios generales de salud; mejorar la calidad de vida; y promover la salud mental y emocional.
- La lucha contra los trastornos mentales y neurológicos.

Podemos afirmar que estos dos elementos hacen referencia a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Y es que, como se dijo y como se verá más adelante (ver capítulos de resultados), los profesionales, centrados en un modelo individual restrictivo centran sus actividades en la atención de la enfermedad y, en el caso del PNA, suelen afirmar que están haciendo APS.

Una limitación a la hora de reflexionar acerca del estado en el que se encuentran los CAPS es la falta de datos. El último registro publicado es del año 2007 (Ministerio de Salud de la Nación, 2007). Para ese entonces, los CAPS contaban con médicos (99%), odontólogos (48%) y psicólogos (43%).

Estas son las tres categorías que se implementaron en dicho registro, quedando por fuera el personal no profesional (administrativos y promotores de salud) y los enfermeros.

Con respecto a la presencia de servicios de salud mental en los CAPS, su falta de integración parece ser una problemática compartida por la mayoría de los países de Latinoamérica (Rovere, 2012; OMS, 2013, 2015). La oferta en los CAPS es escasa debido al bajo presupuesto público que se le destina a esta problemática, por lo que la gran parte de las consultas de salud mental se realizan en el ámbito privado y la población debe resolver con su propio bolsillo los gastos (Ballesteros, 2016). Estos establecimientos tendrían que ser la “puerta de entrada” al sistema, desarrollar las actividades de promoción y educación sanitaria y cubrir los cuidados de baja complejidad de la población (OPS, 2007a).

Para cerrar, quisiera retomar la frase inicial⁵ y al filósofo Georges Canguilhem: si la salud es un concepto vulgar que está al alcance de todos, imponer una noción de salud sobre otros implica un acto de autoritarismo. Si seguimos sosteniendo una visión positivista y, por ende, normativa de la salud, será imposible aceptar la diversidad (sea cual sea). La fabulosa idea de *sumak kawsay*⁶, por ejemplo, sería desechada por a-científica. Reducir la idea de salud a una definición que se impone desde arriba es un reduccionismo que el denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH) utiliza como una herramienta en pos de mercantilizar la salud (Menéndez, 1988). Así se fortalece el polo objetivante en el antagonismo entre objetivación y subjetivación. En cambio, las prácticas en salud deben propender a la subjetivación. Al hablar de subjetivación, estamos haciendo lugar a la singularidad. Es desde aquí que se puede empezar a hablar de un paradigma de derechos y hacer prácticas en salud que sean realmente integrales.

⁵ “El poder no patogenizante es el que deviene de lo autogestivo” (Saforcada et al, 2020).

⁶ Proviene de la lengua kichwa, su traducción al español sería “buen vivir”. Se propuso en países latinoamericanos como Bolivia y Ecuador para reemplazar la idea de desarrollo. En dichos países, el *sumak kawsay* forma parte de la Constitución.

CAPÍTULO 3. ANTECEDENTES

Con el propósito de relevar los antecedentes en la temática, se llevó a cabo una búsqueda de las investigaciones realizadas en los últimos 15 años (2006-2021) asociadas al trabajo de los psicólogos en salud mental desde el PNA. Fueron analizadas las publicaciones de revistas especializadas en idioma inglés, portugués y español. La búsqueda se concretó entre los meses de noviembre y diciembre de 2021. Además, se han recopilado las legislaciones nacionales y los manuales de intervención, guías, indicaciones, evaluaciones y planes de acción publicados por los dos organismos multilaterales más importantes en la materia: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un posible riesgo de sesgo tiene que ver con la procedencia de dichas investigaciones empíricas. Estos catálogos solo arrojaron resultados de investigaciones provenientes de Europa y América.

Tabla 1

Artículos hallados según idioma y catálogos

Idioma	Catálogos	Términos del diccionario - thesaurus	Cantidad de artículos total	Cantidad de artículos incluidos
Español y portugués	Redalyc, Ministerio de Ciencia y Técnica (MinCYT), Dialnet y Latindex, SciELO	atención primaria de la salud, psicología, salud mental y primer nivel de atención	92	18
Inglés	ERIC, MinCYT, PubMed	primary health care, psychology, psychologist, mental health, first level, community mental health workers, interdisciplinary work y multidisciplinary work	33	8

La clasificación de los documentos encontrados según catálogo arroja la siguiente distribución: 27 documentos en Dialnet, 11 en ERIC, 16 en PubMed, 22 en Latindex, 26 en el MinCYT (6 en inglés) y 24 en Redalyc, para un total de 125 documentos. Durante el proceso de lectura fueron descartados los siguientes artículos: duplicados (n=50); y que no correspondían al tema de estudio específico (n=49). Quedaron seleccionados para su análisis un total de 26 artículos. Respecto a los que no correspondían al tema de estudio, se dejaron por fuera aquellos artículos que trataban sobre la atención de alguna problemática específica desde el PNA (por ejemplo, escritos que hacían referencia al tratamiento de la ansiedad o el consumo problemático de alcohol desde el PNA). Los estudios encontrados fueron realizados en nueve países: Brasil (n=6), España (n=6), Argentina (n=3), Chile (n=2), Costa Rica (n=2), Bolivia (n=1), Francia (n=1), Reino Unido (n=1) y Estados Unidos (n=1).

A su vez se extrajo de la página web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) un total de ocho documentos. Con respecto a normativas nacionales, la principal herramienta que rige el trabajo del psicólogo en el PNA es la Ley N° 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones) y los decretos y resoluciones reglamentarias que se desprenden de dicha ley.

3.1. Metodología utilizada en el análisis de los documentos

La metodología de trabajo con documentos recolectados fue un análisis documental de contenido interpretativo (Valles, 1997; Urrutia & Bonfill, 2010). Este método responde a tres necesidades: en primer lugar, conocer lo que otros pares científicos han investigado respecto al rol del psicólogo en salud mental desde el primer nivel atención; en segundo lugar, conocer segmentos específicos de información de algún documento en particular; y, por último, conocer la totalidad de información relevante que exista sobre un tema específico (Peña Vera & Pirela Morillo, 2007). Se trata de una operación que consiste en seleccionar ideas relevantes de un documento, a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información contenida en él.

El primer paso del análisis fue realizar una lectura crítica de los textos seleccionados a partir de lo cual se decidió analizar la información recabada sobre la base de cinco categorías analíticas que se aplicaron al análisis exhaustivo de los documentos. De las cinco categorías, cuatro fueron desarrolladas a priori y la quinta (formación de los psicólogos) se agregó a partir del análisis de los documentos, pues era una temática recurrente. Algunos artículos proporcionaron información para más de una categoría.

Tabla 2

Artículos hallados según eje

Eje	Cantidad de artículos
Modalidades de intervención	23
Demanda de atención en el PNA	11
Trabajo interdisciplinario	8
Formación de los/as psicólogos/as	12
Directivas de organismos multilaterales	10

De esta forma, a partir de la revisión sistemática de las investigaciones y los documentos publicados por organismos multilaterales, se reconstruye lo observado acerca del trabajo del psicólogo en salud mental desde el PNA.

3.2. Resultados

Los países con más publicaciones actuales al respecto son Brasil y España (ambos con seis publicaciones en el tiempo consignado). Desde España, Moreno (2015) hace una revisión de las investigaciones basadas en la evidencia sobre políticas de salud mental. Esta autora concluye que las contribuciones de dichas investigaciones han sido modestas y sugiere que, en un futuro, deberían hacerse de forma independiente de presiones externas (sobre todo de la industria farmacéutica) y, además, deberían extenderse los

estudios a la atención primaria y la prevención en salud mental. Lo dicho refiere no solo a España, sino a la Comunidad Europea. En este mismo sentido, Cooper (2003) menciona la importancia de que sean los mismos profesionales de la salud mental quienes realicen investigaciones sobre los servicios sanitarios, abordando cuestiones de salud pública. De este modo, pueden convertirse en promotores de cambios y avances en las estructuras políticas y sociales, fundamentando decisiones políticas y de gestión de la salud mental a nivel institucional, local o nacional.

3.2.1. Modalidades de intervención

En las investigaciones consultadas, hay una coincidencia con respecto a la centralidad de la atención clínica individual en el PNA. Este tipo de trabajo corresponde a acciones de prevención secundaria si seguimos la clasificación propuesta por Caplan (1980). De esta manera, queda relegado a un segundo plano (si existiese) el trabajo interdisciplinario en prevención de la enfermedad y promoción de la salud. También queda por fuera la atención clínica grupal, que resultaría eficaz y eficiente considerando que el PNA es el nivel más masivo.

Con respecto a las modalidades de abordaje sugeridas, los autores coinciden en que debería ser esencialmente integral, psicosocial y dirigirse no solamente al tratamiento de las personas afectadas, sino también a la población general y al trabajo comunitario a través de acciones de promoción y prevención. Sin embargo, las estrategias de intervención están orientadas fundamentalmente a la incorporación de acciones de salud mental a las prácticas de APS más que a la aplicación de los principios de la APS a los procesos de desinstitutionalización psiquiátrica (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Gavilán, 2015; Macedo & Dimenstein, 2012; Minoletti et al., 2012; Moreno, 2015; Parra, 2012, 2016; Saforcada, 2006, 2013; Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007; Uribarri, 2010).

Un organismo muy citado por los investigadores en salud mental es el NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Se trata de un organismo emblemático perteneciente al Reino Unido. Este país posee, desde

la década del 50 y a partir de las políticas llevadas a cabo por Clement Attlee y Aneurin Bevan, un sistema de salud ejemplar. Desde el NICE (2011) aseguran que la salud mental debería ser atendida desde el PNA a través de herramientas como terapias de baja intensidad, como la autoayuda guiada o la consejería, y distintos tipos de terapias psicológicas. Lo que este organismo propone coincide con lo planteado por investigadores españoles (Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008; Moreno, 2015).

En España sugieren que el número de intervenciones previas al alta en el PNA debería ser de entre 3 y 4 intervenciones (Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008; Sánchez-Reales et al., 2014, Moreno, 2015) encontrándose en la práctica un promedio de 3,42 intervenciones (Sánchez-Reales et al., 2014). Este número sugerido refiere a aquellos casos que pueden y deben ser tratados en el PNA; si la patología fuese severa, el caso deberá ser derivado a un nivel de mayor complejidad. Lo que proponen estos autores es ofrecer terapias psicológicas característicamente breves y orientadas a la “utilización de los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema” (Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008, p. 263), en las que cabría la psicoterapia psicodinámica breve, el modelo del cliente como auto-sanador activo, la logoterapia, las terapias conductuales-contextuales de “nueva ola” y la terapia centrada en la solución (González-Blanch, 2009). Estos autores sostienen que las intervenciones realizadas deben ser representativas de los dispositivos de baja intensidad basados en paradigmas de trabajo que surjan de la implementación de programas de salud mental aplicados a contextos comunitarios y para presentaciones psicopatológicas leves y moderadas. Así, se ofrecerá la oportunidad de incrementar el acceso a tratamientos eficaces basados en la evidencia, la intervención temprana y la prevención de problemas de salud mental (González-Blanch, 2009; Moreno, 2015; Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008; Sánchez-Reales et al., 2014).

Por otro lado, en algunas regiones de España y en Bolivia (Camacho-Arce et al., 2009; Luciano et al., 2009) los médicos generalistas son los responsables de la detección y asistencia a los trastornos mentales. Además, ellos son quienes valoran la necesidad de derivación e interconsulta. Estos

modelos, según Moreno (2015), han presentado dificultades y deficiencias en su implementación en la práctica en España, debido a la falta de competencias profesionales específicas. La autora señala que uno de los principales problemas podría deberse a la falta de protocolos destinados al control de estos pacientes, a las deficiencias en la organización de los servicios y a la falta de formación continua y adecuada para los profesionales de atención primaria en estas temáticas.

En la región hay investigaciones publicadas en Chile (Minoletti et al., 2012; Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007), Bolivia (Camacho-Arce et al., 2009) y Brasil (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Dimenstein et al., 2018; Macedo & Dimenstein, 2012; Wenceslau & Ortega, 2017). Lo que los investigadores han observado en estos casos converge: el trabajo del profesional de la psicología se encuentra centrado en la atención clínica individual. Una de estas investigaciones fue de tipo cuantitativo y estimó que el 80% del tiempo de trabajo es dedicado a este tipo de atención (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007). En cada caso, se plantean diversas hipótesis respecto de este fenómeno, pero convergen en nombrar a la formación de grado del psicólogo como una de las causas de lo que han observado. Por otro lado, todos coinciden en que esta situación actual debe ser superada para poder lograr los objetivos planteados para el PNA.

El caso de Brasil es particularmente interesante debido a su sistema de salud. A partir de la Constitución de 1988, se crea el Sistema Único de Salud (SUS). Este sistema cuenta con tres niveles de atención y, al igual que en Argentina, el primer nivel está centrado en la estrategia de APS. Pero, además, a partir del decreto 224 de 1992, se crean los Centros de Atención Psicosocial, que funcionan como una suerte de Primer Nivel de Atención Especializado (PNAE); mientras que, por otro lado, funciona la atención familiar en el PNA, donde no cuentan con especialistas en salud mental (Wenceslau & Ortega, 2017). A su vez, el Ministerio de Salud, a través del Decreto 336 del año 2002, organizó a estos Centros de Atención Psicosocial en tres niveles de creciente complejidad. Esto brinda a la salud mental un lugar mayor (si lo comparamos con Argentina) en las políticas de salud. Por otro lado, diversos autores señalan

los siguientes fenómenos como las principales problemáticas: los trabajadores no tienen directrices sobre su trabajo en los centros; se genera una visión estereotipada de los desórdenes mentales; hay un predominio de la lógica asilar (Dimenstein et al., 2018; Macedo & Dimenstein, 2012; Onocko-Campos et al, 2011; Wenceslau & Ortega, 2017); se evidencia poco o nulo apoyo a las familias (Wenceslau & Ortega, 2017); el personal posee una inadecuada formación de grado para trabajar con las clases populares (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Frateschi & Cardoso, 2016; Macedo & Dimenstein, 2012). Por otro lado, los autores consultados coinciden en que es necesario realizar investigaciones sobre la integración de la salud mental a la APS.

Es paradójico en este punto que, mientras desde Brasil hablan de la incapacidad de los psicólogos para trabajar en atención de la salud mental desde la estrategia de APS, la OMS (2008, 2013) propone priorizar la atención de la salud mental desde el ámbito de la APS, dando como ejemplo el caso brasilero y el británico. Con respecto a Gran Bretaña, la OMS trae datos del programa británico Mejorando el Acceso a la Terapia Psicológica. Este programa, hasta marzo de 2012, ha asistido aproximadamente a un millón de personas, de las cuales 680.000 han completado el tratamiento, con unas tasas de recuperación total del 41% y 45.000 personas recuperadas tras una incapacidad temporal.

En Argentina, las únicas investigaciones publicadas con respecto al trabajo en el PNA por parte de los psicólogos fueron realizadas en la ciudad de Neuquén (Parra, 2012, 2016). La autora afirma que, si bien estas estrategias de intervención se encuadran dentro del trabajo en APS, la mayor parte de ellas están centradas en un aspecto específico de la misma: atención de la demanda asistencial, sin enfatizar otras dimensiones relacionadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Las tareas propuestas para el psicólogo en atención primaria son las visitas domiciliarias, la escucha calificada como facilitador para comprender las necesidades en salud mental (Parra, 2016), las acciones intersectoriales e interdisciplinarias (Parra, 2016; Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007),

la terapia grupal o las terapias breves como modelo asistencial acorde con este nivel de atención (González-Blanch, 2009; Moreno, 2015; NICE, 2011; Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008) y los grupos de educación y promoción de la salud y las construcciones en conjunto con el usuario (NICE, 2011; Onocko-Campos et al., 2011; Westheimer et al., 2015).

3.2.2. Demanda de atención en el PNA

Los artículos seleccionados convergen respecto de los siguientes datos: el 75% de las consultas en APS incluyen algún componente de salud mental y un 25% de las personas sufrió algún problema de salud mental en los últimos 12 meses (Ansseau et al., 2005; Moreno, 2015; Norton et al., 2009). Como afirmé anteriormente, un gran porcentaje de esta demanda puede resolverse en este nivel de atención sin necesidad de recurrir a los niveles de mayor complejidad. Luciano et al. (2009) encontraron que, de un total de 3.815 pacientes en 77 centros de atención primaria de Cataluña, el 45,1% padeció al menos un trastorno mental a lo largo de toda su vida y el 30,2% presentó al menos un trastorno mental en los últimos 12 meses. Al igual que la OMS (2013), este estudio puso de manifiesto que las patologías más comunes encontradas en atención primaria fueron depresión, trastorno de pánico, fobia específica y trastornos de ansiedad generalizada. El grupo farmacológico más usado para la atención fueron las benzodiazepinas, es decir, ansiolíticos (Moreno, 2015).

Desde Texas en Estados Unidos, Westheimer et al. (2015) indican que la mitad de los casos de trastorno de ansiedad y depresión arriban al PNA. A su vez, también sostienen que este nivel demostró ser eficaz para el tratamiento de esta problemática, presentando un cambio en la concepción del tratamiento y volviéndose más integral por la participación de otros agentes además del psicólogo y el otorgamiento de un rol más activo al paciente. Según estos autores, ello se logró a partir de que en el año 2002 se creó una comisión especial, la New Freedom Commission on Mental Health. En el informe final, dicha Comisión indicó que para mejorar la atención de la salud mental se debía: generar una mejor coordinación entre los distintos niveles de atención,

formar permanentemente al personal (habiendo demostrado previamente su falta de capacitación) y brindar atención y asesoramiento a los familiares o convivientes de la persona que esté en tratamiento. Por otro lado, los autores señalaron como principal fortaleza de integrar a la salud mental en la atención primaria una mayor y mejor comunicación paciente-equipo de salud. En este caso, sucedió aquello que proponía Cooper (2003), ya que fueron los mismos actores que trabajaban en salud mental desde el PNA quienes investigaron para proponer modificaciones superadoras.

Las investigaciones convergen en observar una demanda esencialmente asistencial y algunos ven en esto uno de los principales desafíos, es decir, la difícil articulación del trabajo clínico con la perspectiva comunitaria (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Moreno, 2015; Oliveira et al., 2017; Parra, 2012, 2016; Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008).

3.2.3. Trabajo interdisciplinario

Respecto al trabajo interdisciplinario, investigaciones referentes a la temática indican que en el PNA el trabajo interdisciplinario es recomendado, pero no realizado; en el mejor de los casos, se realizan interconsultas (Saforcada, 2006, 2013; Uribarri, 2010; Gavilán, 2015). Esto que encontramos podríamos titularlo, siguiendo a Follari (2014), “interdisciplina de baja intensidad”. En los ámbitos en los que este tipo de abordajes es realizado, como el caso de Costa Rica, se observa que la interdisciplina “permite un mayor reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica, mejora las técnicas de abordaje y tratamiento, incrementa el balance costo-beneficio y, probablemente, disminuiría la brecha de tratamiento” (Millán-González, 2014, p. 150).

La interdisciplina, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad permitirían escapar del modelo de la psiquiatría tradicional (Moreno, 2015) o, como preferimos decir en América Latina, el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), que asocia la “salud mental” a términos de carácter psicopatológicos, poniendo mayor atención sobre condiciones bien establecidas y de importante complejidad y/o severidad.

En contraposición con los modelos psicopatológicos biomédicos más tradicionales, surgen propuestas y enfoques integradores. Uno de estos es el modelo transdiagnóstico (Moreno, 2015), que pretende organizar los aportes provenientes de estudios empíricos de diversas disciplinas como las ciencias biológicas y las ciencias del comportamiento para explicar los procesos psicopatológicos que se encuentran en la base de distintos cuadros o trastornos.

3.2.4. Formación de los psicólogos

Las perspectivas teóricas que orientan el accionar de los psicólogos son, en Brasil y en Argentina, de influencia psicoanalítica. La mayoría de los profesionales reconoce no tener formación específica ni de grado ni de posgrado en APS (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Macedo & Dimenstein, 2012; Parra, 2012, 2016), lo que genera dificultades en la práctica. Reyes (2011) afirma que, en el caso de Costa Rica, no se cuenta aún con un perfil de profesional en el área de la psicología de la salud en las distintas instituciones que conforman el sector sanitario. Ello deviene en dificultades en la incorporación de la salud mental en el sistema sanitario. En Chile y España también observan una centralidad del dispositivo clínico en APS (Minoletti et al., 2012; Moreno, 2015; Scharager et al., 2007), pero no identifican un marco teórico en particular.

Al respecto, Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se preguntan si el psicólogo en atención primaria debería ser un psicólogo clínico. Se contestan los autores: “Nada lo excluiría, pero el perfil del psicólogo de atención primaria no sería el de un psicólogo clínico como especialista, orientado a la salud mental” (p. 262). Como se sostuvo anteriormente, la clínica y la prevención secundaria son necesarias en la APS, pero deben ser una parte (y no el todo) de las tareas que ocupen al psicólogo.

Algunas investigaciones hacen hincapié en una tendencia hegemónica de formación en la atención de la enfermedad, dejando por fuera el trabajo con la protección de la salud (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Moreno, 2015; Parra, 2016). Esto no solo se da en psicología, sino también en la formación de

otros profesionales de la salud; y viene siendo cuestionado por la OMS (2001, 2013). Específicamente en Argentina, el cambio en la formación de los profesionales en salud mental forma parte de la Ley N° 26.657 (artículo 33). En esta línea, Boarini y Francisconi Borges (2009) sugieren que “la salud mental debe ser incluida en los programas de formación con cursos de actualización destinados a mejorar la efectividad en el manejo de los trastornos mentales en los servicios de salud” (p. 605).

3.2.5. Directivas de organismos multilaterales sobre el trabajo en salud mental desde la estrategia de APS

Es de esperar, *a priori*, que los dos organismos consultados converjan en sus discursos debido a su historia, sus fines y los países que la componen. La OPS es el organismo multilateral en salud más antiguo del mundo y la OMS nace a su imagen y semejanza. En ambos tienen un peso decisivo los países centrales y sus sedes se encuentran en el corazón de ellos: Ginebra (OMS) y Washington, D.C. (OPS). De hecho, hoy se considera a la OPS el brazo americano de la OMS. Los resultados confirmaron esta correspondencia.

Desde los dos organismos multilaterales, se remarca como un problema principal la inexistencia de protocolos o indicaciones de trabajo para los profesionales en el PNA, aunque existen protocolos que indican cómo abordar problemáticas específicas relacionadas con la salud mental (OMS, 2013), como alcoholismo, depresión, violencia intrafamiliar, violencia de género, etc. Al respecto, la OMS (2013) y la OPS (2009) afirman que la inexistencia de protocolos e indicaciones para la atención de la salud mental en el PNA dificulta el trabajo, no quedando en claro para los trabajadores qué es lo que deben realizar. De esta forma, la OMS plantea la creación de protocolos como un objetivo a realizar al menos por un 80% de los países miembros para el año 2020. Para dar datos más exactos: más del 40% de los países carecen de políticas de salud mental, más de un 30% carecen de un programa de salud mental y más del 25% carecen de medicación psiquiátrica básica en atención primaria (OMS, 2013). Las necesidades de tratamiento para los problemas de salud mental hoy en día no están cubiertas en la mayoría de los países,

principalmente en aquellos en vías de desarrollo. En este mismo sentido, Hamid et al. (2008) refieren que la mayoría de los países carecen de expertos en políticas de salud mental o de los recursos necesarios para diseñar sus propios instrumentos de evaluación de políticas y sistemas.

También estos organismos brindan datos de fuente primaria acerca de los beneficios que integrar la salud mental a la APS trae. Estos datos convergen con los presentados anteriormente. Según la OMS (2001, 2008, 2013), el 80% de los casos pueden resolverse trabajando en el PNA, mejorando el acceso y la atención integral gracias a la presencia de otros profesionales en el centro de atención y reduciendo los costos.

La legislación argentina (Ley N° 26.657), si bien no habla de protocolos, refiere a la ya mencionada necesidad de adaptar la formación de grado de los profesionales de la salud para poder llevar a la práctica dicha ley (artículo 33). Se debe tener en cuenta que esta ley define a la salud mental de forma compleja, saliéndose del modelo biomédico (artículo 3) y pone énfasis en un tratamiento comunitario, antimanicomial (artículo 27) y centrado en la estrategia de APS (artículos 8 y 9).

Con respecto al recurso humano y el uso de medicamentos en el PNA, las normativas existentes nacionales (Ley 26.657; Ministerio de Salud de la Nación, 2016) y las recomendaciones de organismos internacionales (OPS, 2009; OMS, 2013) exigen la presencia de psicólogo, trabajador social, enfermero, psiquiatra y medicamentos psicotrópicos. En caso de ser necesaria una internación, el paciente deberá ser derivado a un Hospital General, que puede corresponder al Segundo o Tercer Nivel de Atención.

Las políticas y sistemas de salud mental comenzaron su proceso de reforma hace varias décadas. Se atravesaron distintas etapas con el objetivo de cambiar, principalmente, la tradicional estructura de los manicomios y defender los derechos humanos de los enfermos mentales. Se podría citar como puntapié inicial la Declaración de Caracas (OPS, 1990). En este sentido, la reforma psiquiátrica se ha considerado como un proceso de “desinstitucionalización”, transformación del hospital psiquiátrico e implantación

de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia. En este sentido, desde la OMS (2001, 2013) se considera que la legislación en materia de salud mental aporta a los países y regiones un marco normativo consistente y de continuidad a largo plazo. Las leyes específicas orientan las políticas y estrategias que consolidan los principios, valores, metas y objetivos fundamentales para la ejecución y la articulación de programas y prácticas concretas en el ámbito de la salud mental. Por esta razón, la OMS (2013) y la OPS (2009) exigen a sus países miembros la creación de leyes y planes de acción que especifiquen las políticas en salud mental.

Lo que se ha descrito hasta aquí se trata de una abogacía por la salud (Saforcada et al., 2010); es decir, de la creación de marcos jurídicos que beneficien el desarrollo de políticas y prácticas en salud. Queda por fuera la especificación de herramientas teóricas y prácticas, tanto en un nivel macro (los Estados miembros de estas organizaciones) como en nivel micro (los trabajadores de la salud mental). Resulta atípico encontrar esto último en los documentos de estos organismos. Sin embargo, hay algunas recomendaciones centradas en la inclusión de la salud mental en el PNA (OMS, 2001, 2013, 2015; OPS, 1990, 2009) y el cierre de los manicomios (OMS, 2013, 2015; OPS, 1990).

La Organización Mundial de la Salud (2008) ha explicitado los siguientes lineamientos como mejoras para la atención de la salud mental:

Lo que debe hacerse es bastante claro. Los grandes hospitales psiquiátricos deben cerrarse y en su lugar, el tratamiento de la salud mental debe ser provisto por los centros de atención primaria de la salud y otros dispositivos basados en la atención comunitaria. Para que esta transición sea exitosa, los trabajadores del primer nivel de atención deben ser preparados y ayudados por los niveles más especializados de atención. Como este trabajo demostró, tratar las problemáticas de salud mental lo antes posible, de forma holística y cerca del lugar donde el paciente reside genera los mejores resultados. Además, la atención

primaria de la salud mental genera incomparables oportunidades para la prevención de los desórdenes mentales y la promoción de la salud mental para las familias y comunidades y para la colaboración de otros sectores (p. 9, traducción propia).

Unos años más tarde, la misma OMS (2015) insiste en que “para mejorar los servicios de salud mental no se necesitan tecnologías sofisticadas y caras, sino aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para prestar un paquete integrado de servicios asistenciales” (p. 5). Reconoce, además, que los recursos financieros necesarios para esto son relativamente modestos (OMS, 2015).

Como vemos, estos dos organismos y la Ley argentina confluyen en la necesidad de integrar la salud mental desde una estrategia de APS, con una central importancia del PNA, garantizando la atención comunitaria y ambulatoria desde una lógica desmanicomializadora.

3.3. Conclusiones

En la revisión realizada se encuentran varios puntos de acuerdo en el diagnóstico de la situación. No tantos acuerdos se encuentran con respecto al pronóstico, es decir, respecto de lo que se debe realizar para modificar el estado actual de las cosas. De todas formas, si bien no hay un criterio unánime, tampoco hay propuestas excluyentes.

El principal punto de acuerdo y convergencia es la eficacia y eficiencia del PNA y de la estrategia de APS para la atención de la salud mental. El PNA representa el primer contacto de la población con el sistema sanitario y exige atender a una gran cantidad de personas, por lo que se vuelve imprescindible un óptimo uso del tiempo. Además, promueve el respeto de los derechos humanos, ya que disminuye el estigma y la discriminación y elimina el riesgo de violación de derechos que suele estar presente en los hospitales psiquiátricos. Otro beneficio que los autores convergen en señalar es que se favorece la atención integral de la salud, ya que en el PNA deberían trabajar a la par diversos profesionales. Esto también favorecerá el contacto entre los

profesionales y, de esa forma, un trabajo interdisciplinario. Este trabajo es asequible y rentable, pues estos servicios son menos costosos que los hospitales psiquiátricos, tanto para los pacientes como para las comunidades y los gobiernos. Acudir al PNA implica una intervención temprana que evita la cronificación de los síntomas y genera un menor consumo de psicofármacos. Otra coincidencia entre los autores es la importancia de realizar investigaciones en este ámbito debido a la escasez de investigaciones empíricas en el área.

La OMS y la OPS señalan, además, la falta de profesionales especializados en la materia con la que cuentan los países periféricos, lo que los vuelve débiles a la hora de planificar políticas públicas en salud mental. Las políticas de salud mental describen valores, objetivos y estrategias gubernamentales para reducir la carga que representan los problemas de salud mental y mejorar la salud integral. A su vez, también definen una visión de futuro que orienta las estrategias y el establecimiento de programas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la rehabilitación de personas con trastorno mental y el fomento de la salud mental en la comunidad. En la formulación de políticas se especifican criterios unificados aplicables en los programas y servicios, vinculados a los objetivos, la visión y los propósitos comunes. Además, es necesario el planteamiento de una visión y estrategias integrales, así como la utilización de los recursos existentes para lograr los máximos beneficios y garantizar la prestación de servicios eficaces para quienes lo necesitan. Por esta razón, la abogacía por la salud se vuelve una parte necesaria, aunque no suficiente, para planificar una mejora en los servicios de salud.

Respecto a la práctica actual, los resultados constataron la existencia de una notable brecha entre las recomendaciones y la práctica real, dejando en evidencia importantes déficits en la calidad de los tratamientos ofrecidos. Lo que se observa, entonces, es que los psicólogos en el PNA construyen su trabajo desde un modelo restrictivo individual (Saforcada et al., 2010). Este modelo se caracteriza por tener una estructura monodisciplinar, estar centrado en la enfermedad y descontextualizar al individuo. En contraposición, se puede pensar un modelo social-expansivo (Saforcada et al., 2010) cuando se trabaja

de forma interdisciplinar, donde el eje es el proceso de la salud y se sostiene un enfoque ecosistémico. Al centrarse las intervenciones en un modelo restrictivo individual, la APS queda relegada, realizándose prevención secundaria y no prevención primaria. Para que esto sea posible, es necesario que haya un espacio de consenso y acuerdos en torno a determinados principios, una concepción de salud integral y un posicionamiento ético-ideológico que enmarque las acciones en una praxis acorde con los fines propuestos.

La formación de los psicólogos también fue un punto de encuentro en la literatura revisada. Se cuestionó la formación del psicólogo en Brasil, Argentina y Costa Rica. Poner en el foco la salud implica tener como núcleo el ámbito de trabajo y no el método.

Una formación y un trabajo comunitario debería estar dirigido hacia el fortalecimiento de espacios y prácticas comunitarias generadoras de salud. En este marco, consideramos que la tensión entre la demanda asistencial y la búsqueda de fortalecimiento de lo comunitario no debe ser vista como una contraposición entre “lo clínico” y “lo comunitario”, sino que debería ser pensada desde las intersecciones posibles. En ese sentido, el concepto de articulación, entendido como una conexión parcial, nos puede ayudar a pensar las interfaces entre dos prácticas en permanente constitución que, si bien no son iguales, no dejan de tener puntos de entrecruzamiento y encuentro.

En cuanto a las propuestas para superar la situación, algunos investigadores ponen énfasis en modificar la formación de grado, otros en el tipo de terapias y prácticas que deberían llevarse a cabo en cuanto a la atención clínica individual o el trabajo interdisciplinario (educación para la salud, entrevistas domiciliarias, planificaciones estratégicas) y otros en la organización del sistema de salud (poco presupuesto y falta de protocolos). Como se puede observar, no se tratan de propuestas excluyentes.

Clínicamente, la atención a los problemas mentales en APS es compleja, ya que la forma, intensidad y frecuencia de los síntomas en cada paciente son muy variables. Esta característica amplía el espectro de problemas

psicológicos a los que el profesional debe atender durante el acto clínico, obligándole a ir más allá de las herramientas que puede manejar un solo profesional. De esta forma, el principal problema no es el marco teórico que un profesional sostenga, sino el hecho de que haya un solo profesional para este trabajo, pues no puede exigirse a una sola persona la capacidad de atender las diversas demandas que se presentan en el PNA. De existir la presencia de más de un psicólogo, uno podría dedicarse a la atención clínica individual mientras otro u otros realizan atención terapéutica grupal, entrevistas domiciliarias, planificaciones operativas, educación para la salud junto con otros profesionales, etc.

Por un lado, los datos expuestos, nos enseñan que la respuesta sanitaria no está resultando eficaz; más bien, refleja la necesidad de introducir cambios sustanciales en la manera de tratar los problemas de salud mental. Por otro lado, las estrategias y recursos implementados en otros países (como el modelo español, británico y brasilero), más allá de sus propias dificultades, pueden servir de ejemplo para pensar el desarrollo de planes y estrategias a nivel local que mejoren la puesta en práctica y la calidad de los tratamientos ofrecidos en los sistemas públicos de salud.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. ENFOQUE METODOLÓGICO

La presente investigación constituye un estudio no experimental transeccional descriptivo analítico (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Su abordaje es de corte cualitativo a través de un estudio de caso instrumental (Stake, 1998).

4.1. Objetivos

Objetivo general

- Contribuir al conocimiento sobre la actividad profesional de las psicólogas que trabajan en el primer nivel de atención en centros de atención primaria de la salud.

Objetivos específicos

- Caracterizar las modalidades de intervención de las psicólogas que trabajan en CAPS.
- Analizar las posibles tensiones entre la actividad y el marco normativo y conceptual que diferentes organismos y la comunidad académica proponen.
- Indagar el modo en que las psicólogas articulan su accionar con otros agentes de salud y comunitarios para la prevención de la enfermedad y la protección y la promoción de la salud.
- Analizar las estructuras de inter-agencialidad predominantes en la actividad de las psicólogas en el PNA.
- Indagar a través del discurso de las psicólogas la participación comunitaria en la planificación de las acciones de los CAPS.

4.2. Participantes y corpus

Psicólogas trabajadoras del Primer Nivel de Atención

Se seleccionó una muestra intencional de psicólogas que trabajaban en CAPS situados en el partido de La Plata. Durante la etapa de trabajo de campo (marzo 2018 - marzo 2020), el estado municipal contaba con 46 CAPS distribuidos por todo el partido. Al momento de inicio del trabajo de campo, el

Municipio contaba con 38 psicólogas que se desempeñaban en el Primer Nivel de Atención, disminuyendo ese número a 33 para marzo de 2020. Para cubrir la atención en todos los CAPS, algunas psicólogas trabajaban en dos centros, dividiendo su semana laboral entre ambos. La incorporación de casos siguió la búsqueda de saturación conceptual, guiada por la estrategia del caso negativo que facilita la maximización de la heterogeneidad entre casos.

Las participantes de la investigación eran profesionales con título de psicóloga (1 caso), licenciada en psicología (19 casos) y una médica psiquiatra que ejercían su profesión en el Primer Nivel de Atención en el Municipio de la Plata. Las trabajadoras tenían un promedio de edad de 42 años, con un rango de 30 años (31-61 años). El promedio de antigüedad trabajando en el Primer Nivel de Atención era de 5 años.

El grupo total se subdividió, a los efectos del análisis, en dos subgrupos: uno conformado por psicólogas con formación de posgrado en salud comunitaria (Programa Nacional Médicos Comunitarios) designado como Grupo 2 (G2) y otro grupo sin formación específica en el área, denominado Grupo 1 (G1).

Las psicólogas entrevistadas, para conservar su anonimato, fueron identificadas como Psi 1, Psi 2, Psi 3... Psi X.

Informantes clave

Se seleccionaron referentes y expertos en psicología comunitaria, psicología de la salud y en salud pública con experiencia en gestión, intervención e investigación en el Primer Nivel de Atención. Se realizó una selección de tipo intencional basada en los siguientes criterios: expertos en psicología comunitaria y de la salud, con título de grado en psicología, título de posgrado (Doctorado en Psicología, Maestría en Salud Pública), investigadores, docentes de grado y posgrado y experiencia en intervención y gestión en el campo de la salud mental a nivel local, provincial y/o nacional en el Primer Nivel de Atención. Se entrevistaron cuatro informantes clave que fueron identificados como E1, E2, E3 y E4, haciendo alusión a su carácter de expertos en la temática.

Normativas y recomendaciones jurídicas e institucionales

Se constituyeron dos corpus. Por un lado, en un nivel macro, las normativas nacionales y de organismos multilaterales de los cuales nuestro país forma parte: leyes con sus respectivas reglamentaciones, recomendaciones y planes de acción. Por otro lado, a nivel micro, las producciones escritas elaboradas por la Secretaría de Salud Municipal y los CAPS vigentes durante el trabajo de campo: protocolo de salud mental municipal e informes de acciones realizadas.

4.3. Instrumentos para la recolección de datos

Para la obtención de los datos se utilizaron los instrumentos que se detallan a continuación:

- Entrevista semi-estructurada construida ad hoc destinada a obtener información de informantes clave sobre aspectos relativos a la atención y cuidados en salud mental en el PNA. La entrevista se organizó alrededor de dos ejes: 1) caracterización del trabajo que realizan efectivamente las psicólogas en el Primer Nivel de Atención de acuerdo a la experiencia de los expertos; 2) recomendaciones acerca de las características que debería asumir el trabajo en salud mental en el mencionado nivel.
- Entrevista semi-estructurada construida ad hoc destinada a obtener información de las psicólogas que trabajan en CAPS de acuerdo a los siguientes ejes: caracterización del CAPS, datos personales, trayectoria profesional y laboral, formación (de grado y de posgrado, universitaria y no universitaria), modalidades de intervención en el CAPS, indagación de criterios y concepciones básicas a partir de las que trabaja, tareas y funciones (ver Anexo 2).
- Instrumento de indagación de situaciones-problema, adaptado a partir del Instrumento de Indagación de Modelos Mentales Situacionales, elaborado por Erausquin et al. (2005). A partir de dicho instrumento se busca conocer el modo en que las psicólogas construyen y resuelven situaciones problemáticas en el marco de su actividad en los CAPS. Se trata de una indagación que consta de 10 preguntas alrededor de una “*situación-problema*” que las

psicólogas debían elegir y relatar, tratándose siempre de situaciones que hayan sucedido durante su trabajo en el PNA (ver Anexo 3).

4.4. Procedimientos de obtención de datos

En primer lugar, se seleccionaron y contactaron a los informantes clave a fin de recabar información sobre el trabajo en salud mental en el Primer Nivel de Atención y sobre las normativas internacionales y nacionales relativas a dicho campo. Estas entrevistas se realizaron entre agosto de 2016 y agosto de 2017 y funcionaron como un primer acercamiento y también como un asesoramiento para el diseño de la entrevista en profundidad a realizarse con las psicólogas que trabajan en el PNA en el Municipio de La Plata.

En una segunda etapa se solicitó y se concretó una entrevista con la directora de Atención Primaria del Municipio de La Plata. Se le explicó el objetivo de la investigación y se coordinó un encuentro con la responsable del Programa de Salud Mental. Así se obtuvo el listado de trabajadoras y sus contactos para pautar los encuentros. A partir de allí se procedió a un muestreo intencional.

Se contó con el consentimiento informado por escrito de todas las participantes seleccionadas, comunicándoles las características de la investigación y garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos (ver Anexo 1).

Se entrevistó en forma individual a todas las participantes, en sus ámbitos de trabajo. Se realizó grabación en audio de las entrevistas. En el caso de las psicólogas, al finalizar la entrevista se les solicitó que completen el instrumento de indagación de situaciones-problema de forma oral.

Asimismo, se obtuvo para su lectura y análisis el Protocolo de Salud Mental Municipal elaborado por los trabajadores del municipio.

4.5. Procedimientos de análisis y elaboración de datos

Para realizar el análisis de los datos se transcribieron las respuestas obtenidas de los participantes en las entrevistas y en el instrumento de indagación de situaciones-problema, para luego proceder a su codificación y

categorización. Estos materiales juntamente con el corpus documental (normativas) se procesaron en el software Atlas.ti.

Las entrevistas a informantes clave se analizaron considerando dos ejes principales: 1. caracterización del trabajo del psicólogo en el Primer Nivel de Atención; 2. recomendaciones acerca del trabajo en salud mental en el Primer Nivel de Atención.

Para proceder al análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a las psicólogas, se utilizó la teoría de la actividad como herramienta hermenéutica. El corpus fue analizado entonces considerando los seis componentes que, de manera interrelacionada, conforman un sistema de actividad (Engeström, 2008, 2020): las psicólogas como sujetos de la actividad, los artefactos de mediación, los objetivos, la comunidad, la división de tareas y las reglas. Asimismo, resultó central en el abordaje del sistema la consideración de sus contradicciones.

Para el análisis de las respuestas obtenidas en el instrumento de indagación de situaciones-problema se realizó una adaptación de la matriz de análisis complejo propuesta por Erausquin et al. (2005). En el Anexo 4 se sintetizan las dimensiones, ejes e indicadores considerados (Erausquin & Zabaleta, 2014). La matriz incluye seis dimensiones: situación problema, intervención profesional, herramientas, resultados, aprendizaje y modificación de la intervención. Cada dimensión incluye entre dos y cinco ejes a analizar los que, a su vez, tienen cuatro indicadores cada uno. Se trata de un nivel de medición ordinal en el que el orden creciente del indicador (1 al 4) refleja cómo la psicóloga analiza la situación problema. En cada uno de los ejes analizados, el primer indicador implica una visión reduccionista de la situación problema y el último supone una perspectiva que tiene en cuenta el contexto, la complejidad y las distintas variables que intervienen en ella. Se calculó el porcentaje de respuestas en cada indicador, tanto para el grupo total como para los dos subgrupos considerados: el subgrupo con formación de posgrado específica (G2) y aquel sin dicha formación (G1).

Asimismo, se realizó un análisis adicional en relación con la comparación entre los dos grupos. Se estimó para las seis dimensiones de cada uno de ellos la media, la mediana y el desvío estándar⁷. Se calculó si existían entre ambos grupos, diferencias que alcanzasen significación estadística, utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney a través del software para análisis de datos cuantitativos Jamovi⁸. Se tuvo en cuenta que el tamaño muestral (pequeño en este caso) puede afectar la potencia de la prueba para detectar una diferencia. Los resultados obtenidos en este análisis se representaron gráficamente a través de diagramas de caja y bigotes o box plot. Un box plot es un gráfico utilizado en estadística para representar la distribución de un conjunto de datos numéricos y mostrar la presencia de valores atípicos. Proporciona una visión rápida y concisa de la mediana, los cuartiles, el rango intercuartílico y los valores extremos de un conjunto de datos.

El conjunto de los procedimientos de elaboración y análisis de datos permitió construir acercamientos sobre las cuestiones indagadas en la presente tesis.

4.6. Consideraciones éticas

En la presente investigación se consideraron los lineamientos establecidos por diferentes leyes y regulaciones. Se consideró la Ley N° 11.044 de la Provincia de Buenos Aires que regula la investigación en salud. Se contempló también lo establecido por la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (Ley 25326) que regula el tratamiento de datos personales y la privacidad de la información. Por último, se tomaron en cuenta los lineamientos dados por CONICET para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades (Res. N° 2857/06) y los procedimientos recomendados por la American Psychological Association.

Las psicólogas participantes recibieron información respecto de las características y propósitos del estudio, brindando su consentimiento libre e

⁷ Se transformaron las variables ordinales en variables numéricas.

⁸ The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

informado. Se trataron con respeto los valores y las concepciones de las participantes. Se protegió su identidad, garantizando el anonimato.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS: LA PALABRA DE INFORMANTES CLAVE

El análisis de lo obtenido en las entrevistas realizadas a informantes clave, referentes y expertos en el campo de la psicología comunitaria, considerará, tal como se indicó en el capítulo 4, dos ejes principales: 1. caracterización del trabajo del psicólogo en el Primer Nivel de Atención; 2. recomendaciones acerca del trabajo en salud mental en el mencionado nivel.

5.1. Caracterización del trabajo del psicólogo en el PNA

Al momento de caracterizar el trabajo del psicólogo en el PNA los entrevistados coincidieron en que el psicólogo en APS centra sus trabajos en un paradigma individual restrictivo (opuesto a la estrategia de APS), ocupando la mayor parte de su tiempo en terapias individuales. Si bien argumentaron que la situación podía variar de un municipio a otro (recordemos, los CAPS son de gestión local), coincidieron en que el modo de trabajar del psicólogo suele centrarse en la clínica individual con un marco teórico psicoanalítico.

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

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

Esta modalidad de intervención no sólo es la propuesta por los profesionales sino también la demandada por los usuarios:

E2: El usuario interioriza mucho el modelo profesional, o sea, en el caso de la medicina Eduardo Menéndez lo vio bien porque introdujo un concepto que es el modelo medico hegemónico, que es como la sociedad interioriza el modelo de contención y prácticas de los médicos. Es decir, va al hospital o al centro de salud cuando le pasa algo, espera que el médico le recete algo, no se involucra, no se responsabiliza, no efectúa una labor de contralor colectivo de lo que puede ser un centro de salud en un barrio. En fin, ese modelo individualista, liberal, está presente en muchos profesionales y la sociedad lo interioriza como tal también. Entonces cambiar la imagen que uno puede tener de un profesional ya sea un psicólogo o un médico, requiere un cambio cultural, y que empiece a ser demandado para hacer cosas distintas que aquellas para las que fueron tradicionalmente formados.

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

Como vemos, las descripciones convergen. A su vez, los expertos coinciden también respecto a las principales causas de este fenómeno. Mencionan entre ellas a la formación de grado y de posgrado de los psicólogos y al tipo de directivas emanadas de los Municipios en relación con este trabajo. En menor medida, sugieren que influye también la demanda y la perspectiva que el usuario tiene del CAPS, al que homologan con un hospital.

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

E4: Esto se debe a una corriente fuertemente instalada en el país que homologó psicólogo a psicoanalista y la psicología como profesión liberal. Es probable que esto sea así, también en equipos de orientación escolar, por ejemplo. Es que si no han tenido otra formación y no manejan otra teoría. Yo sé perfectamente lo

que hago y pienso cuando voy a supervisar un CAPS. Pero si nunca en la vida estudiaste otra cosa estas usando el sentido común, no te queda otra. O, los más brillantes, digamos, utilizan elementos de la teoría psicoanalítica que son muy útiles y los reprocessan para pensar otro tipo de prácticas.

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

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

Se observa aquí como, si bien tienen en cuenta que este fenómeno tiene múltiples aristas, centran sus argumentos causales en la formación de los psicólogos y en una concepción individual restrictiva de la salud.

Otro rasgo señalado y que converge generando como efecto un tratamiento reduccionista de la salud son las directrices de los gestores de los CAPS. Estas se centran en una indicación de atención clínica individual, alejándose de aquellos modos de intervención que se han mostrado más eficaces y eficientes para el trabajo en comunidad.

A su vez, los cuatro entrevistados coincidieron respecto a las consecuencias de la implementación de modalidades restrictivas de intervención en el PNA. Por un lado, se tiende a producir el abandono del tratamiento por parte del paciente. Por otro lado, en caso de que el paciente sea tratado bajo esta modalidad terapéutica, surge el problema de las “altas institucionales”. Este último concepto implica que el profesional brinda el alta no porque el paciente haya sido curado, sino porque no puede dedicarle más tiempo y debe atender a otros pacientes, aun siendo consciente de que la persona a quien le da el alta debería continuar el tratamiento. Estas modalidades se instituyen desde el nivel central (en este caso las secretarías de salud municipales) y lo que buscan es poder acceder a mayor cantidad de población, pero al costo de interrumpir tratamientos que debería continuar. Así, las opciones que se presentan como dicotómicas forman una encerrona

trágica: trabajar con una población reducida brindándole el servicio que se considera es el adecuado o tratar de incluir a toda la población, pero brindándole un servicio deficiente. Ante esta disyuntiva es que se propone como alternativa trabajar con grupos y/o modalidades terapéuticas breves para poder abarcar un universo mayor sin utilizar herramientas que no son eficientes en el corto plazo.

E1: Vos pensá que si hablas con psicólogos y psicólogas que trabajen en el primer nivel de atención te van a decir que los pacientes son inanalizables. O que no tienen adherencia al tratamiento, o sea que van una o dos veces y no van más. Y no salen de ahí. Bueno, en esos casos de poca adherencia al tratamiento, si vos vas y hablas con la gente te va a decir: "lo que pasa es que yo deje porque la psicóloga no me habla". O terminan dando un "alta institucional". El "alta institucional" es un delito que está tipificado en el Código Penal. Algún día va a terminar preso algún psicólogo. Eso pasa mucho también en los hospitales. Y además los psicólogos suelen derivar al paciente a su consultorio particular o el de un amigo.

Entonces, los expertos entrevistados coinciden en describir la actividad del psicólogo en el PNA como una tarea centrada en un modelo restrictivo individual y de corte psicoanalítico. Esto genera dificultades dobles: por un lado, los usuarios no siempre están conformes con ese servicio y hay poca adherencia al tratamiento; por otro lado, cuando el análisis logra instalarse, hay pocos recursos para brindar un derecho humano (el acceso a la salud), el cual, por definición, debe ser para todos los seres humanos. En consecuencia, se genera un *triage* donde el tiempo es la única variable y quienes superen dichos límites obtendrán un "alta institucional".

5.2. Recomendaciones acerca del trabajo en salud mental en el PNA

En este eje, los cuatro entrevistados coincidieron en señalar que lo más importante que deberían hacer los psicólogos en el CAPS son terapias grupales y, en lo posible, hacerlo por fuera del CAPS, es decir, en la comunidad.

Para el trabajo clínico sugirieron utilizar técnicas de aconsejamiento psicológico o *counseling* (anglicismo con el que suele ser llamado el aconsejamiento psicológico). Esto entra en línea con lo recomendado en varios

países occidentales, como se señaló en el capítulo 2. Se le proponen al usuario un número reducido de encuentros, por ejemplo, dos o tres. La experiencia enseña que, teniendo en cuenta la demanda de los usuarios en el PNA, trabajar de este modo permite solucionar entre el 80 y el 90 % de los casos. Posibilita diagnosticar y prescribir distintos tratamientos de ser necesario, lo que puede ser dentro del PNA o bien necesitar una derivación al segundo o tercer nivel de atención.

Por otro lado, hicieron hincapié en la importancia del trabajo con la comunidad en APS y el rol clave que en ello tendría el psicólogo pudiendo incorporar la dimensión subjetiva en la participación y planificación comunitaria.

Ante la pregunta “¿Qué debería hacer el psicólogo que trabaje en el PNA?” se obtuvieron las siguientes respuestas:

E1: Para empezar uno no puede tener a un solo psicólogo. Y yo creo que ese más de uno, aunque sea uno debería: el 70% del tiempo tiene que estar en la comunidad, caminando con la gente, pasando por las casas, por las organizaciones del barrio; y un 20% o 30% del tiempo tiene que hacer consultorio. En el primer nivel de atención tiene que trabajar con técnicas grupales, tiene que trabajar fundamentalmente con aconsejamiento psicológico, o sea con gente que el 70% no están enfermos, son personas con problemas de la vida. Hacer el counseling, te permite o te ayuda a tener destrezas para solucionar problemas de la vida que por no tener destrezas te condujeron a eso. Pero para eso tenés que ser psicólogo. También tenés que hacer terapia multifamiliar. Son muy útiles estos grupos.

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

E4: Mi posición es que el psicólogo en el sistema de salud no debe atender psicopatologías específicamente, sino incorporar la dimensión subjetiva en la práctica de la salud, que el modelo medico hegemónico ha colocado por fuera. Un CAPS debe tener un programa de acción participativo y en red con la comunidad en la cual trabaja. Ahí le corresponde al psicólogo pensar qué acciones tomar.

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

Solo uno de los entrevistados dijo haber observado una sola vez a un psicólogo trabajando en APS utilizando estas herramientas que, según los expertos consultados, son las que mejor funcionan para trabajar en este contexto. Enseñando el caso como un “caso negativo”, es decir, como un caso que se muestra distinto al comportamiento estándar.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a expertos se pueden señalar los siguientes rasgos del trabajo del psicólogo en el PNA:

- Falta de adecuación del trabajo que realiza el psicólogo respecto a lo que los marcos teóricos y normativos sugieren para el Primer Nivel de Atención. Esto se vincula a la preeminencia de las intervenciones individuales por sobre las grupales.
- Prevalencia de la atención clínica en detrimento de las acciones de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, las que deberían constituir el núcleo de este nivel de atención.

Adelantándonos al capítulo siguiente, podemos decir que estas problemáticas indicadas por los expertos las encontramos en el trabajo de campo realizado en el marco de esta tesis. Las entrevistas realizadas y el material que será analizado en el próximo capítulo nos permitirán ejemplificar, pero también profundizar y complejizar estos aportes.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS: LA ACTIVIDAD DE LAS PSICÓLOGAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Este capítulo presenta los resultados derivados de la realización de entrevistas semi-dirigidas a psicólogas que desempeñan su labor profesional en CAPS.

Para la estructuración de esta presentación se considerarán los componentes de un sistema de actividad (ver Figura 3) de acuerdo a lo propuesto por la teoría de la actividad, como una forma de aprehender la complejidad de la realidad humana y la interacción entre los individuos y su contexto. En palabras de Engeström (1996, p. 114):

La teoría de la actividad no es una teoría específica de un dominio particular y no ofrece técnicas ni procedimientos prefabricados. Se trata de un enfoque general, interdisciplinario, que ofrece herramientas conceptuales y principios metodológicos que deberán ser precisados de acuerdo con la naturaleza específica del objeto que se estudia.

Sumado a esto, tal como señala Rogoff (2006), si bien ningún componente de la actividad existe como tal más allá de ella, pueden considerarse separadamente sin perder de vista su interdependencia:

Por analogía, los órganos de un organismo funcionan de manera conjunta con una interdependencia inherente, pero si estamos interesados en destacar el funcionamiento del corazón o de la piel, podemos describir su estructura y funcionamiento, recordando siempre que, por sí solos, los órganos no tendrían dicha estructura ni funcionarían igual... (p. 112)

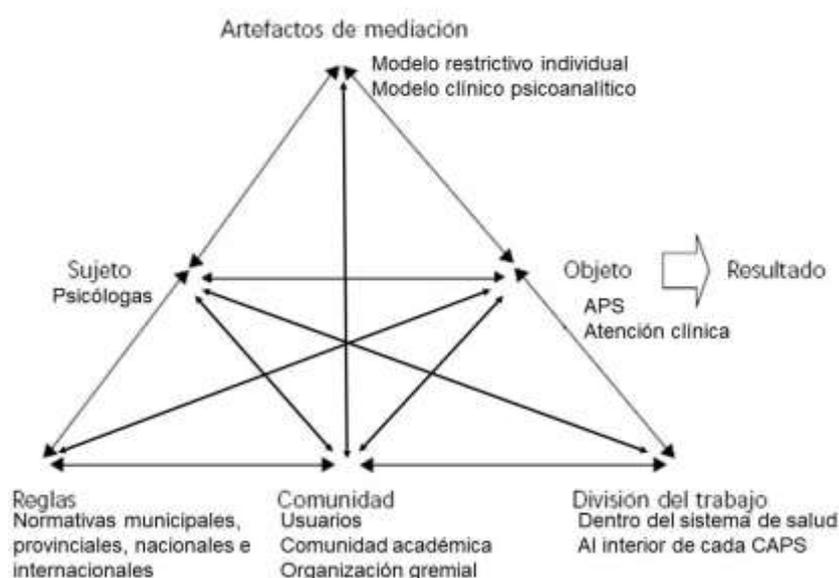
En el caso de estudio de esta tesis, el/los *sujeto/s* serían las psicólogas que trabajan en el PNA, las participantes de este estudio. Poniendo allí el foco sus herramientas materiales y teóricas serán sus *artefactos de mediación* en pos de un *objetivo* que es el brindar un servicio de salud adecuado para los usuarios (*la comunidad*). Estos servicios de salud deben seguir *reglas* propuestas por los directivos municipales, y la legislación nacional e internacional. Por último, la *división del trabajo* será abordada a través del

trabajo interdisciplinario y la forma que esta toma en el PNA. Para analizar esto, la teoría de la actividad nos propone el concepto de *inter-agencialidad*, es decir el trabajo en conjunto e interrelacionado entre distintos agentes. Desde esta teoría cuando se habla de inter-agencialidad se diferencian tres tipos de estructuras: coordinación, cooperación y comunicación reflexiva (ver capítulo 1).

Entonces, el sistema de actividad como unidad de análisis tendrá los siguientes componentes en nuestro caso de estudio:

Figura 6

Sistema de actividad de las psicólogas en el PNA



6.1. Las psicólogas como sujetos de la actividad

O te sumergís en la queja y la depresión de todo lo que no funciona y no anda o tratás de hacer algo

Psicóloga entrevistada

En este trabajo se ha decidido nombrar como sujeto del sistema de actividad bajo estudio a “las psicólogas” para denotar el carácter preponderantemente femenino de las agentes que se desempeñan en el primer nivel de atención.

Para profundizar la caracterización de las participantes realizada en el capítulo metodológico es necesario señalar algunas condiciones materiales que operan como restricciones de la actividad. En el momento en que se realizaron las entrevistas, las psicólogas ejercían su labor bajo tres modalidades distintas de contratación: empleada municipal de planta permanente y dos modalidades que implican tercerización y precarización laboral de las trabajadoras: contratos mensuales con el Municipio de La Plata y becas del Programa Nacional Médicos Comunitarios. Sólo en la primera condición mencionada se gozaban de los beneficios de una trabajadora registrada.

Por otro lado, el Municipio había decidido el año anterior a que se comience el trabajo de campo de esta tesis (2016) compensar los bajos sueldos reduciendo las jornadas laborales, pasando de trabajar cinco días a la semana a hacerlo cuatro (6 horas cada día). En el caso de las psicólogas que se desempeñaban en dos CAPS concurrían dos veces por semana a cada uno de ellos. Este problema se agravaba en el caso de las psicólogas que trabajaban con una Beca del Programa Médicos Comunitarios. En 2016, el Gobierno Nacional decidió dar por finalizado dicho Programa de forma gradual y por esto dejó de otorgar aumentos de sueldo desde marzo de 2017. Cada Municipio debía entonces decidir si les aumentaba el sueldo manteniendo su condición de contratación o si las incorporaba a la planta permanente como empleadas municipales. En el Municipio en que se llevó a cabo este estudio se decidió ir incorporando a las personas que estuvieran dispuestas, pero no se les estableció un plazo para esa incorporación, por lo que quienes aceptaran tampoco sabrían cuando serían contratadas. Para mediados de 2018, solo se había contratado a una persona que era parte de dicho Programa, dos habían renunciado y al resto se les redujo a tres la cantidad de días a la semana en que debían prestar sus servicios.

Se puede afirmar entonces que durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo correspondiente a la presente tesis se produjo un ajuste presupuestario y de factor humano que afectó al PNA, reduciéndose la presencia y capacidad de agencia del Estado en este nivel.

Respecto a las condiciones laborales las entrevistadas manifestaron no estar conformes con el salario que percibían y con la inexistencia de una carrera profesional dentro del municipio, haciendo una comparación con la “carrera hospitalaria” existente en la jurisdicción provincial. El bajo salario hacía que debiesen completar el trabajo en el CAPS con otras inserciones laborales. La inexistencia de carrera hospitalaria implica que el cargo y el salario serán siempre los mismos, más allá de los aumentos que puedan obtener y el pago por la antigüedad. La carrera hospitalaria en el ámbito de la provincia se vincula a los concursos para acceder a cargos como jefe de sala o jefe de servicio. Un dato importante para comprender el marco en el que se hace esta comparación es que al ser la ciudad en la que se realizó el trabajo de campo la capital de la provincia cuenta con 15 hospitales provinciales y muchos psicólogos trabajan allí. La comparación entre trabajar teniendo como empleador al estado municipal o provincial se vuelve, entonces, evidente y cotidiana.

Otro aspecto relevante que considerar es la formación de las psicólogas. Todas contaban con el título de grado de Licenciadas en Psicología obtenido en una universidad pública nacional. Sólo tres de ellas contaban además con formación de posgrado ya que habían realizado el “Posgrado en Salud Social y Comunitaria” que brindaba el ya extinto Programa Nacional Médicos Comunitarios, organizado por el Ministerio de Salud de la Nación, enmarcado en el Programa Nacional previamente mencionado y obligatorio para quienes poseían una beca en dicho Programa. Dicho Posgrado (así era titulado), funcionaba de una forma similar a las Especializaciones de Posgrado que otorgan las Universidades Públicas de nuestro país: el posgrado consistía en 12 módulos (materias) y la entrega de un trabajo final, para lo que se preveía en el Plan de Estudios una duración de 2 años. Además, el Programa Médicos Comunitarios ofrecía “Capacitación Permanente en Servicio” que consistía en una oferta de cursos (de carácter no obligatorio) y jornadas de encuentro y reflexión. Por otro lado, seis psicólogas informaron que continuaban su formación de posgrado integrando una escuela psicoanalítica lacaniana en la que asisten a cursos en atención clínica de adultos con dicha orientación.

Respecto a si contaban con trabajos adicionales, nuevamente aquí coincidieron todas las entrevistadas: consultorio privado. También coincidieron, evidentemente, en la necesidad del pluriempleo, ya que el sueldo municipal no era suficiente. Otras psicólogas también eran empleadas en clínicas y centros de día privados, siempre trabajando en la atención clínica.

Por último, fue un problema señalado la inexistencia de un sindicato específico que les permita articular sus reclamos. Una psicóloga contó una experiencia previa, en la que se organizaron las psicólogas del municipio para reclamar un aumento de sueldo, lo que concluyó con varias de ellas despedidas. En el momento de realización de las entrevistas las psicólogas estaban tramitando su afiliación a un sindicato específico de trabajadores de la salud: CICOP. Una de las psicólogas que estaba articulando con CICOP para integrar a las trabajadoras municipales comentó:

Psi 2: nos perjudica en este momento que dentro de la Municipalidad no tenemos carrera profesional. No se nos jerarquiza por los años de antigüedad o las tareas de investigación que realizamos, cosa que es bastante compleja porque depende de cada uno. A mí me interesan muchas cosas, leo. Pero hay gente que no le interesa en lo más mínimo y a nadie le importa nada, una vez que estas en planta permanente es todo lo mismo. Nosotras en este momento tenemos un sueldo de 13 mil pesos, menos del mínimo que puso el gobierno.... No creo que recibamos reconocimiento por parte del Municipio, sí del lado de mis colegas y compañeros dentro del Centro de Salud, que son los que muchas veces me derivan pacientes y eso es depositar confianza en el otro. Pero desde el Municipio da igual, no saben si sos psicólogo o trabajador social.

Uno de los argumentos más repetidos (y con mucha coherencia) era que los médicos municipales cobraban un salario mayor, teniendo la misma carga horaria, rompiendo el principio constitucional de “igual remuneración por igual tarea” (Constitución Argentina, 1994, artículo 14 bis), siendo que consideraban que la tarea era la misma: empleados municipales profesionales en CAPS. Este dato, en línea con el nombre del Programa Nacional Médicos Comunitarios (a pesar de ser para trabajadores de la salud comunitarios, no sólo para médicos), son dos indicadores de la centralidad que tiene la corporación médica en el sistema de salud. Retomando la idea de campo de la

salud (Bourdieu, 2011; Spinelli, 2010) como un espacio de conflicto y pugna de poder, podemos decir que hoy en día la medicina y sus agentes juegan un rol central y muchas veces hegemónico. En el caso de la planificación de las políticas públicas en salud a nivel municipal podemos afirmar esta hegemonía: 42 de los 45 directores de CAPS son médicos, los últimos 4 secretarios de salud también. Este dato no es inocuo y tiene sus consecuencias prácticas, la medicina (al igual que la psicología) centra sus estudios sobre la enfermedad (a excepción de unas pocas especialidades como la pediatría, medicina general o medicina de familia), lo que genera dificultades al momento de trabajar con la salud como es la propuesta de la atención primaria. Como dijo una de las psicólogas entrevistadas:

Psi 1: “yo creo que acá hay que poner el cuerpo. Si estás buscando la molécula que genera no sé qué, entonces no estas para el Primer Nivel de Atención”.

Volveremos sobre este punto más adelante al referirnos a las órdenes que los directores de los CAPS definen en relación con el trabajo de las psicólogas.

6.2. Los artefactos de mediación como “armas para trabajar en la trinchera”

Los artefactos pueden considerarse “productos de la historia humana que son simultáneamente ideales y materiales” (Cole, 1995, p. 115). Recordemos que son centrales en la teoría de la actividad como mediadores en la interacción entre el sujeto y el objeto. Las modalidades de intervención implementadas por las psicólogas en los CAPS pueden considerarse como sus artefactos mediadores, con dimensiones materiales y simbólicas, para el logro de ciertos objetivos y la producción de determinados resultados.

Primeramente, será necesario distinguir lo que representa un modelo y una modalidad de intervención. Los modelos son un puente que permite convertir la teoría en prácticas, con las cuales tendrán una relación recursiva: los modelos son efectos de la teoría, pero a la vez son necesarios para consolidar y/o modificar dichas teorías (Tejedor, 1985, citado en Erausquin et

al., 2017). Los modelos son efecto o consecuencia de las teorías, pero también es necesaria la existencia de modelos para configurar, transformar o consolidar las teorías. Vamos a referirnos a los modelos de intervención como estrategias para conseguir los resultados propuestos. Los modelos son según Bausela Herrera (2004) procesos y procedimientos concretos de actuación, es decir, se pueden considerar como guías para la acción. En cambio, las modalidades son más difusas, dan cuenta de la “diversidad de situaciones y contextos, lo mismo que de la heterogeneidad de los entrelazamientos entre sujetos-agentes y situaciones concretas que contextualizan la intervención” (Erausquin et al., 2017, p. 67). Estas modalidades de intervención pueden ser recurrentes o no, tener inconsistencias, tensiones y giros, que se repiten y que modelan la actividad.

En función de la distinción mencionada, en este estudio se describirán modalidades de intervención de las psicólogas que trabajan en CAPS, recuperando los contextos en que las mismas se diseñan y se implementan y señalando sus alcances y límites.

Estas modalidades de intervención serán leídas a su vez en su vinculación con los dos paradigmas señalados por Saforcada et al. (2010) para pensar a la psicología dentro de la salud pública: un paradigma individual restrictivo y un paradigma social expansivo.

La modalidad de intervención que prevalece en el campo de estudio es la *terapia clínica individual de tipo psicoanalítico*. Si se retoman las taxonomías de los niveles de prevención propuestas por Caplan (1980) y por Ríos y Gómez Fraguera (2007) puede considerarse que el foco de la intervención es la denominada prevención secundaria. Es decir, una actuación reactiva frente al síntoma y no una acción que busque evitar su aparición. Así, no se estaría realizando prevención de la enfermedad ni promoción de la salud. Según lo informado, la demanda de atención proviene de forma espontánea de los mismos usuarios y, en menor medida, de interconsultas derivadas principalmente de ginecología.

Cuando se les pregunta por las modalidades de intervención, las psicólogas coinciden:

Psi 4: *“Psicoanálisis, obviamente. Lo dicho y lo no dicho”.*

Psi 2: *“yo tengo formación psicoanalítica. Trabajo haciendo entrevistas básicamente. Acá no vienen a buscar un psicoanalista, vienen a buscar un psicólogo y a veces no saben qué vienen a buscar [...] yo trabajo mucho con entrevistas psicológicas y con el psicoanálisis básicamente, son nuestras armas para trabajar en la trinchera ja ja”.*

Psi 5: *“Más que nada trabajo acá [el consultorio del CAPS] usando psicoanálisis, pero prestando atención a lo que es el PNA y no el consultorio [atención privada]”*

Psi 6: *“Psicoanálisis, pero no aparece el diván, la camilla en cualquier momento la armo como diván”.*

Psi 17: *“Ya te digo, para mi... no se vos... pero el que hace, estudia, se forma, se capacita y elige el psicoanálisis, casi todo pasa por eso. Incluso la mirada general, todo, como atravesada por esas categorías.”*

Psi 16 [trabaja con la psicóloga 17 y fueron entrevistadas juntas]: *“Si tal cual, la subjetividad. Y después, si te referís a recursos institucionales, hacemos estas planillas... no sé si te referís a eso también... también cuando hay que comunicar algo, un informe a la justicia, por ejemplo... muy personal el trabajo, no es institucional. Han existido espacios de supervisión en el municipio”.*

Esta modalidad de intervención se puede clasificar siguiendo a Saforcada et al. (2010) como *individual restrictiva* al cumplir con los siguientes criterios: es monodisciplinar, se centra en la enfermedad, es el profesional quien determina y guía el tratamiento y es rehabilitadora, es decir, aparece como reactiva a un síntoma.

En el discurso de otras profesionales entrevistadas aparecían mencionados, aunque no especificados, los conceptos de “prevención” y “promoción” en continuidad con la modalidad clínica individual ligada al tratamiento:

Psi 4: *“En el PNA por supuesto que tiene ver con la promoción de la salud y con la prevención de la salud, trabajo desde ese lugar. Con ejercer la escucha que eso es lo que yo más hago. Es estar en el consultorio y recibir la demanda de pacientes que sufren y hacer los tratamientos necesarios”.*

Coincidían en señalar que la atención clínica individual era la actividad en la que se invertía la mayor cantidad de tiempo, aunque se realizasen otras.

Psi 5: *“Más que nada consultorio, pero también voy a escuelas con la ginecóloga y la obstetra, ESI [Educación Sexual Integral]”*

En contraposición, otras profesionales consideraban que la atención clínica no ocupaba mucho tiempo porque la población del barrio no acudía a atenderse. Sin embargo, tampoco refirieron la realización de otro tipo de actividades. Consideraban esta situación como un problema centrado en la comunidad que no demandaba y frente a lo que no podía hacerse nada:

Psi 4: *“no hay demanda y como soy psicoanalista para mi es fundamental. La demanda del paciente, el motus proprio”*

La expresión “no hay demanda” refiere a un concepto psicoanalítico: no hay demanda de análisis, aunque haya una demanda de atención. Sin la puesta en forma del síntoma y la transformación de esa demanda inicial en una razón de análisis, no se dan las condiciones necesarias para que se establezca una terapia psicoanalítica (Bleichmar, 2001). Dicho por otras psicólogas entrevistadas: *“la demanda es muy primitiva”* (Psi 12); *“acá no vienen a buscar un psicoanalista, vienen a buscar un psicólogo y a veces no saben qué vienen a buscar”* (Psi 6).

Algunas de las psicólogas, coincidentemente quienes habían realizado el Posgrado de Médicos Comunitarios, consideraban que esa modalidad de intervención no resultaba ser la que más se ajustaba a los requerimientos del PNA. Sin embargo, era la exigida por las autoridades del Municipio (Secretaría de Salud). Esta exigencia se concretizaba en una planilla que recogía los datos de cada usuario que accedía a la consulta. Dicha planilla se titula “Informe diario de consultorio externo”. Aquellas actividades que no implicaban la atención de pacientes en el CAPS no ingresaban en la estadística oficial:

Psi 6: “En teoría deberíamos tener la parte comunitaria y la atención de pacientes. Lo que sucede, lo que se registra y piden es que atiendas y que atiendas y que atiendas. La parte comunitaria queda de lado”. Ante la repregunta acerca de quien solicita esto, agrega: “y... siempre fue una política, no tanto de acá [CAPS], sino de la Secretaría, de digamos... tener estadística, porque es lo único que se registra. Lo otro no computa, tenemos una planilla de trabajo comunitario, pero queda como circulación interna” [esta psicóloga pertenecía al Programa Médicos Comunitarios].

Asimismo, en las entrevistas realizadas fue posible registrar lo que podría considerarse en un sentido amplio una *modalidad de intervención de tipo comunitario*, no centrada en el tratamiento de la enfermedad o el síntoma. Esta modalidad si bien se acerca más que la anterior al denominado *paradigma social expansivo*, (Saforcada et al., 2010), no se ajusta a él totalmente. En este paradigma la estructura de saber es multidisciplinar, centrado en el proceso de atención de la salud (no de la enfermedad), con una etiología integral, dando lugar a la comunidad en el diagnóstico y la planificación.

Doce de las veinte psicólogas entrevistadas trabajaban en articulación con la escuela más cercana al CAPS brindando charlas, en relación con dos temas principales: violencia escolar y educación sexual integral. En el primer caso, solía acudir la psicóloga junto a la trabajadora social, en el segundo asistía también la obstetra o la ginecóloga (según la disponibilidad de profesionales en cada CAPS). Una de las estrategias referidas para identificar la demanda de los estudiantes era colocar en la escuela una urna en la que los jóvenes podían depositar por escrito sus inquietudes. Según la Psi 16 esta actividad podía iniciarse con la siguiente pregunta: “bueno, ¿de qué quieren que charlemos?”, y dejaban la urna para que los alumnos se expresen de forma anónima. Una vez cada quince días las profesionales del CAPS, acudían a la escuela y delante de los estudiantes abrían la urna y debatían los temas que allí salían.

Seis de las doce psicólogas mencionadas, también realizaban visitas domiciliarias acompañando a las promotoras de salud en programas de vacunación. En dos casos en particular realizaban tareas que eran planificadas

en forma conjunta con los usuarios: cine debate, organización de eventos deportivos o lúdicos y participación en mesas barriales.

Este tipo de modalidad de intervención aparece fundamentalmente mencionada por las psicólogas que habían realizado la Especialización brindada por el Programa Nacional Médicos Comunitarios:

Psi 16: “como es atención primaria y por la beca que tengo yo, si uno tuviera que pensar diría que la intervención es la salida hacia el afuera. Que en realidad lo estamos haciendo: talleres, estamos yendo a escuelas primarias y secundarias. Por lo menos como lo veo yo y las trabajadoras sociales. No nos imponemos, es bueno, ¿de qué quieren que charlemos? ”

Psi 9: “Si, en el aspecto comunitario pasé por varias opciones, digo pasé porque ya no lo hago: de hacer talleres, ir a las escuelas, siempre generalmente todos los aspectos comunitarios”.

Psi 8: “Yo utilizo entrevistas individuales y con familia. Trabajo mucho con la trabajadora social que tiene buena formación, hizo la residencia en Romero. Es muy piola, articulo mucho con ella y con la promotora. Hacemos visitas domiciliarias. También articulamos con otras instituciones”

Otra intervención particularmente interesante que podría situarse en el marco de esta segunda modalidad es la representada por una “Juegoteca” que desde hacía 10 años estaba funcionando en uno de los CAPS. Este espacio había sido creado por una psicóloga y una trabajadora social que ya no estaban trabajando en dicho CAPS al momento de realizarse las entrevistas, ambas pertenecientes al Programa Médicos Comunitarios. La psicóloga que había creado la Juegoteca es hoy la responsable del programa de salud mental dentro del municipio. Dicho cargo no existe en el organigrama, pero tiene la función de hacer de nexo entre la Secretaría de Salud y las psicólogas que trabajan en el Primer Nivel de Atención. Según la psicóloga fundadora de la juegoteca:

Psi 11: “Yo me encontré en el año 2010 con esta problemática prevalente. Cuando se enteraron de que había una psicóloga que atendía niños, todas las escuelas del centro que correspondían al área programática empezaron a pedir mi atención. Y la patología prevalente que uno observaba, o que por lo

menos ya venía incluso diagnosticada de los colegios, era trastornos con déficit de atención. Y no podía atender a todos, sino me quedaba a vivir allá. Fue así pensada la juegoteca. Ya te digo, por una cuestión de que yo no daba abasto. La creamos como un espacio de intervención comunitario, porque no era individual, era para un grupo de niños que tenían el mismo padecimiento [TDAH-trastorno de déficit de atención e hiperactividad], pero obviamente cada uno con su singularidad... Chicos de 4, 5 años estamos hablando... los invitamos a participar de un espacio de juegos con una lectura distinta... Entonces, ya te digo: lo fundamental tiene que ver con tu imaginación. Esto que nos pasó en el centro, demanda excesiva de chicos con TDAH: ¿qué hacemos, los atendemos uno por uno? ¿o podemos crear un dispositivo de intervención más grupal...? Hagamos eso, pensamos... teníamos recurso cero de la Municipalidad, lo mismo que ahora. No es que te dan juegos, ni se te ocurra. Entonces solicitamos a la comunidad que nos ayudara. Todo eso te lo da la cabeza. Porque acá es armarlo con... o sea, con eso, con todas estas cosas. No es que te dicen: armate la juegoteca, y te doy todos los recursos que necesitás. Es bueno, dale, qué hacemos. Pero para eso tenés que tener la apertura necesaria y suficiente para abrir, trabajar con otros, eso también... poder conformar un equipo y no encerrarte en el consultorio y creer que tu saber es el único válido. Entonces eso es fundamental para que realmente un psicólogo trabaje relativamente bien dentro de un centro de salud.”

Si bien la psicóloga fundadora de la juegoteca consideraba que el dispositivo conllevó resultados positivos, no especificó cuáles fueron y cómo se llevó a cabo la evaluación que permitió arribar a dicha conclusión. Otra cuestión importante es que la puesta en marcha de la juegoteca aparece vinculada a un trastorno específico (TDAH) que se describe como de alta prevalencia en la población objetivo del CAPS, pero no se brinda información respecto a la modalidad implementada para el diagnóstico ni tampoco para la intervención a través de la juegoteca. De hecho, si bien las juegotecas son dispositivos recomendados para abordar la salud mental desde el Primer Nivel de Atención, se lo proponen como espacio de socialización, interacción, expresión y que puede ser útil para el diagnóstico de ciertas patologías y problemáticas (RIEpS, 2013), pero no se indica que pueda ser útil para el tratamiento de ninguna afección o sintomatología como, por ejemplo, TDAH.

La psicóloga que actualmente trabaja en el CAPS en que fue creada la juegoteca reconstruye su sentido del siguiente modo:

Psi 7: "A mí me llaman para venir acá porque en ese momento, para el proyecto que todavía seguimos sosteniendo –que es una juegoteca– necesitaban si o si un psicólogo, porque la que estaba se había ido. Por eso necesitaban a alguien para la foto y me dijeron: 'vení, vení!'. Y quedó esa juegoteca."

Tal como fue señalado previamente, Engeström (2008) plantea la importancia de las prácticas de historización de los sistemas de actividad para evitar que la memoria tienda a fracturarse, perdiéndose así registros de problemas a los que se enfrentó el sistema, sus causas y los intentos previos de solucionarlo. De esta forma, si aparecieran problemas similares a otros ocurridos en el pasado, dicha fractura impediría que la historia sirviera como ejemplo en su resolución. En la cita, la Psi 7 no parece recuperar el sentido inicial de la propuesta de creación de la ludoteca y considera su incorporación al CAPS en relación con cierta voluntad política de carácter poco auténtico: "... *necesitaban a alguien para la foto*".

Sin embargo, también menciona cambios en la actividad a partir de la práctica lo que daría indicios de cierta apropiación de sus sentidos:

Psi 7: "la idea fue de la psicóloga y de la trabajadora social. Son juguetes donados por la misma comunidad o Nación [Estado Nacional]. Todos los lunes de 10 a 11 vienen niños de 3 a 12 años. En un principio era para niños que se atendían, luego uno se va aggiornando en la práctica y después lo abrimos a la comunidad."

Otras actividades que se pueden enmarcar en una modalidad de intervención comunitaria son las mencionadas jornadas de cine y deportivas que organizaban dos CAPS con participación de la comunidad. Se las consideraba como un evento lúdico al que se invitaba a los niños y adolescentes del barrio para "*sacarlos un rato de la calle*" (Psi 14).

La diferenciación, y muchas veces la escisión que se plantea entre intervenciones clínicas y comunitarias puede analizarse en su complejidad si se

considera la propuesta de desmanicomialización que se deriva de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. De acuerdo a este marco normativo el tratamiento de cualquier afección deberá ser ambulatorio y en la comunidad en la que el usuario reside. Los hospitales denominados monovalentes deberán cerrarse progresivamente y la internación en hospitales generales deberá constituir la última opción no superando un periodo mayor a los tres meses, y se deberá contar con una mediación judicial si se requiriese extender ese plazo. Por esta razón cuando una persona es dada de alta de una internación o bien es atendida (sin ser internada) en un Hospital que corresponde al Segundo o Tercer Nivel de Atención y no posee obra social ni prepaga, se le indica continuar su tratamiento en el CAPS más cercano a su vivienda. Cabe recordar que en la ciudad en que se realizó el presente estudio existen once hospitales provinciales que corresponden al segundo y tercer nivel de atención.

En el momento en que se llevaron a cabo las entrevistas, las psicólogas ya estaban recibiendo pacientes que llegaban luego de haber sido atendidos en un hospital por un psiquiatra o un psicólogo. Un inconveniente que esto suscitaba era la falta de medicamentos en el CAPS que los marcos jurídicos y normativos indican que deberían estar a disposición en el PNA. Las vías de solución halladas a esta problemática resultaban informales, es decir, que el sistema no contemplaba alternativas de acción frente a una situación regulada por una ley nacional. Así las psicólogas recurrían a su red profesional para gestionar el acceso a la medicación, se intentaba articular, muchas veces sin éxito, con la farmacia municipal y en otros casos era el propio paciente quién debía solicitar el acceso a los medicamentos al estado provincial a través de algún hospital o bien en la Subsecretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Una alternativa poco explorada por el sistema lo constituyen las denominadas terapias grupales que diferentes autores coinciden en señalar como adecuadas para el PNA (González-Blanch, 2009; Moreno, 2015; NICE, 2011; Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008). Solo una de las entrevistadas mencionó que en el CAPS en que llevaba a cabo su labor se habían realizado durante un tiempo terapias grupales. Se trata del único CAPS

especializado en infecciones de transmisión sexual, y la terapia grupal estaba dirigida a personas con VIH+. Lamentablemente la persona a cargo de dichas terapias ya no trabajaba para el municipio y no fue posible contactarla. En el resto de los CAPS no se realizaba ese tipo de abordajes.

Una última cuestión importante para señalar refiere a la atención de niños en los CAPS. Solo cuatro de las psicólogas entrevistadas atendían a ese grupo, por lo que dicha población quedaba excluida del servicio de salud mental en la gran mayoría de los barrios. A esto se suma que los hospitales públicos pediátricos de la ciudad tenían cerrada las admisiones al momento de realizarse las entrevistas.

6.3. ¿Para qué?: objetivos de las psicólogas en el Primer Nivel de Atención

En este apartado indagaremos acerca de los objetivos que las psicólogas se proponen y les son propuestos por sus directivos en sus respectivos trabajos. Algunas preguntas que guiarán el apartado serán las siguientes: ¿Qué concepción tienen las psicólogas respecto de lo que es el objeto/objetivo de su trabajo?; ¿Planifican sus actividades en pos de resultados que pretenden alcanzar?; ¿Se pueden clasificar estas concepciones de algún modo?

Para empezar, las entrevistadas coinciden en considerar que los objetivos de su trabajo en el PNA no se encuentran suficientemente especificados:

Psi 12: "si te fijas, nunca dicen nada. Nunca está del todo claro el trabajo del psicólogo. Por ahí en el segundo nivel sí, pero en el Primer Nivel olvídate."

Esto coincide con lo hallado en la bibliografía al respecto que señala que la escasez de indicaciones y normativas que enmarquen el trabajo en salud mental en el mencionado nivel es un problema en occidente (Dimenstein et al, 2018; Minoletti et al, 2012; OMS, 2013; OPS, 2009).

La responsable del Programa de Salud Mental Municipal, quien además trabaja en uno de los CAPS, coincidió con lo mencionado por la Psi 12 y

agregó que esta falta de delimitación del rol del psicólogo es lo que motivó el desarrollo de un “Protocolo de Salud Mental Municipal” (Secretaría de Salud, 2011):

Psi 11: “En los centros de salud y lo que tiene que ver con la atención primaria de la salud, nosotros tenemos el protocolo de salud mental. Ahí está bien delimitado todo lo que tiene que ver con nuestras funciones, cuál es el alcance del psicólogo en el primer nivel de atención, cuáles son los objetivos generales, los objetivos específicos... Todo eso fue trabajo, no de alguien que vino y nos dijo qué era lo que teníamos que hacer, sino que fue el trabajo en conjunto de varias compañeras en donde pudimos sentarnos a pensar y a trabajar qué era para nosotras... nuestros alcances, nuestras funciones y demás. Entonces, el protocolo para nosotras es como nuestra ley, como nuestro marco”.

Es necesario señalar que la realización del protocolo es anterior a la sanción y reglamentación de la Ley de Salud Mental (2010) y, al momento de realizarse las entrevistas, se encontraban elaborando un nuevo protocolo que se ajuste a la mencionada Ley. Sin embargo, consultadas en mayo de 2021, dicho protocolo aún no había sido establecido. Sólo se diseñó un breve anexo a partir de la pandemia por COVID-19 que propone articular con los protocolos de acción nacionales y provinciales respecto a la Pandemia (Secretaría de Salud, 2020). En el mencionado anexo se retoman a modo de introducción, lineamientos del protocolo:

“Dentro del marco de APS trabajamos con una población vulnerable y nos vemos convocados como profesionales de la salud mental, no solo a asistir sino también a prevenir, proteger y promover la salud en su sentido más amplio y singular a la vez. Nuestra orientación se apoya en la importancia de la palabra, se basa en escuchar lo singular de cada sujeto, como aquello más íntimo que lo sostiene en su posición en la vida y el lazo social [...] En el ejercicio de nuestra práctica asistimos a un malestar o sufrimiento singular que se desplaza de diversas formas en las tramas del lazo social de cada sujeto.” (Secretaría de Salud, 2020, p. 2, el subrayado es mío.)

A su vez, en el protocolo publicado en 2011 (Secretaría de Salud), se mencionan los ámbitos de intervención del psicólogo en el marco de la APS⁹ :

1. Intervenciones psicológicas a nivel clínico.
2. Intervenciones de promoción y prevención de la salud mental tendrán prioridad en el PNA.
3. Intervenir sobre la condición subjetiva en la atención y promoción de la salud mental.
4. Identificación y localización de riesgos y diagnóstico precoz.

Los puntos que se desarrollan en extenso son fundamentalmente el primero y el tercero. La prevención se define como aquello que apunta “a posibilitar la reflexión, la transformación y el protagonismo para todos los actores sociales. Una prevención inespecífica que procura escuchar la demanda social y actuar sobre ella, que tiene en cuenta que un sujeto surge de la palabra” (Secretaría de Salud, 2011, p. 11). Afirman también que se busca así pasar de la pasividad a la actividad, de ser objetos de la prevención a ser sujetos. Indica el protocolo, citando a Alicia Stolkiner, que se debe generar una concepción participativa integral, donde se genere demanda, relacionada con las problemáticas sociales comunitarias y que éstas puedan ser elevadas a la categoría de “síntoma”. Desde aquí uno puede inferir que el protocolo propone anteponer una prevención inespecífica, no dirigida a eventos particulares sino a generar hábitos salutógenos y no menciona (aunque tampoco niega) preventiones específicas como podrían ser actividades para reducir la incidencia del alcoholismo, el tabaquismo o promover estilos de vida saludables, etc.

Sin embargo, en las entrevistas realizadas, las psicólogas no indican que en sus tareas diarias haya un momento de asamblea o de diagnóstico comunitario junto a los vecinos donde se determine el accionar en forma conjunta.

⁹ Tal vez sean estos los objetivos a los que se refirió previamente la responsable del área de salud mental del municipio, ya que no figuran objetivos de forma explícita en el protocolo.

El protocolo mencionado, se centra en indicar “Acciones del psicólogo en APS”, sin dar muchas especificaciones respecto al para qué de estas acciones. Tratándose de un protocolo, podríamos indicar que eso no sería raro. De esta forma, se indica cómo deben hacerse las admisiones, se brinda un formulario de consentimiento informado para el tratamiento individual, junto con limitaciones temporales (sesiones entre 15 y 50 minutos, una vez a la semana y nunca por más de 6 meses) y se brindan las codificaciones para salud mental identificadas con un código numérico, para así completar la planilla mencionada en el apartado anterior. Dicho código no se corresponde con los Manuales Diagnósticos CIE-10 ni el DSM-4 ni el DSM-5, sino que es creado ad hoc, incluyendo categorías diagnósticas (ej. “206B: bulimia”; “203: psicosis”) e intervenciones (ej. “903C: reuniones de equipo de salud”; “902: charlas”)

Por otro lado, la misma responsable del Programa de Salud Mental Municipal menciona lo que ella considera una contradicción entre el marco teórico predominantemente psicoanalítico que destaca la importancia de lo singular (al cual adscriben las psicólogas contratadas por el municipio) y la idea de construir un protocolo: *“sabemos que no existe una cura estándar y de las dificultades que implica construir un protocolo de salud mental para todos”* Recordemos que la estrategia de APS se propone en el marco del Plan de la OMS de “Salud para todos en el año 2000” y que tanto en su definición de 1978 como la redefinición actual se considera que la APS debe llegar a todos los individuos y familias de la comunidad. Dicho por una psicóloga entrevistada:

Psi 15: *“Y... la APS es un desafío porque habla de salud para todos, ¿no? Y sabemos que eso no se puede. No hay un para todos, ¿cómo se hace?”*

Esta psicóloga en cuestión es una de las personas que está afiliada a una escuela lacaniana que sigue los postulados de Jacques Alain Miller. Y esto tiene sentido, si lo miramos desde la lectura milleriana de Lacan. Y es que el lacanismo propone una ruptura con la lógica formal positivista que denominan "sin resto". En el Seminario XX, Lacan, explicando las fórmulas de la sexuación, se diferencia de la lógica aristotélica y presenta de un modo inédito una categoría inexistente en la filosofía de Aristóteles: el concepto de *no-todo*

(Galiussi, 2008). Lacan elaborará la noción del sujeto como efecto del significante (Miller, 1981 en Iglesias et al., 1998). Y es que Lacan influenciado por el nihilismo nietzscheano y la filosofía de Heidegger critica estas posiciones positivistas y nos habla del no-todo, de la incompletud como constituyente de un sujeto con fallas, un sujeto barrado. “Es imposible formar el conjunto de todos los conjuntos. No hay ningún lugar para él.” (Iglesias et al, p. 3, subrayado en el original). En línea y siendo consecuente con los marcos que guían su accionar, las psicólogas que desarrollaron el protocolo indican que: “intervenimos sobre un sujeto, sobre lo singular de su condición subjetiva, como aquello más íntimo que lo sostiene en su ubicación en la vida y el lazo social” (Secretaría de Salud, 2011, p. 7). Si bien el concepto de no-todo fue utilizado por Lacan para explicar las fórmulas de la sexuación y los tipos de goce (particularmente para representar el goce femenino), las psicólogas lo aplican como una posición ontológica: el no-todo como constituyentes del ser. Paradójicamente, de todos los seres. De esta forma, podemos afirmar que al hacer esta trasposición se confunden niveles de análisis. Las declaraciones y objetivos de los organismos internacionales que podemos sintetizar por antonomasia en “salud para todos”, propuestos en los años 70 y sostenidos hoy surgen en un contexto marcado por la Guerra Fría, donde el Bloque Occidental a través de la ONU y los diversos organismos que la forman comienzan a enfatizar el paradigma de los Derechos Humanos, justamente derechos para todos los seres humanos por su condición de tales. Aquí el derecho a la salud se incluye como un derecho fundamental (OMS, 1978; ONU, 1966). Ahora bien, eso no quiere decir que para lograr este propósito haya que brindar la misma atención y los mismos servicios a toda la población sin distinción alguna. De hecho, una de las críticas que se le han formulado a las declaraciones internacionales vinculadas a la salud es que precisamente no especifican la modalidad de implementación y concreción de sus principios.

Retomando el análisis de los objetivos que se proponen estas psicólogas, podemos afirmar que se centran en escuchar lo subjetivo/singular de los padecimientos e intervenir a partir de ello. Las intervenciones entonces no apuntan a prevenir el malestar, sino que son reactivas. Y es que, partiendo de

los postulados del psicoanálisis lacaniano, prevenir, anticiparse al malestar es un imposible. Como dijo anteriormente una entrevistada *“no hay demanda y como soy psicoanalista para mí es fundamental. La demanda del paciente, el motus proprio”*. La salud se vuelve un concepto solipsista y la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, al menos, una paradoja.

Para las entrevistadas los objetivos son y deben ser los mismos en el CAPS y en el consultorio privado donde atienden pacientes de forma particular. De esta forma, podríamos hacer una taxonomía respecto a quienes confiesan desconocer o no poder establecer bien los objetivos de las trabajadoras de salud mental en el primer nivel de atención y quienes homologan sus objetivos a los que tienen en el consultorio privado donde trabajan a partir del psicoanálisis, de forma individual y con tratamientos prolongados.

Respecto al primer grupo, un dato sobresaliente es la correlación entre quienes lo integran y quienes realizaron el Posgrado Médicos Comunitarios, mencionado en el apartado anterior. Entonces, complejizando lo que hemos dicho antes, podemos afirmar que el posgrado brinda herramientas para el trabajo en APS dentro del PNA. Pero a su vez, al no ser específico en salud mental, sino interdisciplinario, adolece de conocimientos y herramientas específicas para el trabajo de las psicólogas.

Respecto al segundo grupo, quienes homologan su trabajo en el CAPS al consultorio privado, nos encontramos con lo siguiente:

Psi 4: “Es estar en el consultorio y recibir la demanda de pacientes que sufren y hacer los tratamientos necesarios”

Psi 6: “La camilla en cualquier momento la armo como diván”.

Psi 14: “... a mí me han dicho ‘bueno... fíjate que acá no va a ser como en lo privado, acá va a ser otra cosa’, como que era algo así no más. Como que ser psicólogo y atender en la clínica en un CAPS como que era algo así no más: “vos da un par de respuestas y listo”. Y no era mi posición ética en ese momento ni ahora. Yo considero que si vengo a un centro de salud y atiendo en un centro de salud no tengo por qué atender distinto que en un lugar privado. La persona que viene a atenderse tiene el mismo derecho a percibir

una atención de calidad. Yo no puedo ser un psicólogo que atienda en lo público de un modo y después en lo privado atender de otro modo porque hay una persona que puede pagar o porque tiene obra social... ¿no?"

Es interesante esta última cita, porque introduce la dimensión ética. En los objetivos propuestos (la atención del malestar singular) hay una posición ética: no debería ser de otra forma. Se transforma así en un imperativo categórico. Además, en ningún momento, desde la Secretaría de Salud o desde la dirección del CAPS, se les pide que salgan de ese lugar, sino que, al contrario, es reforzado constantemente por sus superiores (*"lo que se registra y piden es que atiendas y que atiendas y que atiendas"*). Lo que plantea la Psi 14 entra en línea con lo planteado en el protocolo y, como veremos más adelante, con las instancias formativas al interior del municipio. Y que la dimensión ética entre en juego no genera una contradicción en el sistema capaz de motorizar un cambio, sino que lo torna aún más difícil porque coagula un argumento para sostener la equivalencia entre consultorio privado y CAPS. De hecho, plantear una modificación en este esquema de trabajo implicaría un dilema ético para estas agentes.

Otra entrevistada, sin embargo, ofreció una perspectiva diferente al respecto:

Psi 20: "[mi formación] me encuadró mucho en el psicoanálisis y pensando que si no era psicoanálisis era todo una cagada: lo territorial, el trabajo en grupo. Me costó muchísimo salirme de Lacan para poder ingresar a otros espacios. Era como que todo me parecía mala palabra, todo era una cagada. Por ejemplo, me acuerdo siempre en [menciona una asignatura y un docente de su formación de grado] decía '¿Cómo van a hablar de prevenir, que es eso? ¿Se puede prevenir el deseo?' y yo pensaba: 'claro, que pelotudo!'. Y la verdad que después me di cuenta: ¡que boluda yo! Y así escuche a un montón de psicoanalistas que decían 'todo es una mierda', me costó años sacarme todo eso de encima."

De todas formas, dejando a un lado los juicios de valor sobre la eficacia y eficiencia de estos objetivos en el PNA, podemos asegurar que al momento de realizar un tratamiento individual dentro del CAPS los objetivos están claros. De lo que se trata es de trabajar con el malestar subjetivo, generando una

demanda de análisis. Se trata de una visión psicoanalítica lacaniana de la salud y la salud mental, desde donde la prevención suena contradictoria ya que debe ser el “motus proprio” el que movilice la atención en salud. La prevención primaria es un oxímoron.

Complejizando un poco la escena, vemos que en algún punto trabajar en un Centro de Atención Primaria de la Salud genera que incluyan dentro de su discurso otras actividades y objetivos que, como venimos viendo, no parecen tener una correlación con la práctica. Como dijo la Psi 16: *“como es atención primaria y por la beca que tengo yo, si uno tuviera que pensar diría que la intervención es la salida hacia el afuera.”* Pero al no poder pensarlo ni reflexionar al respecto queda como una idea de algo que debería estar, pero no saben ni pueden construir, lo que las lleva a decir luego cosas como la ya mencionada cita: *“Nunca está del todo claro el trabajo del psicólogo. Por ahí en el segundo nivel sí, pero en el Primer Nivel olvídate.”* Y claro, el Segundo y el Tercer Nivel de Atención se centran en la atención de la enfermedad, son instancias reactivas al malestar y como vimos en el capítulo 3, el psicoanálisis es indicado allí como una buena herramienta, con tratamientos que pueden ser prolongados. Sin embargo, estas herramientas, por mayor experticia con que sean aplicadas, resultan insuficientes en el PNA.

Ahora bien, utilizando esta distinción que traen las psicólogas entre la “atención clínica individual” y el “trabajo comunitario” respecto a la clasificación de sus intervenciones, ¿Qué pasa con esta segunda instancia? ¿Qué objetivos se proponen cuando realizan este tipo de abordajes? Excepto algunos casos excepcionales, cuando realizan este tipo de actividades no hay un objetivo claro. De hecho, algunas entrevistadas o bien no realizaban este tipo de abordajes o bien lo hacían, pero consideraban que eso no correspondía o, en todo caso, no era parte del trabajo de un psicólogo. Veamos un ejemplo:

Psi 10: *“Yo salgo siempre y cuando sea una intervención que amerite algo de lo psicológico o que yo lo decido, no salir por salir. La otra vez tuvimos que hacer una capacitación con el Trabajador Social y yo le decía que vaya él y él me decía “no, tenemos que ir juntas porque nosotras somos comunitarias”. No, nosotras [las psicólogas] no tenemos que salir, el trabajador social tiene que*

salir, él tiene intervención específica ahí y yo tengo intervención específica de la psicología acá [abre los brazos, señalando el consultorio].”

La posición de esta psicóloga puede considerarse coherente con los marcos desde donde ella se posiciona como analista, pero contraria al trabajo en salud mental en el PNA.

Volviendo sobre las actividades realizadas por estas psicólogas y que ellas mismas titulan “*trabajo comunitario*”, incluyen bajo esta etiqueta a las charlas (como las llaman algunas entrevistadas) o talleres (como los titulaban otras) realizados en escuelas. En estas charlas el objetivo estaba establecido, aunque no era propuesto por ellas. En algunos casos eran los directivos de las instituciones quienes las convocaban para hablar sobre embarazo adolescente y violencia escolar, con el fin, en ambos casos, de lograr disminuir o eliminar dichos fenómenos. Como se mencionó previamente, en un caso particular, la psicóloga junto a la trabajadora social, dejaban una urna en la escuela para consultas anónimas y cada 15 días se hacían reuniones en las que se abrían la urna y respondían a las consultas. Sin embargo, en ningún caso, las psicólogas especificaron el *para qué* de estas actividades.

En los casos de los eventos lúdicos (deportivos y jornadas de cine) las psicólogas a cargo explicitaban que el objetivo era: “*sacarlos un rato de la calle*” (Psi 14). En un caso particular si se habló de un evento lúdico con un fin preventivo: evitar la reproducción del mosquito del dengue¹⁰:

Psi 15: “Antes hacíamos juegos, en ese momento por ejemplo estaba el auge del dengue, entonces era derribar el mosquito, tirar latitas... Convocamos el primer tiempo¹¹, y después siguió, pero en menor medida, dábamos una merienda... Todo con nuestro bolsillo. Las galletitas, las latitas, las bolsas para hacer carreras de embolsados...”

Respecto a la juegoteca si se observa un objetivo claro en la psicóloga que, junto a la trabajadora social, creó el espacio. El objetivo era el tratamiento de un trastorno considerado de alta prevalencia en niños: el TDAH. Sin

¹⁰ Enfermedad con una alta prevalencia en los barrios periféricos de La Plata durante la temporada de verano.

¹¹ Refiere a una convocatoria activa por parte del personal del CAPS en el barrio.

embargo, vimos como la psicóloga que debió reemplazarla pensó en un primer momento que se trataba solo de demagogia política. Después, con la juegoteca aún en funcionamiento, nos dijo lo siguiente:

Psi 7: "hay CAPS que no atienden niños. Yo si ¿Entonces qué pasa? Si yo no tengo espacio físico, en mi caso, y le digo tengo espacio en la Juegoteca. Entonces sabés que pasa, tranquilizas a la mamá, al papá, a la institución".

Los objetivos de la juegoteca se fueron modificando. Si bien en el momento de su apertura se vinculó a la prevención y el tratamiento del TDAH, luego se convirtió en un lugar para tranquilizar a los padres. Podemos poner en línea este objetivo con "*sacarlos un rato de la calle*". Al no saber o no poder establecer en las actividades por fuera del consultorio y la atención individual, estrategias y objetivos relacionados con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y con la salud mental en específico, sienten que lo que hacen *no es psicología*.

Entonces, retomando las preguntas que iniciaron este apartado, podemos afirmar que los objetivos de las psicólogas que trabajan en el PNA parecen estar claros en relación con la atención de la enfermedad o el sufrimiento singular. Aquí, de lo que se trata, es de generar una demanda que permita un análisis con el fin de conectar, pensando en términos psicoanalíticos, al sujeto con su propio síntoma. Dicho en otras palabras, los mismos objetivos que en los consultorios privados que son, como dijimos, ámbitos de trabajo privilegiados por las psicólogas entrevistadas. Pero los objetivos se vuelven difusos cuando se trata de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En algunos casos, estas acciones se realizan con objetivos poco claros, en otros a regañadientes pensando que ese no es el trabajo del psicólogo en el PNA y en algunos casos, ni si quiera se realizan ese tipo de abordajes. Por otro lado, como hemos fundamentado en el marco teórico y retomaremos más adelante, los abordajes propuestos y realizados para tratamientos individuales no se corresponden con los recomendados desde los marcos normativos (teóricos e institucionales) en la materia.

6.4. La comunidad

Desde la teoría de la actividad se entiende a la comunidad como a un conjunto de individuos y grupos que comparten el mismo objetivo general (Engeström, 1996). En este trabajo la comunidad se abordará en relación con tres ejes: a) los usuarios en relación con los cuales se organiza la atención; b) la organización gremial del trabajo; c) la comunidad académica y profesional de referencia de las psicólogas.

a. Los usuarios y la demanda de atención

Los usuarios que son quienes utilizan los servicios de cada CAPS están delimitados por un “área programática” de referencia que se organiza con un criterio geográfico. Es decir, se especifica en el mapa de la ciudad entre qué calles exactas se encuentran los potenciales usuarios de cada uno de los CAPS del Municipio. Si una persona solicita atención en un CAPS que no le corresponde según su domicilio, es decir, está fuera de su área programática, entonces será remitido al que le corresponda. Esto no parece ser estricto, según las psicólogas entrevistadas, en lo que refiere a la atención de la salud mental, pero sí respecto a otro tipo de prestaciones.

En las entrevistas realizadas, una de las preguntas apuntaba específicamente a indagar acerca de la demanda que estas psicólogas recibían por parte de la comunidad. Ante esto nos encontramos frente a las siguientes respuestas:

Psi 15: *“la principal demanda es de tratamiento. Vienen solos o por interconsulta”.*

Psi 13: *“más que nada demandas de atención. Las presentaciones son muy acting¹²: cortes o mujeres en situación de violencia con mucha sumisión y no se cuestionan”*

¹² Acting out: se trata de un concepto psicoanalítico lacaniano que refiere a conductas que forman un mensaje a otro (ver Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano, Dylan Evans)

Psi 6: *“de todo tipo. Espontáneas de gente que quiere iniciar tratamiento, derivaciones de escuelas”.*

Psi 4: *“Hay mucho pedido de ayuda a corto plazo, sin entender muy bien de qué se trata el espacio. Vienen a buscar un consejo, el paciente del... [nombre del barrio] viene un poco a eso, al psicólogo lo ve como una figura de contención y de receta mágica para solucionar problemas. Entonces pasan meses en que los tratamientos no van a ningún lado... vienen a pedir algo que ni ellos saben que es”.*

Psi 16: *“la demanda tiene que ver con atención psicológica, con tratamiento. Esa es la mayor demanda. Apunta la mayoría a mujeres o a niños. Vienen por voluntad propia, muchos derivados de escuelas o judicial, sobre todo adultos”.*

La parte subrayada permite inferir dos cosas. Por un lado, se señala al usuario como la persona que, al no entender el sistema de salud, acude al CAPS a demandar algo equivocado. Fue muy común escuchar a las psicólogas quejarse por la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, llegando al punto de afirmar que *“los pacientes no entienden la atención primaria”* (Psi 13) o *“no hay demanda”* (Psi 4). Esto último en un sentido psicoanalítico, es decir, los pacientes no entran en transferencia y no logran hacer síntoma analítico en su terapia, siguiendo con la terminología psicoanalítica podríamos decir: los pacientes no entran en análisis. Entonces, ¿la falta de adherencia, eficacia y eficiencia de los servicios de salud mental en los CAPS se deben, al menos en parte, a que los usuarios no entienden cómo funciona el sistema de salud? Pareciera que, en el razonamiento de estas psicólogas, la respuesta es afirmativa.

Por otro lado, señalan como un error que los usuarios vayan a buscar “consejos” cuando los marcos normativos y teóricos señalan que la consejería psicológica debería ser central en la atención de salud mental en el PNA. Recordemos que este nivel de atención es la puerta de entrada al sistema sanitario por lo que se atenderá a una población muy grande y se debe ser estratégico para poder dar respuesta a las demandas. Además, cuando hablamos de una atención reactiva a un malestar, se trata de atender patologías que puedan ser atendidas de forma ambulatoria y, en todo caso,

hacer una derivación al Segundo o Tercer Nivel de Atención según amerite el caso. Y esto está explicitado en el mismo Protocolo realizado por el municipio del que hablábamos anteriormente. Por esta razón está indicado que los tratamientos no deben durar más que 6 meses. Retomaremos este punto más adelante, en relación con las tensiones que genera frente a la comunidad académico profesional y con la Ley de Salud Mental.

Respecto a las problemáticas y la población con quienes trabajan coinciden en observar una clara mayoría de mujeres y niños que llegan de forma espontánea o, en el caso de los niños, derivados desde la escuela. Respecto a este segundo grupo, las psicólogas nos aclaran que ellas no trabajan con problemas de aprendizaje y que tampoco es por esa razón que son enviados de la escuela. Los chicos de la escuela del barrio son remitidos al CAPS cuando desde la escuela observan problemas de conducta: *“generalmente los mandan cuando hay algún caso de violencia o ha habido también nenes que robaban cosas a sus compañeritos”* (Psi 2). Un dato para agregar es que el software de análisis cualitativo Atlas.ti, nos muestra que violencia es uno de los términos más repetidos en las entrevistas (con 52 apariciones). Es aún más notorio si tenemos en cuenta que surge de los datos, es decir no estaba dentro de la entrevista semi-estructurada ese término o una pregunta que induzca específicamente esta problemática, lo cual puede tomarse como un indicador de una problemática con alta prevalencia, al menos desde la perspectiva de las psicólogas entrevistadas.

Las mujeres adultas, a diferencia de los niños (por lo menos según el informe de las escuelas), llegan al CAPS por ser víctimas de violencia. Muchas veces, estas mujeres no buscan una psicóloga, sino que durante la consulta médica (de ellas o de sus hijos) el médico observa algún indicador y sugiere la interconsulta con la psicóloga. Por otro lado, surge de las entrevistas que los ataques de pánico en mujeres tienen una gran incidencia en las usuarias de los CAPS. En este caso, si acuden al Centro en busca de una psicóloga y según una de las personas entrevistadas, es en estos casos (junto con los hombres adultos) donde hay mayor abandono del tratamiento.

Respecto a hombres adultos, según las psicólogas entrevistadas, no realizan demandas espontáneas, sino que solo llegan derivados del servicio local o de algún juzgado, desde donde se los obliga a ir a un psicólogo como parte del programa que el juzgado determina para dicha persona. En palabras de una psicóloga, esto se trata de *“algo burocrático, vienen a que les firme que vieron a la psicóloga para poder presentarlo en el juzgado”* (Psi 7).

Siguiendo con las respuestas de las entrevistadas, nos encontramos con estas particulares observaciones:

Psi 2: *“no vienen a buscar un analista vienen a buscar un psicólogo, y a veces no saben lo que vienen a buscar”*

Psi 19: *“al principio cuando vine acá empecé a atender mucho y resulta que me empezó a pasar que no venían más los pacientes, entonces empecé a supervisar con mi psicólogo. Acá la demanda es muy primitiva. [...] encontré otra forma de trabajar, desde el caos y el encuadre lo voy haciendo después”*

Psi 11: *“hay patologías de cierta gravedad que llegan, pero no corresponden al Primer Nivel, como personas que tienen un brote psicótico, por decirte algo. O personas con problemas neurológicos severos. Excede lo que tiene que ver con nuestra función, nuestro alcance. Nosotros no conformamos un “servicio de salud mental”, salud mental en un centro de salud es un psicólogo”*

La tensión aquí es evidente. Las psicólogas observan y explicitan las dificultades con que se encuentran al ofrecer sus servicios a la comunidad. Y si bien algunas consideran la demanda del usuario, está claro también que ellas no saben qué hacer con esa demanda, no saben cómo responder. Finalmente terminan ofreciendo siempre la misma herramienta a distintas problemáticas, y si bien algunas veces puede funcionar, muchas veces no y, ante esta situación, no encuentran alternativas. Claramente aquí se puede hablar de una tensión o contradicción en el sentido propuesto por Engeström. Aquí sí las protagonistas, sujetos de la actividad, ven una tensión entre su trabajo y la comunidad. Retomaremos este punto en el último capítulo.

Por otro lado, hay investigaciones (Bertagni et al., 2019; Díaz et al., 2019) que muestran que muchos posibles usuarios (es decir, personas que viven en

el área programática de determinado CAPS), si bien conocen que existe el CAPS, desconocen la existencia del servicio de salud mental. De hecho, en un relevamiento informal realizado en el marco de una Diplomatura en Salud Comunitaria en un barrio de la ciudad, pudo observarse que un alto porcentaje de los alumnos cursantes de la diplomatura desconocían la existencia del servicio.

En este caso nos encontramos frente a una baja participación comunitaria, es decir, la comunidad no está al tanto de los servicios de salud del barrio y, por ende, tampoco participa de su planificación y gestión como indican los principios de la APS. De existir participación comunitaria, esto permitiría un diagnóstico construido en conjunto de forma tal que las psicólogas puedan entender de qué se trata la demanda del barrio y no solo catalogarla de “primitiva”. Por otro lado, si esto se realizara, el servicio de salud mental debería analizar si tiene las herramientas para responder a estas demandas. Esto último es el gran desafío del PNA, ya que al ser la puerta de entrada al sistema sanitario las demandas pueden ser muy heterogéneas y necesitarse personal capaz de dar respuesta.

b. Organización gremial del trabajo

Este punto en particular no estuvo incluido en la planificación de las entrevistas. Sin embargo, algunas de las psicólogas introdujeron el tema cuando se les preguntó acerca de cómo se sentían trabajando en el CAPS:

Psi 3: Dificulta fundamentalmente la falta de personal, el cansancio general que hay en todos los profesionales... hay gente que dentro de poco se va a jubilar, la mayoría. Entonces falta el empuje y las ganas de trabajar. El año pasado estaba por ejemplo la trabajadora social, si ella estuviese haciendo trabajo territorial... pero sola ya no tengo ganas. Si yo tuviera compañeros que tengan ganas de hacer proyectos con ganas de decir, “che, pensemos a ver qué está pasando en esta población, qué demandas están llegando, qué podemos hacer”, yo encantada, voy a la sala de espera, donde sea. Pero no está eso. Y no, no me siento bien. O sea, me gusta trabajar, pero en este momento es como que me agota un poco porque veo cómo está desgastándose todo, que no sabes si lo que quieren [en referencia a la gestión municipal] es que se caiga todo solo...

Por ejemplo, ayer para la movilización¹³ de acá fui yo sola [respecto a sus compañeros del CAPS]. Los psicólogos somos los que más nos movilizamos. Y bueno, ahora formamos la junta promotora de CICOP¹⁴, que es la primera junta que se hace... Ahora hicimos la junta promotora de municipales en CICOP.

Mencionado el tema se le solicitó a dicha psicóloga que profundice respecto a la organización sindical como trabajadoras de salud municipales:

Psi 3: Antes teníamos el sindicato de municipales¹⁵, pero está re comprado. Estuvimos mucho tiempo en ATE¹⁶ y ahora estamos en CICOP, y armamos la junta promotora junto con [nombra compañeras, todas psicólogas o trabajadoras sociales]. Yo estaba energizada porque fue tan lindo... Y ahora firmamos y tenemos cada uno su puesto dentro del grupo para empezar a salir a los centros de salud como delegados para ver si conseguimos afiliados. Hasta ahora hicimos 30 afiliados.

Este relato nos muestra el agotamiento físico y mental al que están expuestas estas personas por sentirse solas en su trabajo. Y es interesante como ante esta problemática (que como vimos es una recurrencia en los relatos) algunas psicólogas encuentran en, justamente, la unión de trabajadores una respuesta.

La comparación con las condiciones laborales de los trabajadores de salud provincial se vuelve inevitable en la capital de la provincia, que concentra 11 hospitales públicos al que se le suma el Ministerio de Salud de la Provincia. Estos efectores emplean a una gran cantidad de colegas y amigos de estas psicólogas.

Psi 19: me perjudica en este momento que dentro de la Municipalidad no tenemos carrera profesional [en comparación a la carrera profesional de los hospitales]. No se nos jerarquiza por los años de antigüedad o las tareas de

¹³ Movilización realizada en 2018 en la ciudad de La Plata, en contra de la reducción del presupuesto de salud y exigiendo el pase a planta permanente de los trabajadores.

¹⁴ CICOP es un sindicato que representa a los trabajadores profesionales de hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Correlativo al trabajo de campo de esta investigación, el gremio CICOP comenzó un proceso de incorporación de trabajadores de salud a nivel municipal. En ese proceso se encontraban los trabajadores del Municipio de La Plata al momento de la realización de las entrevistas.

¹⁵ Refiere al Sindicato de Trabajadores Municipales de La Plata (STMLP).

¹⁶ Asociación Trabajadores del Estado: sindicato nacional que representa a los trabajadores estatales.

investigación que realizamos, cosa que es bastante compleja porque depende de cada uno. A mí me interesan muchas cosas. Pero hay gente que no le interesa lo más mínimo y nadie le importa nada, una vez que estas en planta permanente es todo lo mismo.

Psi 5: A nosotros los municipales nunca nos dieron pelota. Pero este es como que me parece que se está abriendo una brecha muy grande, que estamos quedando desde la parte de los pobres, es muy distinto a los hospitales [públicos provinciales]...

Es que, a diferencia de la carrera hospitalaria, una vez que una persona consigue el puesto de planta permanente en el municipio no accede a un cargo mayor por concurso; solo podría ser asignado/a como director/a del CAPS por decisión política. En cambio, los profesionales que se encuentran contratados por la Ley Provincial 10.471 (Régimen para la Carrera Profesional Hospitalaria) pueden acceder a distintos cargos como ser jefes de residencia, de sala, servicio o directores asociados de hospitales. De hecho, en muchos municipios los trabajadores de salud municipales exigen que sus trabajos se enmarquen en dicha ley. En algunos, como el Municipio de Florencio Varela, eso ya ha sucedido. Al suceder esto, los sueldos se nivelan con los que brinda la jurisdicción provincial y el PNA se vuelve un ámbito laboral más elegible y menos desechable. Surge de estas entrevistas también que, en gran parte debido a los sueldos, el primer nivel no es algo que las psicólogas hayan elegido, sino más bien, una necesidad. Veamos algunos ejemplos que ilustran la afirmación previa:

Psi 13: Algo que dificulta es el sueldo. Sobre todo, porque, bueno, yo imagínate que... en mi centro de salud somos dos planta permanente, diez municipales mensualizados, y cuatro médicos comunitarios. Que no se les aumenta el sueldo hace dos años.

Psi 15: En realidad estaba tirando curriculums y pase por la Secretaría de Salud. En ese momento los sueldos eran bajísimos, como ahora, pero mucho más bajos y no había... no había nadie que quiera ocupar, bah, no había una gran demanda de personas que quieran participar. Me llamaron a mí, de un día para otro salió...

Psi 12: Es muy raro, es muy raro. Acá lo que costó que actualizaran un poco el sueldo a municipales... Todos cobran distinto, todos, sin saber por qué. Me contaba una persona que tiene un amigo que entró el mismo día que él hace 30 años y está cobrando \$3.000 más, no se sabe por qué... por eso me afilie a CICOP.

Entonces, en este contexto de precarización laboral (incluso de quienes están contratados de forma regular) la organización sindical del trabajo aparece como una herramienta que puede dar lugar a mejores condiciones laborales.

c. Comunidad académico-profesional

Como mencionamos anteriormente, todas las profesionales entrevistadas eran psicólogas clínicas o licenciadas en psicología. Respecto a la formación de posgrado, siete de las veinte entrevistadas había realizado el Posgrado Médicos Comunitarios. Dos personas se encontraban realizando una especialización en clínica psicoanalítica de niños y adolescentes, y una psicóloga se encontraba realizando una especialización en clínica psicoanalítica con adultos. Además, seis psicólogas formaban o habían formado parte de asociaciones psicoanalíticas donde se supervisaban y realizaban cursos y seminarios, entre ellas dos que también habían realizado el Posgrado Médicos Comunitarios. Dos personas estaban asociadas a una escuela de psicoanálisis vincular y el resto a una asociación psicoanalítica con orientación lacaniana. Es decir, que la comunidad académico profesional de referencia para las psicólogas entrevistadas está constituida principalmente por el campo del psicoanálisis.

Como se dijo en los primeros capítulos, las carreras de psicología en el Río de La Plata se centraron en un método antes que en un objeto (Morales Calatayud, 2016), es decir, las carreras se centraron en el método clínico, utilizando al psicoanálisis como marco teórico para ejercerlo. Como también se mencionó previamente, dentro de la misma comunidad psicoanalítica es una discusión si puede o no realizarse terapias breves utilizando este marco teórico. Dentro de estos debates, las posiciones del psicoanálisis lacaniano tienden a negar esta posibilidad. No es el objetivo de esta tesis introducirse en

estos debates, pero es necesario señalarlos para comprender los argumentos y tensiones que pueden generarse dentro de esta comunidad al momento de pensar el trabajo en salud mental en el primer nivel de atención.

Como también vimos en el capítulo 2, teniendo en cuenta la imposibilidad de realizar terapias breves desde el psicoanálisis y la necesidad de atender a la mayor cantidad de población en el PNA, este está contraindicado desde los marcos teóricos en la materia. En cambio, se lo recomienda para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, donde la atención es (o debería) ser más específica, las demandas más homogéneas y los tratamientos más prolongados.

Si bien las psicólogas entrevistadas no hicieron mención a marcos teóricos en la materia, a saber, respecto a la atención de salud mental en el PNA, si hicieron referencia al Protocolo realizado por la Secretaría de Salud municipal. En dicho protocolo se explicita que la atención psicológica será por “el plazo institucional establecido (máximo 6 meses o 24 sesiones de 15 a 50 minutos cada una)” (Secretaría de Salud, 2011, p. 13). Luego de esos 6 meses se otorga lo que denominan “alta institucional”. Esto es analizado desde una dimensión jurídica por algunos autores (Saforcada et al, 2020) y lo consideran problemático en tanto niega el acceso a un derecho garantizado en nuestra Constitución, el derecho a la salud. Consultada al respecto una de las psicólogas entrevistadas nos dice:

Psi 13: “claro! Seis meses es muy poco, no se puede. Igual acá nadie te dice nada y en algunos casos, si es que la persona puede, se la deriva al consultorio particular”.

Respecto a la derivación posterior al consultorio particular, si bien esto puede resultar muy cotidiano y *off the record* se conoce que se realiza en muchas instituciones públicas y privadas, también es necesario decir que derivar un usuario desde una institución al consultorio particular está expresamente prohibido en el Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires¹⁷. Respecto al “alta institucional”, otras psicólogas agregan:

¹⁷ Art. 51.- El psicólogo que trabaje en una institución no podrá derivar clientela de ésta a su consulta particular.

Psi 4: *“Bueno, no es que se cumplieron los 6 meses ayer y se va a ir, no es así. Tratamos de evaluar la urgencia, entre comillas”*

Psi 14: *“Muchos de los pacientes que tengo en privado han venido acá y, porque consiguieron laburo, se les complico con los horarios, hacía mucho que venían o porque quisieron ir al privado”*

Un señalamiento interesante de una psicóloga formada en una escuela de orientación psicoanalítica de la ciudad muestra una tensión entre su comunidad, sus herramientas y su trabajo en el PNA:

Psi 10: *“Y, teóricas... psicoanálisis es una... ha sido también como toda una lucha con el psicoanálisis ortodoxo lacaniano, yo me formé en la orientación lacaniana y es toda una lucha, porque cuando empecé en la muni y además iba a [menciona una institución psicoanalítica lacaniana], algunos me dijeron “ay, eso... es horrible, que vas a hacer?” y no, es poner en práctica todo eso.... Yo pienso que esta bueno, ¿Por qué el psicoanálisis es el consultorio nada más? La escucha tiene que estar [...] y hay compañeros que todavía hoy me dicen: ay, pero cómo seguís yendo ahí, dejate de joder.”*

Se desprende de lo anterior que para algunas personas que convergen con ella en una escuela de formación determinada, el trabajo en el PNA no es una opción laboral apetecible. Esto entra en línea con el hecho de que ninguna de las psicólogas entrevistadas había elegido trabajar en el PNA, sino que era la necesidad de un empleo lo que había hecho que acepten ese trabajo. Solo la psiquiatra mencionó que siempre quiso trabajar en APS y por eso trabajaba en un CAPS.

En un caso citado previamente, una psicóloga puso en cuestión su propia formación al criticar esta posición desde la cual la prevención y el psicoanálisis se proponían como contradictorios, vale la pena recordar dicho argumento:

Psi 20: *“[mi formación] me encuadró mucho en el psicoanálisis y pensando que si no era psicoanálisis era todo una cagada: lo territorial, el trabajo en grupo. Me costó muchísimo salirme de Lacan para poder ingresar a otros espacios. Era como que todo me parecía mala palabra, todo era una cagada. Por ejemplo, me acuerdo siempre en [menciona una asignatura y un docente de su formación de grado] decía ‘¿Cómo van a hablar de prevenir, que es eso? ¿Se puede prevenir el deseo?’ y yo pensaba: ‘claro, que pelotudo!’. Y la verdad que*

después me di cuenta: ¡que boluda yo! Y así escuche a un montón de psicoanalistas que decían 'todo es una mierda', me costó años sacarme todo eso de encima."

Consultadas respecto a su formación universitaria de grado en lo relativo al trabajo en el PNA nos encontramos con tres grupos de respuestas. Por un lado, están quienes piensan que la carrera de grado les brindó las herramientas necesarias para su trabajo:

Psi 4: "Sí, la verdad que el nivel excelente. Yo igual hago psicoanálisis y sigo mi formación. Estuve en la Escuela [menciona una institución psicoanalítica freudiana], hago mi análisis propio".

Psi 19: "Si estuvo muy bien. Yo creo además que es indispensable un análisis personal. Sí, un análisis."

Por otro lado, están quienes consideran que la carrera de grado no fue suficiente (de nuevo, una gran correlación entre las integrantes de este grupo y quienes han realizado el Posgrado Médicos Comunitarios). De todas maneras, quienes respondían que la formación de grado había sido insuficiente, no criticaban su contenido ni orientación, solo que la formación debía continuar una vez egresados. Es posible hallar una convergencia entre los dos grupos descriptos hasta aquí. Todas las personas entrevistadas consideraron que los marcos teóricos psicoanalíticos eran los adecuados y era por allí que debían continuar su formación. Veamos algunos ejemplos de lo que ellas respondieron al indagar sobre la formación de grado:

Psi 17: "Es una cuestión de ética después. La verdad es que las facultades (todas) te dan un porcentaje en cuanto a herramientas... después son cuestiones éticas. Una vez que terminas tu formación de grado formal empezás a formarte".

Psi 5: "Si estuvo muy bien, aunque siempre viene bien seguir formándose"

Psi 7: "yo iría por la Universidad por un lado y la Medicina Comunitaria por otro [se refiere al Programa Médicos Comunitarios]. Nuestra formación universitaria para mí es genial, después está en cada uno, no?... y la especialización también"

Psi 10: *“me formé en [menciona una institución psicoanalítica lacaniana] tres años y en mi consultorio también. La Universidad me dio una muy buena base. También, cosas que en el momento decís: “qué pesado, estadística, o estudiar biología”. Y ahora me parece re importante. Estando acá, me di cuenta de que es importante. Cómo no va a ser importante si es biología. Pero bueno, en el momento... no, números, eso... el “para todos”... Siempre está esto que yo me planteaba, del psicoanálisis de lo singular, y acá está el “para todos”. Y es necesario el para todos, y nosotros tenemos que romper con algo de eso escuchando la singularidad”*

Psi 17: *“En su momento hice pasantías en [menciona una institución psicoanalítica lacaniana]. Tenía grupo de estudio, casos y a partir de los 8 meses empezabas a atender pacientes. Todo funcionó para mí como formación. Me permitía muchas cosas. Yo cuando vine acá no tenía ninguna formación, estaba sola. Y con eso me fui armando, pero eso puede darte también la experiencia”*

Por último, cuatro psicólogas han sido muy críticas de su formación de grado, entre ellas la citada previamente (Psi 20). De nuevo, las cuatro formaron parte del Posgrado Médicos Comunitarios.

Psi 6: *“No, no me sirvió para trabajar acá, me hice sola”.*

Psi 7: *“No teníamos ni idea como trabajar acá, por eso el Posgrado nos ayudó un montón. Nosotros, los que salimos formados de la Universidad salimos con una formación muuuuy clínica donde lo comunitario no existe. Esto de salir a la calle, encontrarse con instituciones, ir a escuelas es algo que generaba y genera muchas resistencias. Y ahora también: cuando empiezan a trabajar se encierran en el consultorio. Es todo un tema que pueda salir. Bueno algunos no, por suerte, con otros cuesta”*

Psi 11: *“No, obviamente nosotros... los que salimos formados de la Universidad... ahora por ahí se está abriendo un poco más, pero era bien con una mirada clínica en donde lo comunitario poco y nada, lo veíamos en una sola materia que es un cuatrimestre y nada más. Así que esto de salir a la calle, de encontrarte con las instituciones, ir a hablar con las escuelas... viste, era como algo que generaba... y genera hoy en día, mucha resistencia en los compañeros. Cuando entras a un centro ya armado lo que hacen las compañeras por lo general es meterte adentro del consultorio... los*

engranajes ya están hechos. El posgrado da otras herramientas, ya te digo, es una formación totalmente distinta.”

Además, como vimos previamente, el trabajo en el PNA no fue una elección de estas personas, sino una necesidad. Podemos inferir que en parte se debe a esta tensión entre una comunidad académico-profesional que tiene al psicoanálisis ejercido de forma privada en consultorios particulares como ideal y un trabajo que implica salir del consultorio y que, cuando se trabaja desde el consultorio, la demanda es muy distinta a la que se recibe en el ámbito privado. Y aunque algunas personas admiten intentar realizar el mismo trabajo en sus distintos ámbitos laborales, a su vez admiten que dichas herramientas no tienen la misma eficacia en el CAPS. La tensión se vuelve evidente y palpable, sobre todo para aquellos profesionales que desean utilizar las herramientas brindadas por su formación de grado en el centro de salud.

6.5. Reglas

En este apartado nos detendremos en las reglas. Este punto forma parte del triángulo ampliado propuesto por Engeström para analizar los sistemas de actividad y refiere a toda normativa que forma parte de la regulación del sistema. Las reglas refieren a las normas, regulaciones, convenciones y principios, implícitos o explícitos, que restringen las acciones dentro del sistema de actividad (Engeström, 2001; Yamazumi, 2006).

Una regla fundamental de este sistema de actividad es la legislación en la materia. La Ley de Salud Mental 26.657 es un eje central que establece reglas y condiciones para este sistema de actividad e indica una clara estrategia en lo que refiere a la atención de la salud mental teniendo como base a la atención primaria de la salud. Esta Ley, indica un tratamiento en la comunidad, con el fin de no romper los lazos sociales y, por el contrario, reforzarlos (artículo 9). Los CAPS (municipales) y los Centros Provinciales de Atención (CPA), por su función, objetivos y su ubicación en cada uno de los barrios de la ciudad, son los dispositivos centrales para poder cumplir con la normativa. Por ley, los hospitales monovalentes psiquiátricos deberán dejar de existir y las internaciones serán realizadas en hospitales generales (segundo nivel de

atención), que podrán ser nacionales, provinciales o municipales. Nuestra ciudad no posee hospital municipal, pero los hospitales generales (provinciales) de la ciudad han ido adaptándose a la normativa incluyendo camas de internación en sus servicios de salud mental.

Además, las normativas (Ley 26.657; Resolución 1876-E/2016) y las recomendaciones de organismos internacionales (OPS, 2009; OMS, 2013) exigen la presencia de psicólogo, trabajador social, enfermero, psiquiatra y de medicamentos psicotrópicos en el Primer Nivel de Atención. Estos dos últimos requerimientos, amén de la legislación, no se cumplen en los efectores de salud municipales. De todas estas normativas las únicas que las psicólogas entrevistadas conocen y citan como normativas que hacen a su trabajo es la mencionada Ley 26.657.

Psi 3: "Nuestro gran encuadre en APS es el tema de las leyes vigentes, en función de eso me parece que pensamos la intervención, más allá de la atención psicológica ¿no? Eso es lo que intento transmitir cuando vienen los chicos de la facultad... Vienen de las practicas pre-profesionales. Digamos, que puede haber una demanda de tratamiento, pero si no están las condiciones físicas sociales... se le va a dar la posibilidad, pero especialmente generar las condiciones para que el tratamiento sea posible"

El PNA se vuelve central para que la Ley 26.657 pueda ser aplicada. Como se dijo previamente, en la estructuración actual del sistema de salud argentino, el Primer Nivel de Atención, centrado en la estrategia de APS, es el dispositivo indicado para realizar este abordaje. Sin embargo, para empezar, no disponen del factor humano suficiente. En países como Italia (del cual se tomó su reforma en salud mental como modelo para la creación de la Ley 26.657) el Primer Nivel de Atención es en el que se realizan los tratamientos en salud mental (recordemos, desde la década del 90 ya no hay manicomios en Italia). Pero para que eso funcione el Primer Nivel debe estar brindando servicios las veinticuatro horas ya que, en palabras de Franco Basaglia (2008): la locura no tiene horarios. Además, (y así es en el caso italiano) el primer nivel de atención debería contar con camas de internación o, en todo caso, una referencia aceptada que permita una derivación a un hospital de segundo nivel

de atención, que, como vimos, tampoco se logra en la ciudad. Dos psicólogas entrevistadas hacen un comentario casi calcado al respecto:

Psi 15: *“ahora la Ley dice que la atención tiene que ser lo más cercano del domicilio, pero no tenemos como”*.

Psi 11: *“¿la ley qué dice? “Se tienen que atender lo más cercano a su domicilio”, entonces sin psiquiatra no tenemos el dispositivo necesario”*.

Otras entrevistadas hicieron hincapié en la falta de psiquiatras como un condicionante a la hora de atender pacientes: *“la infraestructura no existe”*; *“la principal problemática es la falta de psiquiatras. En el municipio contamos con solo una psiquiatra”*; *“no tenemos medicamentos, mucho menos psicotrópicos”*.

Respecto a la organización jerárquica del Primer Nivel de Atención Municipal, estas trabajadoras deben responder a las indicaciones, por un lado, del director del CAPS en el que trabajan (cargo que suele estar destinado al médico o médica con mayor antigüedad) y, por otro lado, a la responsable de salud mental del municipio, quienes a su vez son agentes que representan a la Secretaría de Salud del Municipio de La Plata.

La cantidad de CAPS (45) hace que haya un CAPS disponible en cada barrio de la ciudad, siendo un centro de referencia para los habitantes del barrio y, como se dijo anteriormente, cada CAPS posee un trabajador psicólogo. Además, nuestro municipio, al ser la capital de la provincia, cuenta con 5 hospitales provinciales con servicio de salud mental, uno de ellos monovalente, especializado en salud mental, (Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero), también cuenta con 12 Centros de Provinciales de Atención (CPA) con servicio de salud mental y el único hospital de rehabilitación de consumos problemáticos de la provincia (Hospital Especializado en Toxicología y Salud Mental Reencuentro). Esto no es habitual en los Municipios bonaerenses, de hecho, en muchos de ellos los CAPS no cuentan con servicio de salud mental (Chiara et al., 2009; PNUD, 2011; Lago et al., 2013). Con esto busco señalar una fortaleza que hay respecto al cuidado de la salud mental en nuestro municipio: los recursos técnicos y el factor humano. Sin embargo, esto resulta insuficiente, el trabajo coordinado con la jurisdicción provincial se vuelve

difícil. Recordemos que los CAPS no cuentan con psiquiatras ni internación, por lo tanto, el servicio de salud mental que (como dijo la responsable del área) “es una psicóloga”, necesita apuntalarse y trabajar de forma coordinada con otros efectores que puedan ofrecer los servicios de los que carece el CAPS. Esta tarea no resulta sencilla:

Psi 4: “Ahora todos los hospitales cerraron sus atenciones. El único por ahí el [menciona un hospital público provincial] tiene admisiones a psiquiatría, y el [menciona un hospital público provincial] hay que ir viendo psicología”

Psi 17: “No, no, yo mandar no puedo [a un hospital público provincial]. Está prohibido mandar. Es muy difícil la derivación con niños”.

Psi 8: “Si tenés una buena relación con los servicios, o contactos, o una buena comunicación, que no es imposible... que uno trata por ahí, pero pasa que bueno a veces no se puede, ahí te das cuenta de que todo el sistema está colapsado”.

Psi 11: “Vos te encontrás con hospitales, como el [menciona un hospital público provincial] o el [menciona un hospital público provincial] que tienen cerradas las admisiones, no aceptan pacientes para internarlos. ¿Entendés lo que te digo? Vos hacés un pedido que tenés un paciente psicótico, que estás atendiendo en el primer nivel de atención, que vos considerás que lo tiene que atender el segundo nivel de atención, no te lo aceptan”

Psi 17: “...las articulaciones con los hospitales hay que remarlas, no hay nada hecho. Depende de cada una de nosotras, si conocemos, si nos movemos”.

Las condiciones materiales y contractuales en las que estas psicólogas se encuentran inmersas son también normas que regulan el sistema y por ende parte de las reglas que restringen las acciones dentro de él. Por un lado, como se dijo, cada psicóloga trabaja para un CAPS o bien para dos, siendo en todos los casos (con una sola excepción) la única psicóloga del centro de atención. En todos los CAPS visitados las psicólogas tenían su propio consultorio. Si bien no eran las únicas personas que lo utilizaban, la rotación de horarios hacía que cuando ellas iban nadie más lo utilizara (profundizaremos sobre la relación con el resto del staff en el próximo apartado referido a la división del trabajo). De esta forma, cada psicóloga disponía de un consultorio durante su jornada de

trabajo. Como se viene planteando, el contexto converge y performa una forma particular de ejercer la psicología: la clínica individual de corte psicoanalítico.

Otro dato importante para señalar, que regla el trabajo de las psicólogas es el horario por el cual son contratadas. Como se mencionó previamente hay tres modalidades de contratación distintas: personal de planta municipal, contratos mensualizados con el municipio y becarias del Programa Médicos Comunitarios. Ya hemos enumerado las diferencias en cuanto a derechos laborales de las distintas modalidades de contratación. Queremos señalar ahora las diferencias respecto a la jornada laboral de cada grupo: quienes pertenecían al Programa MC eran contratadas por 20 horas semanales y quienes estaban contratadas por el municipio (planta permanente o mensualizadas) debían trabajar entre 30 y 36 horas semanales. El promedio era de 30 horas a la semana. Este dato es un primer condicionante ya que, en el mejor de los casos, un CAPS podría contar con una psicóloga seis horas por día, seis veces a la semana. Sin embargo, eran las personas con un contrato de 36 horas semanales quienes debían ir a más de un CAPS y el bajo salario era compensado reduciendo las jornadas laborales. Por esta razón las entrevistadas admitían que trabajaban seis horas por día, cuatro días a la semana y solo quienes estaban en planta por 36 horas trabajaban cinco días a la semana.

Respecto al salario, si bien no se les preguntó explícitamente por ello, algunas personas lo mencionaron. Al parecer, la forma de contratación que más pagaba por hora era el Programa Médicos Comunitarios, financiado por el Estado Nacional. Pero al ser solo 20 horas cobraban algo similar a lo que cobraban las trabajadoras mensualizadas del municipio por 30 horas. Por esta razón, las personas con estas dos modalidades de contratación trabajaban la misma cantidad de tiempo. Las trabajadoras de planta municipal cobraban un poco más, al estar contratadas por 36 horas y gozar de beneficios salariales como la antigüedad y el aguinaldo, por esa razón desde el municipio se le exigía un día más de trabajo a la semana. La responsable del área era consciente de estas contradictorias condiciones entre el deber ser emanado de la ley y las condiciones materiales:

Psi 11: *“si uno tiene en cuenta lo que dice la ley de salud mental en donde el mayor presupuesto debería estar destinado al primer nivel de atención, en cuanto a recursos, en cuanto a dispositivos... nada de eso sucede. A nivel municipal compañeros cobran muy poco. Entonces bueno, hay una crisis terrible, ¿Por qué, además? Porque lo que dice la ley... la ley se anticipó obviamente a algo que... o sea, todo muy lindo la ley, pero la realidad... dista enormemente.”*

Estas condiciones materiales son determinantes para el trabajo en PNA, siendo una limitación material estructural que obstaculiza modalidades de intervención e invita a otras. Como se dijo previamente el acceso a la salud es un derecho humano en nuestros marcos jurídicos. Entonces si una persona solicita atención psicológica en un CAPS no se le es negada (por lo menos hasta el momento del alta institucional) y teniendo en cuenta el poco tiempo que disponen estas trabajadoras en el centro, es difícil que si acceden a esa demanda puedan realizar otro tipo de trabajos: visitas domiciliarias, grupos de prevención y/o promoción, atención psicológica grupal, participar de actividades con el resto del equipo, etc. Ante esta disyuntiva que el poco tiempo de trabajo plantea, ya vimos como la formación de grado, posgrado y los deseos de estas psicólogas las llevan a inclinarse ante un tipo de modalidad de intervención en particular. Veremos ahora cómo las reglas emanadas desde el municipio a través de sus agentes (Secretaría de Salud, responsable del Área y los directivos de cada CAPS) apuntan en la misma línea:

Psi 6: *“En realidad uno trata de hacer lo que quiere y lo que puede, pero siempre está lo que se da en las reuniones de equipo: que quede registrado en la estadística, ver cuántos pacientes atendiste, porqué tenés tan poco, esas cuestiones”.*

Psi 2: *“Cuando nos piden tareas comunitarias a veces lo que quieren es que salgamos a la calle, lo cual es complicado, porque si salís a la calle “¿porque no estás en el centro de salud?”*

Psi 18: *“Y... las unidades sanitarias funcionan bastante desde lo asistencial. Organizan otras actividades a veces, pero lo que yo veo es que hay una fuerte demanda de lo asistencial, también desde el nivel central, que nos pide a los profesionales cumplir el horario haciendo consultorio... Yo no puedo suspender*

las sesiones de consultorio para participar de una actividad, eso me indica el coordinador. Son cosas que van más allá de mí.”

Psi 9: “Las tareas que me son asignadas tendrían que ver con la atención de pacientes y el trabajo comunitario... ponele... eso es lo menos estricto. Lo que nos exigen desde la Secretaría de Salud es la cuestión del consultorio. Que lo anote en estas planillas, la parte burocrática. Acá particularmente en este centro, mi jefe es médico, no me exige ninguna tarea específica, solamente que cumpla con eso de la Secretaría”.

Entonces, como vemos, las reglas, la comunidad académico-profesional, las herramientas y las psicólogas como sujetos del sistema de actividad convergen generando un espacio de trabajo en el que el consultorio y la atención clínica individual se vuelve central y, teniendo en cuenta la verticalidad de estas reglas, obligatorio.

6.6. División del trabajo: trabajo interdisciplinario e interagencialidad

La interdisciplina “es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2015, p.2). En la APS, teniendo una concepción integral de la salud, el trabajo interdisciplinario se vuelve una herramienta fundamental. Teniendo en cuenta la necesidad del trabajo interdisciplinario para lograr una atención integral de la salud, modalidades de abordaje que puedan enmarcarse en una comunicación reflexiva serán las convenientes en el PNA.

Con el fin de ordenar el análisis se proponen en este apartado dos ejes: uno horizontal que contempla las relaciones entre pares, es decir, entre compañeros de trabajo, y otro vertical que considera las relaciones de jerarquía.

Para poder pensar la interagencialidad es necesario primero especificar quiénes son los agentes que participan de esta actividad. Hagamos antes un breve recorrido histórico-administrativo. El área de salud mental dentro del municipio de referencia fue creada en el año 2003, a través del Decreto Municipal 1797/03 como Programa de Salud Mental, el cual “tiene como

objetivo abordar el problema en su verdadera dimensión a partir de la construcción de un sistema de salud inclusivo, mantener la salud mental de la población, prevenir el desarrollo de trastornos mentales y reducir los efectos sociales de los mismos” (Secretaría de Salud, 2011, p. 5). El mencionado decreto no especifica acciones, sino que delimita un objetivo de forma genérica e indica algunas líneas de acción: supervisión clínica sin costo para los profesionales del área; fomentar la relación con el Colegio de Psicólogos y la Universidad Nacional de La Plata; articular con el Ministerio de Salud Provincial y ONGs; articular con diferentes actores institucionales. Por otro lado, se establece la dependencia administrativa del Programa dentro de la Secretaría de Salud Municipal. La emisión de este decreto jerarquiza un servicio existente: el servicio de salud mental (o, podríamos decir, “las psicólogas”) en el PNA, dándole cierta autonomía para determinar acciones teniendo una responsable que viene del campo de la psicología. Según cuenta una figura clave entrevistada, hasta ese momento las acciones eran determinadas desde la Secretaría de Salud, siempre a cargo de un médico.

Al momento de las entrevistas, los 19 CAPS en los que las psicólogas fueron entrevistadas contaban con los siguientes servicios: pediatría, medicina general, ginecología, enfermería, promotores de salud, limpieza y administración. Otros servicios no se encontraban en todos los CAPS, a saber: odontología (en 13 de los 19 CAPS), trabajo social (en 17 de los 19 CAPS), obstetricia (en 16 de los 19 CAPS). En todos los casos, las entrevistadas atribuían esta falta de profesionales a los bajos sueldos ofrecidos por el municipio. Esto último, una psicóloga que era muy amiga de una trabajadora social que había renunciado hacia poco tiempo nos dice:

Psi 15: “Acá muchos están de paso. ... [la trabajadora social] renunció hace poco. Y habíamos hablado, yo ya sabía, ella quería entrar a un hospital, porque pagan mejor obvio, sino se quedaba”

Otro dato a tener en cuenta son los horarios que los diferentes profesionales cumplen en cada CAPS. Si bien ya se mencionó algo al respecto al hacer referencia a las psicólogas como agentes del sistema, cabe ahora señalar que sucede con frecuencia que los diferentes profesionales no

convergen al mismo tiempo en el centro lo que dificulta la tarea compartida. Una psicóloga nos dice al respecto:

Psi 8: “Una dificultad a nivel del Centro de Salud: los horarios. Por ejemplo, viste que te decía que estoy trabajando mucho con la trabajadora social, bueno intentamos hacer una reunión de equipo que nunca se pudo hacer porque todos tenemos horarios diferentes. Y la mayoría cuando no va está trabajando en otro lado, entonces se vuelve difícil coordinar un encuentro. Si, el horario dificulta.”

Aparece en este último relato otra variable que complica el trabajo en el CAPS: el multiempleo en los profesionales de la salud. Este fenómeno va de la mano con el bajo salario recibido, dificulta el trabajo interdisciplinario y en algunos casos lo imposibilita, como nos dice la siguiente entrevistada:

Psi 12: “A mí me cuesta mucho [el trabajo interdisciplinario]. Por ejemplo, el pediatra hace unos meses está trabajando acá y todavía no nos conocimos porque él viene de mañana unas horas y yo llego al mediodía”.

Hechas estas observaciones, veamos cómo describen estas psicólogas el trabajo interdisciplinario y con quienes dicen trabajar dentro del equipo de cada CAPS. Ante la pregunta “¿Realiza actividades con otros integrantes del equipo de salud?” nos encontramos frente a las siguientes respuestas:

Psi 5: voy a escuelas con la ginecóloga y la obstetra, hacemos ESI [educación sexual integral]

Psi 8: yo trabajo mucho con la obstetra, cuando hay violencia... o alguna situación que lo amerita.

Psi 4: hacemos charlas en escuelas, en los colegios de acá de la zona. Generalmente cuando vamos a dar una charla con la obstetra y la trabajadora social.

Psi 17: Si, sobre todo cuando involucra cuestiones que tienen que ver con un abordaje distinto de un consultorio. Niños, violencia, medicación... cuando eso se concreta hay que intervenir de otra manera y no siempre... [breve pausa]... Vamos haciendo un poco lo que nos va pareciendo en el momento, porque a veces no tenemos con que...

Psi 6: yo generalmente me junto con la trabajadora social para tratar algo del Servicio Local, comentar o ver charlas conjuntas. Con ella es con la que más trabajo. Igualmente, yo suelo trabajar sola. Sé que es imposible trabajar sola, por la complejidad de los casos habría que abordarlos de forma integral. Las situaciones que llegan son complicadas, pero a mi particularmente nunca me dijeron que trabaje con fulano tal cosa.

Psi 20: sí, algunas sí. Por ejemplo, alguna derivación.

Esta última afirmación es interesante y concuerda con las investigaciones en la materia. Siguiendo a la teoría de la actividad, esto podría enmarcarse en la estructura de interagencialidad denominada *coordinación*. Las psicólogas además de realizar derivaciones, las reciben cuando la obstetra o el médico generalista les derivan casos de violencia, ataques de pánico o depresión:

Psi 17: "Mis compañeras las clínicas [médicas] derivan mucho todo lo que tiene que ver con ataque de pánico y depresión"

Psi 9: "Llegan derivaciones de los compañeros. Estamos bastante con las obstétricas"

Psi 2: "Mis compañeros dentro del Centro de Salud, que son los que muchas veces me derivan pacientes"

Psi 13: "el jefe [médico generalista] deriva mucho cuando están angustiados, o por ahí un duelo. Los ataques de pánico también... Después la obstétrica, cuando hay situación de riesgo. La pediatra también, cuando hay una situación de violencia"

Psi 10: "Esto de consultorio de hacer como interconsulta... y sobre todo pediatría y obstetricia son con las que más trabajo, con las que mejor me llevo. Porque, aunque tenemos miradas distintas, la verdad que escuchan. Mi jefe que es médico generalista por ahí te deriva más que nada"

En este último caso podemos pensar en una cooperación entre distintos agentes. Es decir, cooperan en pos de un objetivo sin cuestionar o modificar el guion y, por ende, el sistema de actividad. Entonces, el trabajo interdisciplinario, si es que puede llamarse así, se concentra en la alianza coyuntural que generalmente se da con la obstetra y la trabajadora social. En

conjunto (sea en parejas o tríos) realizan las diversas actividades que se mencionas más arriba. Respecto al caso de las trabajadoras sociales, la psicóloga responsable del área nos dice:

Psi 11: “[respecto a las trabajadoras sociales] trabajamos muy a la par. Ellas con su mirada y nosotras con la nuestra. No quiere decir que trabajar interdisciplinariamente se confundan disciplinas, cada uno tiene sus objetivos y demás. Entonces ya te digo, para nosotros es un compañero o una compañera fundamental en el centro de salud, porque nos permite esto, el trabajo en equipo... ellos están acostumbrados... desde el inicio de la formación. Entonces esa herramienta, que a nosotros nos genera como más resistencia, ellos nos permiten ayudar.”

Es interesante el señalamiento último que hace esta persona acerca de una resistencia que considera constitutiva de, al menos, las psicólogas que trabajan en el municipio. Y es más interesante aun sabiendo el cargo que ella ocupa. Sin embargo, no todas las psicólogas logran una cooperación o comunicación reflexiva con las trabajadoras sociales. Hemos descripto más arriba un caso en el que la psicóloga no quería tomar tareas que consideraba eran de y solo de la trabajadora social. Vemos otro caso a continuación:

Psi 16: “A veces me piden que los calme, y yo les digo que son los trabajadores sociales quienes deberían hacerlo, y me piden “bueno, ordenalos un poco”. Pero bueno, hay algo que me excede, porque yo tengo muchas amigas trabajadoras sociales... En realidad, me excede. Cuando no había trabajadores sociales me he encontrado con informes que me enojé bastante, porque no sabía cómo redactarlo... claro, no sé cómo redactarlo porque es un informe social. No tengo ni idea”

Una psicóloga en particular problematizó este estado de situación durante la entrevista:

Psi 8: “Una cuenta pendiente es el trabajo en equipo, más allá de las acciones concretas, poder pensar entre todos el caso o la situación, porque como es tan amplio por ahí cada uno aporta algo, pero eso lo perdemos en la dificultad de juntarnos y demás. Para este caso, para todos”

Entonces, el trabajo interdisciplinario con los compañeros del CAPS es una tarea que se dificulta por las condiciones materiales (horarios laborales) y

que logra formularse en algunos casos con una baja intensidad y sólo con algunos profesionales (obstetra y trabajador social).

Si se considera el segundo eje vinculado a las relaciones que suponen jerarquía, deben considerarse los vínculos de las psicólogas con los/as directores/as de los CAPS, con la responsable del Programa de Salud Mental y con la Secretaría de Salud Mental Municipal.

Según las psicólogas, desde estos ámbitos se configura una *“indicación fuerte que hay de demanda asistencial”* que *“quita tiempo y posibilidades de hacer otro tipo de abordaje”*. Veamos un par de respuestas en este sentido:

Psi 2: “ellos quieren que atiendas... yo en realidad no sigo la demanda [de los directivos], trato de ver que está pasando y salirme de la serie, porque si yo entro en serie con todo lo que están apuntándole, asignándome, no puedo trabajar”.

Psi 13: “en la atención clínica misma estamos haciendo prevención y promoción, los médicos hegemónicos creen que si no haces un taller no haces ni promoción ni prevención”.

Otro caso, hace palpable esta división, pero por la negativa:

Psi 12: “Con [compañera del CAPS] pensamos en ese taller para trabajar de otra manera en lo grupal, y bueno, esto de empezar a apoyarse en otros para el tratamiento y ... bueno, ya te habrá contado [otra persona que participó de dicho taller] varias cosas, porque ahí hay también mucho laburo. Y bueno... con eso ya terminé... cuando me fui terminé muy desgastada. Porque bueno, les contaba eso. Yo salía del barrio y me venían a decir que yo estaba haciendo política en el barrio.

E: ¿Desde el CAPS?

Psi 12: No del CAPS. El secretario de salud, la Secretaría, empezaban a decir, “qué está haciendo en el barrio, está haciendo actividad política”.

Esta división del trabajo implica un recorte del rol canónico del psicólogo en el PNA, reduciéndolo a la atención clínica. Recordemos como un dato que la mayoría de los directores de los CAPS son médicos, al igual que los secretarios de salud municipales desde la creación de la Secretaría. Sería

interesante poder consultar a directivos y secretarios municipales para conocer qué rol piensan ellos debe ejercer el psicólogo y quienes serían los encargados de realizar abordajes comunitarios e integrales (¿los promotores? ¿los trabajadores sociales?). Una psicóloga en particular señala contradicciones dentro de su CAPS que agregan más incertidumbre sobre las tareas del psicólogo en el PNA:

Psi 9: “cuando nos piden tareas comunitarias, lo único que quieren es que salgamos a la calle, lo cual es complicado, porque si salís a la calle “¿Por qué no estabas en el consultorio?” y si estás en el centro de salud lo que quieren es que hagas talleres en el barrio.”

Como se dijo previamente, esta actividad es la única fiscalizada por el nivel central. Les piden mensualmente las planillas que se mencionaron en el primer apartado, en las que consta la cantidad de prestaciones brindadas. El problema es que pareciera que solo se entiende por prestación a la atención clínica individual.

Respecto a la división del trabajo indicada desde el Programa Municipal de Salud Mental, su responsable nos dice:

Psi 11: “Nosotros tenemos el protocolo. Todo ese trabajo... no es que vino alguien y nos dijo que teníamos que hacer, sino que fue el trabajo en conjunto de varias compañeras en donde pudimos sentarnos a pensar y trabajar, porque era para nosotras... nuestros alcances, nuestras funciones y demás”

Entonces, en el discurso de la responsable del área, el protocolo define roles y funciones que orientan el accionar de las profesionales en el CAPS. A partir de que ella tomó el cargo comenzaron a realizar reuniones mensuales para poner en común lo trabajado durante el mes y, de ser necesario, abordar temas particulares y dar indicaciones. A su vez, se realizó un convenio con una cátedra universitaria de formación clínica con orientación psicoanalítica lacaniana a partir del cual, ellas brindaban el espacio para que los estudiantes realicen prácticas profesionales supervisadas a cambio de la supervisión de su labor en el CAPS por parte de integrantes de la cátedra mencionada.

Asimismo, se realizaban en ese marco ateneos clínicos para el análisis de casos particulares.

Si bien existen relaciones de jerarquía que suponen cierta asimetría en términos de poder, tal como se viene señalando, hay márgenes de libertad en el ejercicio del rol:

Psi 4: "hay una coordinación y reuniones mensuales, pero cada una se maneja con total libertad"

Es interesante que utilice el término coordinación que nos recuerda las estructuras de interagencialidad propuestas por Engeström (2008): no habría en sentido estricto ni cooperación ni comunicación reflexiva.

Antes de concluir el capítulo resulta pertinente incluir una referencia a uno de los CAPS que, a diferencia del resto, contaba con dos psicólogas, lo que podría considerarse lo más cercano a un equipo o servicio de salud mental observado en el territorio estudiado. Resulta interesante lo que señala una de las profesionales haciendo referencia a la llegada al CAPS de su compañera:

Psi 16: "Fue maravilloso, sí, porque podemos hablar todo el tiempo... de pacientes, de cosas, incluso que tienen que ver con el posicionamiento acá, de hacer atención primaria en equipo, de la necesidad de poder articular con otros para poder establecer algunos contactos, herramientas. Creemos que en este centro se necesita trabajar mucho y de a varios".

En la misma línea, la otra profesional agrega:

Psi 17: "Tal cual, nosotras somos de la misma disciplina y lo necesitamos para afrontar y pensar formas de intervención en circunstancias que se presentan, con personas que vienen con situaciones nuevas y donde necesitas pensar como articularlo".

Este caso es el único en el que es posible pensar la división del trabajo en un servicio de salud mental (o de psicología) en el contexto de un CAPS. Es interesante el caso porque el contraste deja en claro las ventajas del trabajo conjunto. Por un lado, la obvia extensión de la jornada laboral y la ampliación de la capacidad del CAPS para dar respuesta a sus usuarios. Por otro lado, se

resalta la importancia del trabajo colaborativo, el poder pensar y hacer con otros en relación con la manera de habitar profesionalmente el campo de la APS.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS: LA INDAGACIÓN DE SITUACIONES-PROBLEMA

En el presente capítulo se analizarán los resultados derivados del instrumento de indagación de situaciones-problema, adaptado a partir del instrumento elaborado y utilizado por Erausquin et al. (2005) en diferentes investigaciones. Al indagar sobre situaciones problemáticas ocurridas en el trabajo de las psicólogas en el PNA, este instrumento complementa la información obtenida de la entrevista, en la que las profesionales relataban su labor cotidiana sin hacer hincapié en episodios particulares que pudiesen haber generado algún tipo de contradicción o revisión de su propio trabajo.

Con el objetivo de esclarecer qué se puede considerar un problema, puede recuperarse la propuesta de Sánchez y García (2011). Los autores plantean que para que haya un problema tienen que cumplirse dos requisitos: por un lado, una distancia entre aquello que se desea y lo que se tiene y, por otro lado, ausencia de una respuesta preestablecida o actividades prefijadas que anulen esa discrepancia. Justamente el hecho de tener que crear una respuesta nueva transforma al fenómeno en un problema lo que puede conllevar aprendizajes y abrir nuevas perspectivas a futuro. Es interesante para este trabajo la distinción que hacen los citados autores respecto a procesos fríos y cálidos en la resolución de problemas. Los procesos fríos se vinculan con la comprensión del problema y la puesta en marcha de acciones para emprender su resolución. Los procesos cálidos aluden a la dimensión emocional y motivacional que genera la situación, lo que puede hacer que neguemos o tratemos de huir del problema, insistir con una respuesta que no brinda soluciones o vernos afectados por una no resolución del problema. Al proceso de resolución de problemas los autores lo dividen en tres etapas, en cada una de las cuales aparecerán procesos fríos y cálidos: comprensión-deliberación del problema, resolución-volición y evaluación.

Para analizar las producciones de las psicólogas en relación con el instrumento se utilizó una matriz que diferencia, tal como se señaló en el capítulo 4, dimensiones, ejes e indicadores (ver Anexo 4). Se calculó el

porcentaje de respuestas en cada indicador, tanto para el grupo total como para los dos subgrupos considerados: el subgrupo con formación de posgrado específica (G2) y aquel sin dicha formación (G1). Asimismo, se realizó un análisis adicional en relación con la comparación entre los dos grupos. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y se calculó si existían entre ambos, diferencias que alcanzasen significación estadística (ver Tablas 3 y 4).

La necesidad de considerar por separado las respuestas de estos dos subgrupos emergió del análisis previo de las entrevistas, en las que pudieron vislumbrarse enfoques diferentes de la actividad en el PNA de acuerdo a la formación.

La presentación de los resultados se realizará considerando las seis dimensiones de la matriz de análisis: situación-problema, intervención profesional, herramientas, resultados y atribución de causas de éxito o fracaso, aprendizaje de la experiencia y cambios en la intervención. En cada dimensión se considerarán las respuestas del grupo total, del G1 y del G2.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos del G1 y del G2 en las seis dimensiones consideradas

Dimensión	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
D1	G1	12	11.17	11.00	2.25	0.649
	G2	9	12.78	13.00	2.44	0.813
D2	G1	12	13.58	13.50	2.84	0.821
	G2	9	15.22	17.00	4.47	1.489
D3	G1	12	3.75	3.50	1.14	0.329
	G2	9	4.11	4.00	1.27	0.423
D4	G1	12	5.17	4.50	1.34	0.386
	G2	9	5.11	5.00	1.45	0.484
D5	G1	12	3.83	3.50	1.59	0.458
	G2	9	4.11	4.00	1.27	0.423
D6	G1	12	4.33	3.00	2.27	0.655
	G2	9	5.11	5.00	2.03	0.676

Tabla 4*Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para cada dimensión*

Dimensión	U de Mann-Whitney	ρ	r de Rosenthal
D1	34.5	.173	.361
D2	39.0	.300	.277
D3	44.0	.485	.185
D4	53.5	1.00	.009
D5	47.5	.664	.120
D6	39.0	.265	.277

7.1. Dimensión 1: situación problema

Esta primera dimensión se centra en el problema que describen las psicólogas y se analiza considerando cinco ejes: 1) de lo simple a lo complejo; 2) de la descripción a la explicación; 3) de la inespecificidad a la especificidad disciplinar; 4) historización; 5) del individuo a la trama interpersonal (Tabla 5). Retomando a Sánchez y García (2011), observamos que esta primera dimensión hace foco en los procesos de comprensión-deliberación de la situación problema.

Tabla 5*Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión situación-problema*

Indicadores	Eje 1 %	Eje 2 %	Eje 3 %	Eje 4 %	Eje 5 %
1	0	10	35	20	0
2	45	50	35	35	85
3	55	40	30	35	15
4	0	0	0	10	0

Si se considera el primer eje de análisis, todas las psicólogas logran delimitar una situación problemática, aunque en el 45% de los casos resultan simples y unidimensionales. Esto implica que en el relato solo mencionan variables psicológicas/individuales vinculadas a la atención clínica individual.

Por otro lado, el 55% restante construye problemas que pueden considerarse complejos ya que contemplan diferentes dimensiones, mencionando que constituye un riesgo atribuir los problemas a una única causa. Las profesionales no logran, sin embargo, articular e interrelacionar esas múltiples dimensiones en la delimitación del problema. Se presentan diversos factores ligados al problema sumándose unos a otros sin mostrar sus relaciones. Es decir, en general presentan en primer lugar las características psicológicas del caso para luego agregar otras dimensiones que operan como obstáculos en la resolución del problema, haciendo referencia a dos cuestiones principales: la procedencia socioeconómica de los usuarios del CAPS (por ejemplo: “además es inmigrante y su familia no está aquí para ayudarla”, “además los padres no tienen trabajo”) y problemas estructurales del sistema de salud municipal y su falta de articulación con los siguientes niveles de atención.

En el segundo eje, un 50% de las profesionales realiza una descripción del problema sin intentar explicarlo, adoptando un posicionamiento frente a la problemática como algo dado e inmodificable que solo puede ser descripta con mayor o menor precisión. Un 40% realiza además de la descripción, inferencias más allá de los datos, aunque no se logran explicaciones complejas y explícitas vinculadas a las causas del problema.

Respecto a la especificidad o inespecificidad disciplinar en el recorte del problema (eje 3) observamos que un 35% de las psicólogas entrevistadas no logra articular la situación planteada con la especificidad de la disciplina (indicador 1) y otro 35% lo hace de una forma vaga y general (indicador 2). El 30% restante explicita un problema que puede ser abordado desde el campo disciplinar de la psicología, aunque sin apertura a otros ámbitos disciplinares. Es decir, no incluyen en sus relatos variables no psicológicas para entender, analizar y actuar frente a la situación problema.

En el eje 4 relativo a la historización del problema se observa una mayor distribución de los porcentajes en los diferentes indicadores considerados. Un 20% de las psicólogas no menciona ningún antecedente histórico del problema relatado. El 80% restante incluye en su descripción al menos algún elemento

histórico realizando producciones que varían de acuerdo a la cantidad de antecedentes considerados y su mayor o menor grado de articulación.

En el quinto eje los resultados son congruentes con lo observado hasta aquí: el 85% de las profesionales tiende a personalizar e individualizar el problema, mientras que el 15% restante articula componentes personales y estructurales en la comprensión del problema. En ningún caso se observan respuestas que logren combinar factores individuales e interpersonales con la consideración de relaciones inter sistémicas.

Si se analizan separadamente las respuestas brindadas por quienes realizaron el postgrado previamente mencionado y quienes no, se observan diferencias en todos los ejes analizados (Tabla 6).

Tabla 6

Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión situación-problema

Indicadores	Eje 1		Eje 2		Eje 3		Eje 4		Eje 5	
	%		%		%		%		%	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
1	0	0	15	0	0	0	30	0	0	0
2	100	0	55	50	70	30	50	30	70	50
3	0	100	15	30	30	70	10	70	30	50
4	0	0	15	20	0	0	10	0	0	0

Como se observa, las psicólogas que integran el G2 construyen descripciones y análisis de la situación-problema que resultan más complejas que las propuestas por el G1. Si bien, desde un punto de vista estadístico estas diferencias no resultan significativas (ver Tabla 3), pueden constatarse tanto en las distribuciones de los porcentajes de respuestas en los diferentes indicadores (ver Tabla 6) como en la Figura 8. Tal como se señaló en el capítulo metodológico el tamaño de la muestra puede afectar la potencia de la prueba utilizada para detectar una diferencia.

En el eje 1, mientras la totalidad de las entrevistadas del G1 delimitan problemas simples y unidimensionales, el G2 delimita problemas complejos y

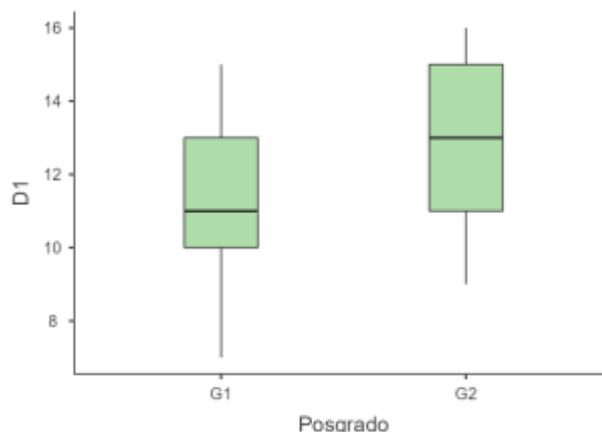
multidimensionales. Por lo tanto, la distribución de las respuestas del GT en los diferentes indicadores de este eje parece vincularse con la formación recibida por las psicólogas participantes del estudio.

En el eje 4, el 50% de las psicólogas que integran el G1 mencionan solo un antecedente histórico de la situación-problema. Cabe señalar que dicho antecedente se vincula en todos los casos con aspectos de la historia personal del usuario del CAPS. En el G2, un 70% menciona diversos antecedentes, pero sin interrelacionarlos entre sí. Es decir, si bien contemplan factores vinculados a la historia personal del sujeto agregan la consideración de variables socioeconómicas y/o culturales.

Finalmente, los resultados del último eje convergen con lo presentado hasta aquí. En el caso del G1 hay una clara tendencia a ubicar el problema en el individuo. En el G2 se mencionan factores individuales y contextuales al describir la situación problema y sus causas, pero sin lograr articularlas de forma clara.

Figura 7

Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión situación-problema



Nota: el diagrama de caja o boxplot

7.2. Dimensión 2: intervención profesional

Esta dimensión se centra en el análisis, a partir de cinco ejes, de las acciones que se desarrollaron para intervenir en la situación problema

planteada. Dichos ejes son: 1) decisión sobre la intervención; 2) de la simplicidad a la complejidad; 3) objetivos de la intervención; 4) acciones: sujetos, tramas vinculares y/o instituciones; 5) pertinencia entre el problema y el rol profesional (Tabla 7).

Tabla 7

Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión intervención profesional

Indicadores	Eje 1 %	Eje 2 %	Eje 3 %	Eje 4 %	Eje 5 %
1	10	0	10	0	0
2	25	40	30	40	50
3	25	40	40	30	30
4	40	20	20	30	20

Respecto a la decisión sobre la intervención (eje 1), en el 40% de los casos es el resultado de una construcción conjunta entre la psicóloga y al menos otro agente. En un 50% de los relatos o bien no tomaron la decisión sobre la intervención o decidieron en soledad, sin articular con otros agentes. “Actué yo sola, desde el consultorio” (Psi 4) sintetiza una de las psicólogas entrevistadas.

En el segundo eje, a la hora de narrar las acciones que llevaron a cabo para abordar el caso, un 20% de las entrevistadas indica acciones articuladas, que contemplan dimensiones diferentes de la intervención abordada como proceso. El 80% restante nombra una sola acción o más de una acción, pero desarticuladas entre sí.

Respecto a las metas que se plantean al momento de planificar sus acciones (eje 3), en línea con pensar un problema como unidimensional, un 40% narra haber tenido un solo objetivo. El 20% menciona múltiples objetivos ponderados y articulados para ser alcanzados. El 40% restante o bien no menciona objetivos al relatar el problema o los expresa de forma confusa.

En el eje 4 las psicólogas explicitan sobre qué o quién/es intervinieron. En un 40% se trata de intervenciones centradas en el individuo (usuario), lo que resulta acorde con su perspectiva unidimensional de la situación-problema.

El 60% interviene sobre el individuo, pero además considera alguna dimensión institucional, fundamentalmente del propio CAPS y/o de la Secretaría de Salud Municipal.

Si se considera el eje 5, puede observarse que el 50% de las entrevistadas no relata intervenciones específicas de su propio campo profesional, situación mencionada explícitamente por algunas psicólogas durante la entrevista, en la que explicitaban no saber cómo actuar desde su formación específica en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Si se analizan de forma separada las respuestas de cada uno de los dos grupos (Tabla 8 y Figura 9), en el primer eje se observa que las psicólogas del G2 tienden mucho más que las del otro grupo a tomar decisiones de forma autónoma sin considerar la perspectiva de otros agentes. Respecto al segundo eje, se observa que el mencionado 20% de las entrevistadas que indicaron acciones articuladas contemplando diversas dimensiones, pertenecían en su totalidad al G2.

Tabla 8

Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión intervención profesional

Indicadores	Eje 1		Eje 2		Eje 3		Eje 4		Eje 5	
	%		%		%		%		%	
	G1	G2								
1	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0
2	30	20	60	20	50	20	60	35	40	50
3	30	80	40	40	30	50	20	15	30	35
4	30	0	0	40	10	30	20	50	30	15

En el tercer eje, el G2 logra más que el G1 delimitar objetivos en relación con su intervención.

En cuanto a los destinatarios de las acciones llevadas a cabo (eje 4), el G2 logra en mayor medida abarcar la complejidad de la escena y, por ende, realiza acciones que no recaen solo sobre una persona. Mientras el G1 interviene mayoritariamente sobre un sujeto particular, el segundo lo hizo sobre

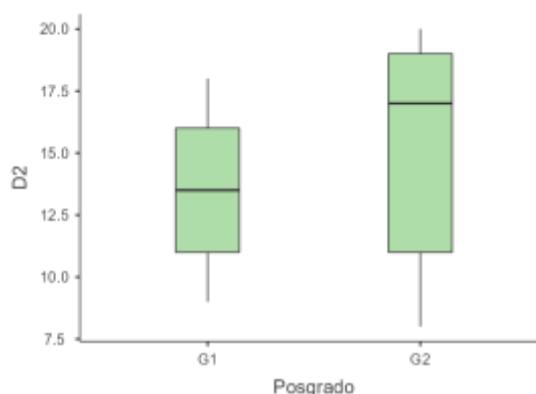
“individuos, tramas vinculares y dispositivos” sea de forma articulada (50%) o desarticulada (15%).

En cuanto a la pertinencia de la intervención respecto del rol profesional (eje 5) no se encuentran diferencias destacables entre los grupos. Es decir que la formación de posgrado recibida no parece impactar en este punto de la misma manera que en los otros ítems analizados.

Finalmente, en esta dimensión se observan tendencias similares a las descritas en la dimensión anterior: las personas que realizaron una formación de posgrado logran considerar en mayor medida la complejidad de las situaciones en las que intervienen y realizar abordajes (un poco más) integrales de la salud.

Figura 8

Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión intervención profesional



7.3. Dimensión 3: herramientas

En esta dimensión resulta un dato interesante que varias entrevistadas no entendían a que apuntaba la pregunta¹⁸ del cuestionario y en ocasiones nombraban como herramientas de intervención *solo* a los canales utilizados para comunicar la situación problema a las autoridades y/u otros actores e instituciones, como por ejemplo el teléfono o un e-mail.

Esta tercera dimensión consta de dos ejes: unicidad o multiplicidad de las herramientas (eje 1) y su carácter genérico o específico (eje 2).

¹⁸ Pregunta 6: ¿Qué herramientas se utilizaron en la intervención? ¿Por qué?

Tabla 9

Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión herramientas

Indicadores	Eje 1 %	Eje 2 %
1	25	20
2	50	60
3	25	20
4	0	0

En el primer eje se observa que las entrevistadas o no identifican ninguna herramienta (25%) o mencionan una sola (50%) que hace referencia a una dimensión del problema: “la palabra”, “la escucha” o “el diván”. El 25% restante menciona diferentes herramientas, pero nuevamente ligadas a una sola dimensión del problema.

En el segundo eje, el 80% de las entrevistadas no menciona herramientas específicas del campo profesional de la psicología, acordes al problema planteado. Cuando se nombran herramientas específicas (indicador 3) no resultan acordes al contexto y, por ende, no se logran obtener los resultados esperados. Esto último se deriva del análisis que ellas mismas hacen de los resultados de sus intervenciones, lo que se presenta en la próxima dimensión.

Si se comparan los dos grupos (Tabla 10 y Figura 10), en el primero se menciona una sola herramienta vinculada a una sola dimensión del problema, mientras que, en el G2, el 50% relata la aplicación de diversas herramientas, pero relacionadas a la misma dimensión del problema. Por ejemplo: abordaje coordinado con la trabajadora social (haciendo referencia a herramientas jurídicas y dispositivos brindados por el Estado) o con la obstetra (herramientas médicas relacionadas con el caso). De todas maneras, el uso de estas herramientas se narra como si fuesen compartimentos estancos, no logrando un abordaje integral de la situación problema.

En el eje 2, se observa una distribución similar de los porcentajes de las respuestas dadas por ambos grupos. Llama la atención la inespecificidad de las herramientas utilizadas, en general, por el conjunto de las profesionales, más allá de su formación.

Tabla 10

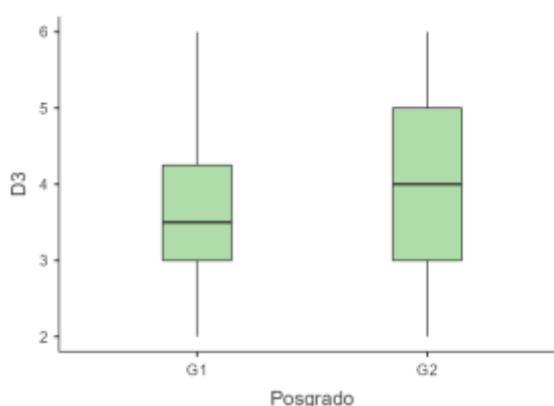
Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión herramientas

Indicadores	Eje 1		Eje 2	
	%		%	
	G1	G2	G1	G2
1	20	30	30	30
2	80	20	60	50
3	0	50	10	20
4	0	0	0	0

Para finalizar, un dato interesante es que en esta dimensión es en la que las respuestas se concentran en mayor medida en los indicadores más bajos, tanto el GT como en cada grupo por separado.

Figura 9

Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión herramientas



7.4. Dimensión 4: resultados y atribución de causas de éxito o fracaso

Esta dimensión comprende, nuevamente, dos ejes: resultados obtenidos y atribución causal (eje 1) y consistencia interna entre el problema, la intervención y los resultados obtenidos (eje 2).

Tabla 11

Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión resultados y atribución causal

Indicadores	Eje 1 %	Eje 2 %
1	0	10
2	30	50
3	55	25
4	15	15

El primer eje muestra respuestas que se concentran en el indicador 3. Esto implica que las psicólogas identifican los resultados de sus intervenciones, atribuyéndoles una única causa ligada, mayormente, a factores intrapersonales del destinatario de la intervención o a factores contextuales. El 30% menciona resultados, pero no realiza ninguna atribución causal. El 15% restante identifica resultados a los que atribuye múltiples causas.

En lo relativo al segundo eje, el 50% de las entrevistadas menciona los resultados de sus intervenciones, pero no resultan consistentes con el problema planteado y las acciones llevadas a cabo para abordarlo. En el 40% de los casos las respuestas dan cuenta de coherencia entre el problema, la intervención y los resultados obtenidos.

Tabla 12

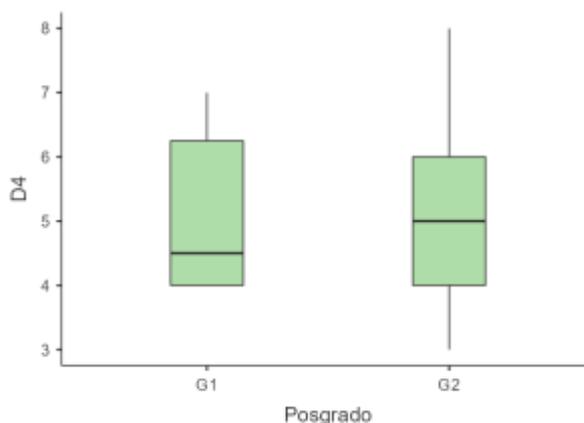
Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión resultados y atribución causal

Indicadores	Eje 1 %		Eje 2 %	
	G1	G2	G1	G2
1	0	0	0	15
2	60	15	70	35
3	40	55	15	50
4	0	30	15	0

Si se comparan ambos grupos (Tabla 12 y Figura 11), puede observarse que el G2 tiende más que el G1 a realizar atribuciones causales relativas a los resultados obtenidos (eje 1). Asimismo, el G1 presenta relatos en los que es posible detectar cierta inconsistencia entre la situación problema planteada, la posterior intervención realizada en pos de solucionarla y los resultados obtenidos. En cambio, en el G2, un 50% de las entrevistadas sí atribuían los resultados a diversos acontecimientos ocurridos durante el abordaje de la situación problema (eje 2).

Figura 10

Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión resultados y atribución causal



7.5. Dimensión 5: aprendizaje de la experiencia

En esta dimensión, se le solicita a las entrevistadas una reflexión acerca de la experiencia la que se analiza a partir de dos ejes: el tipo aprendizaje (eje 1) y el carácter general o particular del aprendizaje (eje 2). En este último caso, se trata de indagar sobre qué aprendió la entrevistada: sobre sí misma, sobre la institución y/o el equipo de trabajo. Como se puede observar en la Tabla 13 las puntuaciones se concentran en los primeros dos indicadores en un 55% y 90% respectivamente.

En el eje 1, se observa que un 35% de las entrevistadas no especifican ningún tipo de aprendizaje, un 20% focaliza en estrategias cognitivas y un 35% en lo emocional y relacional de la situación planteada. Solo dos entrevistadas (10%) integran ambos tipos de aprendizaje.

En el segundo eje, se replica un 35 de las entrevistadas que explicita no haber tenido ningún aprendizaje, mientras que un 55% narra haber tenido aprendizajes solo sobre la institución o bien solo sobre ellas mismas y el 10% restante integra los dos tipos de aprendizajes. No se encontraron casos en los que el aprendizaje haya integrado tanto a la propia persona como al equipo de trabajo y a la institución.

Tabla 13

Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión aprendizaje de la experiencia

Indicadores	Eje 1 %	Eje 2 %
1	35	35
2	20	55
3	35	10
4	10	0

Cabe destacar que, en el segundo eje, el 65 de las entrevistadas que explicitó haber tenido aprendizajes, se refirió a aprendizajes acerca de los límites de su propio trabajo en el marco del sistema de salud municipal. Por

ejemplo: aprender que no contaban con herramientas para atender casos de violencia o esquizofrenia, que los usuarios de la institución son pacientes “muy difíciles”, que las derivaciones a hospitales provinciales son muy complejas y dependen de los contactos que cada una tenga en dichas instituciones o que la Secretaría de Salud Municipal no intervendría o no podría ayudar a solucionar ciertas problemáticas.

Tabla 14

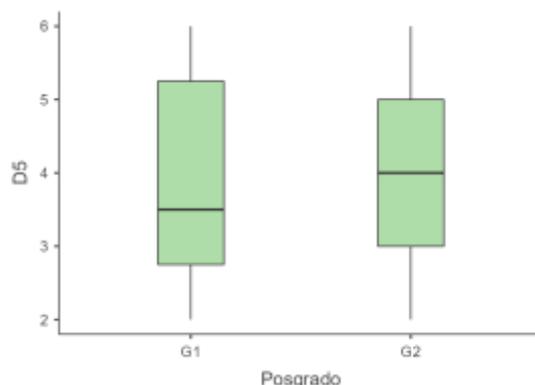
Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión aprendizaje de la experiencia

Indicadores	Eje 1 %		Eje 2 %	
	G1	G2	G1	G2
1	30	15	60	15
2	40	30	40	70
3	30	40	0	15
4	0	15	0	0

Si se analizan los resultados de ambos grupos por separado (Tabla 14 y Figura 12), se observa que el G2 identifica más que el G1 los aprendizajes realizados a partir de la experiencia y que en esos aprendizajes se logran mayores integraciones de aspectos cognitivos, emocionales y relacionales. En el G2 se destaca, más que en el G1, una perspectiva crítica (eje 2, indicadores 2 y 3) referida a los alcances y límites de la acción institucional en relación con las problemáticas abordadas en el Primer Nivel de Atención.

Figura 11

Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión aprendizaje de la experiencia



7.6. Dimensión 6: cambios en la intervención

En esta última dimensión se solicita a las entrevistadas que realicen una reflexión ex post facto de la situación problema para pensar qué cambios realizarían y cómo actuarían ante situaciones similares en el futuro. Los posibles cambios en la intervención se analizan a partir de tres ejes: cambios relativos a la pertinencia de la intervención, relativos al diseño de los instrumentos de la intervención y relativos a la implementación.

Tabla 15

Porcentaje de respuestas del grupo total en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión cambios en la intervención

Indicadores	Eje 1 %	Eje 2 %	Eje 3 %
1	50	80	65
2	20	10	25
3	10	10	10
4	20	0	0

En el primer eje observamos que un 50% de las entrevistadas considera que no es necesario realizar ningún cambio respecto a la pertinencia de la intervención, al que se le suma un 20% que considera que habría que haber hecho pequeñas modificaciones. Solo el 10% consideró necesario realizar

grandes modificaciones y un 20% sugirió que se necesitaban repensar estrategias y realizar otras acciones en situaciones futuras similares.

Un 80% (eje 2) considera que en el futuro repetiría las mismas acciones e instrumentos, aun reconociendo que los resultados obtenidos no fueron los esperados.

En el eje 3, sucede algo análogo: un 65% considera que no sería necesario modificar nada ya que las acciones implementadas fueron las correctas y un 25% afirma que lo que resulta necesario es mayor compromiso personal por parte de terceros. Un porcentaje exiguo (10%) reconoce los límites de la propia formación profesional en el abordaje de determinadas problemáticas.

Tabla 16

Porcentaje de respuestas de los dos grupos en los diferentes indicadores de cada eje de la dimensión cambios en la intervención

Indicadores	Eje 1		Eje 2		Eje 3	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
1	85	0	90	85	90	35
2	0	15	0	15	10	50
3	15	50	10	0	0	15
4	0	30	0	0	0	0

En esta dimensión se observan diferencias intergrupales fundamentalmente en el primer y tercer eje (Tabla 16 y Figura 13). Respecto al primero un 50% del G2 consideró necesario realizar varios cambios en la intervención o incluso haber realizado otra acción (30%), mientras que, en el G1, un 85% afirmó que no era necesario realizar cambios.

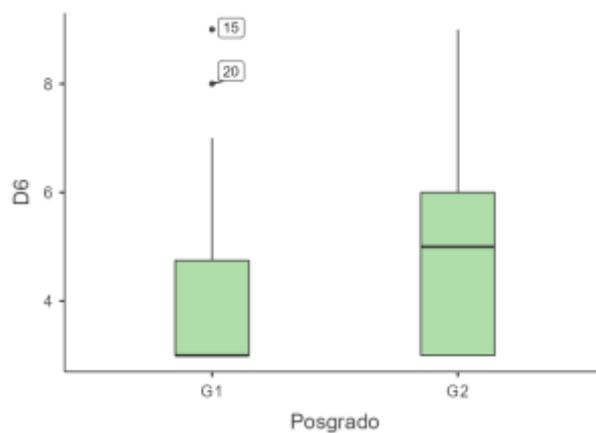
Una de las psicólogas del G2 relata un cambio concreto en el sistema de actividad del CAPS a partir de la situación problema descrita. En dicho caso, se identifica como problema la falta de comunicación entre los trabajadores del centro. A raíz de esto, ella propuso y el equipo en conjunto decidió que, en adelante, se realizarían reuniones quincenales de todo el equipo para poder trabajar en conjunto. Respecto a este único caso, vale la pena una mención

particular. Se trata de la psicóloga que obtuvo indicadores más altos a lo largo de todo el instrumento y, a su vez, la persona con mayor formación formal específica en la materia. Ella, además de haber realizado el citado posgrado, es docente en una universidad pública, justamente en la materia que trata temas vinculados a la Psicología Comunitaria y Psicología de la Salud.

Por último, el eje 3 muestra también una mayor capacidad de autocrítica en el G2 que admite que falta más compromiso (50%) o bien mayor formación (15%), mientras que para el 90% de las psicólogas del G1 no es necesaria ninguna modificación.

Figura 12

Diferencias entre el G1 y el G2 en la dimensión cambios en la intervención



CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN

A lo largo de esta tesis se propuso reflexionar primero acerca del sistema sanitario, los cuidados y atención en salud y salud mental para pensar desde allí el rol del psicólogo en un ámbito particular: el Primer Nivel de Atención. Para ello se abordaron como marco epistémico distintos ámbitos de estudio correspondientes al gran campo de la salud (Bourdieu, 2011; Spinelli, 2010): salud pública y salud mental, psicología de la salud, psicología comunitaria, salud colectiva. Los datos obtenidos en el trabajo de campo serán ahora entretejidos y leídos a través del marco que proponen estas teorías, junto a las herramientas teóricas y ontológicas que propone la teoría de la actividad.

8.1. El contexto de la actividad de las psicólogas. El sistema de salud: ¿mercancía o derecho?

En este último capítulo quisiera dialogar con los datos obtenidos desde distintas dimensiones de análisis. Para evitar caer en reduccionismos o al menos intentarlo, abordaré primero algunas cuestiones estructurales y el contexto del fenómeno estudiado.

Retomemos primero un recorrido (breve) sobre la historia de las políticas públicas en salud en Occidente y, en particular, Argentina, desde que la salud pública entró en dichas agendas a partir de la Modernidad. A través de los años, la forma de referirse a estas políticas fue tomando distintas denominaciones que se superpusieron sin ser necesariamente sinónimos: higienismo, medicina social, atención primaria de la salud, salud pública. Estos conceptos refieren a la forma que adoptaron los dispositivos a través de los cuales se llevaron adelante las políticas en salud desde su aparición. Es una de las entradas en escena de forma explícita de la biopolítica descrita por Foucault.

El autor propone una taxonomía en dos polos complementarios de la biopolítica como técnica de ejercicio del poder:

Uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: adiestramiento, el aumento de aptitudes, la extorsión de sus fuerzas [...], todo ello asegurado por procedimientos de poder característicos

de las disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano. El segundo polo, formado algo más tarde, hacia mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo-especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar. Todos esos problemas son tomados a su cargo por una serie de intervenciones y de controles reguladores: una biopolítica de la población [...] Se inicia así la era del biopoder (Foucault, 2020, pp. 131-132).

Entonces, a partir de la Modernidad y la Revolución Industrial, los nuevos Estados Nación debían proteger la vida de sus ciudadanos/trabajadores cuyas vidas eran ahora más valiosas para quienes necesitaban esos cuerpos (es decir, la clase capitalista y el Estado para formar a sus agentes, soldados, trabajadores, etc.). Por esta razón comenzaron a establecerse políticas públicas que pusieron en acción la biopolítica: “la invasión del cuerpo viviente, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas fueron indispensables” (Foucault, 2020, pp. 133). No fue el objetivo de este trabajo analizar en profundidad este proceso, pero es un marco fundamental para leer los datos de esta tesis sin dejar de lado la dimensión del poder.

Este proceso que Foucault describe para el caso europeo se establece en nuestro país de forma más tardía, siendo recién en 1949 que se establece por vez primera un Ministerio de Salud (llamado en ese momento “Salud Pública”). Antes del auge de los Estados de Bienestar y que el estado comience a hacerse cargo de los servicios de salud existían servicios privados, ya sea sociedades de beneficencia o bien a cargo de grupos religiosos que comenzaron a brindar estos servicios entrado el siglo XVIII (Foucault, 1967; Porter, 2003). En el caso argentino, y en torno al colonialismo reinante, estas políticas llegaron de la metrópoli casi 100 años más tarde, cuando en la década de 1850 se constituyeron las primeras sociedades y mutuales que ofrecían servicios de atención y cuidados de la salud: la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos, la Sociedad de los Zapateros, la Sociedad Tipográfica Bonaerense y la Unione e Benevolenza (Garay, 2017). Durante el siglo XIX y entrado el siglo XX, el Estado centraba sus fuerzas en el *higienismo*, nombre que se le dio a lo que hoy podríamos llamar prevención de la enfermedad.

Respecto a la organización de los servicios de salud nuestro país tiene una particularidad que reside en la existencia de un tercer subsector: las obras sociales sindicales. Se trata de un seguro de salud para trabajadores registrados y que son gestionadas por los mismos sindicatos o bien por el Estado, en caso de que sea el empleador. Este sistema cobra fuerza desde los años 40 con el ascenso del peronismo al poder, pero toma su fortaleza y forma definitiva durante la dictadura militar que gobernó el país entre 1966 y 1973, cuando el gobierno en negociación con los sindicatos sanciona la Ley Nacional 18.610. Esta ley estableció la obligatoriedad para los empleados y empleadores de aportar un porcentaje de los ingresos a las obras sociales del sindicato que representa al sector, esté el empleado afiliado al sindicato o no.

Entonces, desde la década del 40 contamos con un sistema sanitario que podríamos subdividir en tres sectores: los seguros privados (llamados coloquialmente “prepagas”), las obras sociales sindicales y el sistema público. Centrando la óptica en el usuario, podemos agruparlos según el tipo de cobertura que posean: prepagas (cobertura privada para quien desee y pueda pagarla), obras sociales (para monotributistas y trabajadores en relación de dependencia, su precio es menor y un porcentaje es pagado por el empleador) o bien quienes solo pueden acudir a los prestadores estatales, que no tienen costo adicional para los usuarios. Según la cobertura con la que se cuente, serán los prestadores y las prestaciones a los que será posible acceder. Este sistema genera la variable desempleo que influye de manera crucial en el funcionamiento cotidiano del sistema público, a mayor desempleo aumenta la cantidad de usuarios y los déficits del sistema quedan (aún) más al descubierto.

Como mencionamos en el capítulo 2, otra transformación importante se produjo durante el proceso de descentralización del Estado en los años 90. Esto implicó que el sistema sanitario nacional pase a gestión provincial, pero sin el correlato presupuestario (Manzanal, 2006). El Estado Nacional disminuyó el “gasto”, desentendiéndose de la gestión de los hospitales nacionales que pasaron a ser provinciales.

El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital. (Tobar, 2022)

Desde allí hasta hoy no hubo reformas estructurales del sistema de salud. Algunos gobiernos pueden haber aportado mayor o menor cantidad del presupuesto al sistema sanitario, hacer más o menos programas y planes de salud o el nivel de desempleo haber generado que los servicios de salud en los hospitales públicos funcionen con mayor o menor eficacia. Pero hasta la fecha no se ha avanzado en una reforma sistémica del sistema sanitario.

En este contexto quisiera señalar lo que considero una contradicción estructural respecto del sistema descrito: considerarla desde los marcos jurídicos del derecho humano a la vez que mercancía intercambiable. Si existe un derecho humano implica que el acceso al mismo existe por el solo hecho de ser humano. Si fuese así, entonces, ¿Por qué alguien pagaría una prepaga u obra social? Viéndolo desde el punto de vista empresarial: ¿alguien invertiría en un Hospital Privado en un país donde la salud pública funciona y da respuesta? Pensemos que, en este caso, hablamos de grupos y personas con poder de decisión y de marcar agenda (recordemos, según la revista Forbes la salud es el negocio que más beneficios da a nivel mundial). Escapa a los fines de esta tesis, pero existen numerosos casos documentados de grandes financistas políticos ligados al sector mercantil de la salud y de varios gobiernos que debieron dar marcha atrás reformas en el sistema sanitario por el lobby y la presión de estos mismos grupos¹⁹. Considero entonces, que en tanto el acceso a la salud se constituya como mercancía, el subsistema público no podrá

¹⁹ Por solo nombrar dos ejemplos, en las últimas décadas en EE. UU. tenemos dos intentos que casi fracasaron por completo: primero el plan de salud propuesto por Hillary Clinton durante la presidencia de su marido en 1993. Luego, un intento de avanzar en la misma línea fue propuesta por Obama con su plan "Obama Care", en ambos momentos las reformas fueron muy cuestionadas, tildadas de fascistas por los sectores empresariales y poco lograron modificar. Otro ejemplo, territorialmente más cercano, cronológicamente más lejano, es el Golpe de Estado realizado en nuestro país en 1966. Si bien múltiples variables lo generaron, el mismo se realizó luego de que el gobierno establezca una ley para regular la comercialización de medicamentos y su producción por parte del estado. Derogar dicha ley fue una de las primeras medidas del gobierno golpista.

brindar atención de calidad o, en todo caso, deberá dejar un margen de calidad al que solo podrán acceder personas que puedan pagarlo.

Esta contradicción estructural limita la inversión en salud pública, no solo por los beneficios que recortaría a empresarios y sindicatos (quienes controlan las obras sociales) sino que no logra conformarse en la agenda pública como una demanda, repitiendo la frase de un sanitarista argentino, la salud nunca tuvo rating²⁰. Y es que, en tanto acceda quien pueda pagarla es muy probable que se torne un valor liberal y parafraseando el famoso poema de Martín Niemöller: “cuando destruyeron la salud publica guardé silencio, yo tenía prepaga”. Recordemos también que los sectores que acceden al sistema público pueden ser mayoritarios cuantitativamente en ciertos momentos, pero no son grupos de poder concentrado con capacidad de generar agenda. El filósofo inglés Mark Fisher llamó a este proceso, refiriéndose al caso particular de la salud mental “privatización del estrés” e instó a generar “con urgencia una nueva política de salud mental organizada en torno del problema del espacio público” (2006, p. 137) que nos permita encontrarnos más allá de la capacidad de consumo de cada uno.

Si la salud se enmarca como una mercancía más dentro del sistema capitalista, entonces, por definición, jamás será un derecho, sino que será un privilegio (Stolkiner, 2015). No importa cuántas convenciones organice la ONU o la OMS al respecto, si después, en conjunto con la Organización Mundial de Comercio (OMC), obligan a sus países miembros a liberalizar el campo de salud al mercado, con las consecuencias que ello implica. Veamos un claro ejemplo:

Si se dan las condiciones de reglamentación adecuadas, *la liberalización del comercio puede contribuir a mejorar la calidad y la eficiencia de los suministros y/o a aumentar los ingresos de divisas*. Por ejemplo, los hospitales financiados por inversionistas extranjeros pueden prestar servicios que antes no estaban disponibles (OMS-OMC, 2002, p. 127, la cursiva es mía).

Valdría preguntarse, ¿disponibles para quién? Estará disponible para quien pueda pagarlo. Recordemos que, si bien en nuestro país la salud

²⁰ Mario Róvere entrevistado por Eduardo Aliverti. Marca de Radio, 9/9/2017. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=38f7vsDF>

constituye un derecho, también es un derecho mercantilarla, acorde a los lineamientos de la OMC (organismo del cual Argentina forma parte) y esto implica consecuencias que serán más sensibles donde hay más gente excluida que no pueda pagar estos servicios.

Dado este panorama macro que incluye, como no puede ser de otra forma, una posición ética política, pasaremos a analizar los resultados obtenidos, intentar una aproximación explicativa y finalmente proponer posibles expansiones de lo hallado en pos de la atención integral de la salud.

8.2. La actividad de las psicólogas en el primer nivel de atención: un sistema con contradicciones

En este apartado se abordará la atención de la salud mental en los CAPS entendidos como sistemas de actividad, situando a las psicólogas entrevistadas como sujetos de esos sistemas y analizando los diferentes componentes y sus relaciones. Para esto se recuperarán los resultados presentados en los capítulos previos y se los considerará a la luz de las perspectivas teóricas adoptadas.

Como se describió en los capítulos anteriores, la teoría de la actividad funciona como una herramienta de análisis y transformación que se puede aplicar a cualquier ámbito donde se esté desarrollando una *actividad*. Este concepto implica formación colectiva y sistémica con una estructura mediadora compleja, por lo cual no es una unidad homogénea. Por el contrario, todo sistema de actividad, al tener múltiples dimensiones tiene y genera también polifonía. Es decir, nos vamos a encontrar en todo sistema de actividad distintos puntos de vista, distintas voces, donde el objetivo de la actividad será el portador del verdadero sentido, motivo y propósito futuro de la actividad, el espacio problema al cual la actividad es dirigida (Engeström, 2008).

En el capítulo 6 se analizaron las entrevistas realizadas a las psicólogas considerando los diferentes componentes del triángulo mediacional expandido propuesto por Engeström (2008). En este apartado los retomaremos con el propósito de identificar y analizar las contradicciones observadas en el sistema, dada su centralidad como motor dialéctico para realizar cambios.

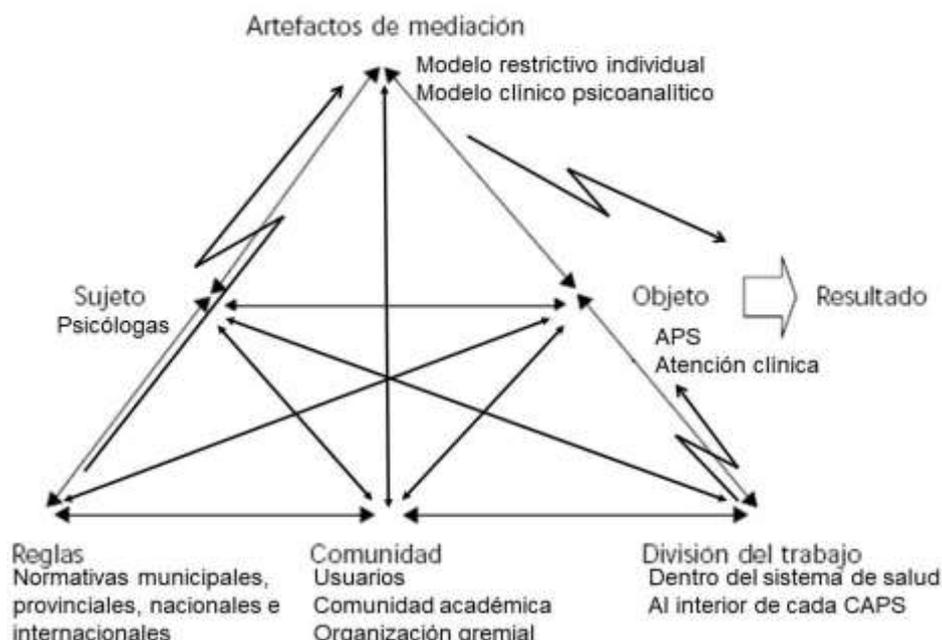
Al tratarse de un sistema, los diferentes componentes de la actividad estarán interrelacionados. A los efectos del análisis se puede avanzar haciendo foco en cada uno de esos componentes, pero sin olvidar que las características que asumen dependen de su participación en el sistema en su conjunto. Como señala Rogoff (2006), si bien ningún componente de la actividad existe como tal más allá de ella, pueden considerarse separadamente sin perder de vista su interdependencia. La autora marca así una metodología de estudio para adentrarnos en la parte de un todo sin perder de vista el complejo entramado del cual forma parte.

Asimismo, y en el mismo sentido, pueden identificarse algunas contradicciones en el marco de las múltiples relaciones que contempla la actividad. La lectura de cada una de ellas remite inevitablemente a las otras, aunque se pueda hacer foco en el conflicto entre dos elementos particulares del triángulo. En este sentido se destacan tres contradicciones principales las que a su vez se representan gráficamente en la figura 13.

Una primera contradicción puede situarse entre los artefactos de mediación utilizados por las psicólogas y los resultados a los que arriban. La segunda se observa entre las reglas que rigen el sistema impuestas por los marcos legales y los artefactos de mediación. Finalmente puede detectarse una contradicción entre los objetivos del sistema de actividad y la división del trabajo tanto vertical (representada por las relaciones de jerarquía entre el CAPS, la Secretaría de Salud Municipal y los efectores y centros de gestión provincial) como horizontal (al interior de cada CAPS).

Figura 13

Actividad de las psicólogas en el PNA y sus contradicciones



Una primera contradicción que se puede señalar es la que se encuentra entre los artefactos de mediación que estas psicólogas utilizan para intervenir y los resultados que se derivan de dichas intervenciones. El principal artefacto mediador lo constituye el modelo de atención clínica de orientación psicoanalítica que las profesionales utilizan en el abordaje individual de pacientes con el propósito de disminuir su padecimiento subjetivo. Los resultados son caracterizados por ellas mismas como insatisfactorios en tanto que identifican dos problemas principales: una baja adherencia a los tratamientos y una escasa demanda de atención.

En las entrevistas, las psicólogas manifestaron que la atención clínica individual es la principal o incluso la única tarea que realizan en el CAPS. A esto se suman dos datos que permiten delinear el perfil de las profesionales: un 60% mencionó que formaba parte de escuelas de orientación psicoanalítica centradas en la atención clínica individual y el 100% que realizaba este tipo de abordaje en el ámbito privado. Luego, al ser consultadas por una "situación problema", el 85% de las psicólogas entrevistadas, seleccionaron y relataron

una consulta particular que fue atendida de manera individual. Al mismo tiempo manifestaron no recibir una cantidad significativa de demandas de atención por lo que la posibilidad de ofrecer sus servicios a la comunidad se veía limitada. Entonces, las tareas se centraban en atender casos individuales, sea por demanda espontánea o bien por derivación de otros profesionales del CAPS. Sin embargo, estas terapias quedaban inconclusas, ya sea por la no adherencia al tratamiento por parte de los usuarios o por la denominada “alta institucional”, es decir, la obligación que tenían estas psicólogas de no atender por más de 6 meses a ningún paciente (se entrelaza aquí una contradicción con las reglas del sistema que será abordada más adelante).

Si bien algunas entrevistadas afirmaron realizar otras tareas centradas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (talleres de ESI en escuelas, visitas domiciliarias, participación en mesas intersectoriales, entre otras), estas actividades eran marginales respecto a su trabajo cotidiano. De hecho, en muchos casos la inclusión de las psicólogas en las actividades comunitarias era nula, al punto de argumentar que ese no era su trabajo. Algunas entrevistadas que explicitaron esto decían participar de todas maneras, aun no pudiendo dilucidar el vínculo entre su especificidad disciplinar y dichas tareas. Estos últimos casos eran los más problemáticos, ya que, como se señaló previamente, las herramientas que utilizaban para su trabajo (la atención clínica individual de marco psicoanalítico) no lograba sus objetivos, siendo la adherencia al tratamiento muy baja. Por esta razón las entrevistadas comentaban que en muchas ocasiones se encontraban en el CAPS sin tareas para realizar, ya que los pacientes faltaban a los turnos otorgados y ellas sentían que no había otras tareas que fuesen de su incumbencia.

Estos resultados coinciden con lo que la bibliografía en nuestro país y los expertos entrevistados en el marco de este estudio afirmaron respecto al trabajo en salud mental en el PNA: se centra en la atención clínica individual, en muchas ocasiones de forma exclusiva.

Si retomamos la clásica definición de Caplan (1980) sobre los niveles de prevención, diríamos entonces que las modalidades de intervención de estas psicólogas se centran en la prevención secundaria, es decir una intervención

reactiva al síntoma o enfermedad, sin realizar prevención de la enfermedad ni promoción de la salud.

Al centrarse en la prevención secundaria, la participación de los usuarios en la planificación de las actividades del CAPS (por lo menos en lo que respecta a las actividades de cuidados en salud mental) no resultaba frecuente. En su aspecto político la participación es el factor que posibilita que los dos supuestos que caracterizan a una democracia real se cumplan: participación real en el poder de las personas y que los agentes de gobierno estén sometidos al control efectivo y permanente de la comunidad. Desde la perspectiva de la psicología comunitaria la participación de la comunidad constituye un principio ético para promover el pleno ejercicio de la ciudadanía entendida como la conquista de los derechos civiles y sociales por parte de los ciudadanos (Jiménez Domínguez, 2008).

Esta contradicción entre los artefactos mediadores y los resultados no es descripta como tal por las entrevistadas, sino más bien, como ineficacia debida a cuestiones externas a los tratamientos: los pacientes son difíciles y/o no entienden a la psicología y la APS; la infraestructura no es la óptima y no hay acompañamiento desde los niveles de gestión; las dificultades de los pacientes se deben a cuestiones materiales lo que escapa a sus posibilidades poder solucionar, etc. Un dato interesante aquí, surgido en las entrevistas, es la cuestión ética. Como afirmaron dos psicólogas entrevistadas, no sería ético ejercer la psicología de una manera en el consultorio particular y de otra forma en el CAPS (o en cualquier otro ámbito de trabajo). Este argumento revela un supuesto subyacente: esta herramienta utilizada (clínica psicoanalítica) es la única herramienta válida, no importa el contexto, el objetivo ni el destinatario. Al no haber herramientas totalizantes o perfectas, este argumento es un problema en sí mismo: ningún marco teórico puede ser utilizado siempre, de la misma manera y en todos lados. Pero incluso si se argumentara que en este caso podría ser útil en dos contextos distintos, los resultados, expuestos por estas mismas personas, demuestran lo contrario. Aunque en este caso la contradicción resulte palpable, siguiendo los lineamientos de la Teoría de

Actividad, contradicción no es necesariamente conflicto, en tanto pueden ser ignoradas por sus actores e integradas a la actividad que se realiza.

Pero, al continuar estas psicólogas con sus relatos, aparece aquí la ventaja metodológica de utilizar un instrumento sobre *situaciones problema*. Es al tener que relatar una situación problema que las entrevistadas explicitan una dificultad al momento de intervenir desde su propia especificidad disciplinar. A diferencia de la entrevista, donde los relatos se volvían canónicos, durante la aplicación del instrumento de reflexión y al tener que relatar una *situación problema*, las modalidades de intervención empezaban a resquebrajarse en el propio relato. Algunas entrevistadas incluso se animaron a dudar de sus propias capacidades para trabajar en estos dispositivos ya que sienten que no pueden llegar a la comunidad o sienten que no estén ejerciendo la psicología. Tal vez un poco solapada en algunos casos y más explícita en otros, la pregunta acerca de cómo mejorar su trabajo está presente. Este punto, siguiendo la Teoría, es plausible de abrir un proceso dialéctico que permita una nueva síntesis.

Una segunda contradicción, relacionada con la descrita previamente, es la que se puede observar entre las reglas propias del sistema de actividad y los artefactos mediadores utilizados por las psicólogas.

Una de las reglas impuestas por el sistema es la denominada “alta institucional”, que como ya se mencionó implica que los pacientes sean dados de alta luego de un periodo determinado de tratamiento. Los expertos entrevistados calificaron como un delito penal esta medida, pero aun así instaura una norma que debe ser cumplida por las psicólogas que trabajan en CAPS de acuerdo a lo que establece el protocolo realizado por el Municipio para la atención y cuidados en salud mental en dicho ámbito. Esta limitación temporal de la psicoterapia establecida reglamentariamente representa un oxímoron respecto de los marcos teóricos con los que las entrevistadas trabajaban, ya que los procesos terapéuticos que ellas establecen no pueden enmarcarse temporalmente y, en todo caso, no podrían ser de tan corta duración. Algunas psicólogas explicitaron o bien no seguir esta regla o bien

continuar el tratamiento en el consultorio particular, lo que nuevamente puede traer a la escena la problemática ética.

Además, aparece una contradicción complementaria entre estas dos dimensiones del sistema de actividad: la falta de coordinación con niveles superiores del sistema de salud que, dada nuestra organización administrativa, dependen de la jurisdicción provincial. Y es que, si hubiera algún tipo de referencia y contrarreferencia aceptada entre el Primer Nivel de Atención (municipal) y el Segundo y Tercer Nivel (provinciales) podría evitarse el problema del alta institucional, realizando la derivación correspondiente. De esta forma la atención y cuidados en salud mental podrían funcionar, como se indica desde la Conferencia de Alma-Ata a la fecha, como el primer contacto entre el usuario y el sistema de salud. Siguiendo los lineamientos propuestos tanto desde organismos multilaterales como desde el ámbito académico, los CAPS serían un centro de referencia y derivación. De todas maneras, como se mencionó y como menciona nuestra Ley 26.657, en pos de la tan ansiada desmanicomialización, estos dispositivos se vuelven centrales a la hora de generar tratamiento que refuercen y establezcan vínculos y lazos comunitarios. Para esto debería ser suprimida esta regla que limita los tratamientos. La propuesta de limitar la atención individual intenta constituirse en una respuesta ante el acotado alcance del sistema municipal de salud que, en el mejor de los casos, puede generar autocomplacencia alimentando estadísticas que no reflejan un servicio de calidad: una gran cantidad de personas que entren al CAPS no implica una gran cantidad de usuarios que hayan podido satisfacer sus demandas.

Sin embargo, la psicoterapia también está indicada para este nivel de atención (Ley 26.256, artículos 7, 8 y 9). Pero como se mencionó, al contar el municipio con poco personal es imposible realizar este tipo de abordajes sin descuidar otras tareas. Por lo que aquí se entrelaza una tercera contradicción, entre la división del trabajo y los objetivos del sistema: poco personal (muchos centros no contaban con trabajadora social, odontólogo, pediatra, solo una psiquiatra en todo el municipio, etc.), psicólogas que son contratadas para ir 24 o bien 12 horas al CAPS por semana y objetivos que abarcan la APS, pero

también la atención de casos que pueden ser atendidos de manera ambulatoria, en su comunidad y reforzando lazos.

Y es que, si estas psicólogas dedicaran su jornada a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, estaríamos diciendo que no dedican tiempo a la atención psicoterapéutica. Además, no cuentan dentro ni fuera del CAPS con el personal necesario para una atención integral de la salud, por lo que el trabajo inter y transdisciplinario resulta difícil de implementar.

Está comprobado empíricamente (Follari, 2005, 2014; Millán-González, 2014; Saforcada et al., 2020; Stolkiner, 2017a, 2017b) y, además, forma parte de las directivas de los organismos nacionales e internacionales que el trabajo interdisciplinario en la atención primaria de la salud es una actividad necesaria e imprescindible para lograr los fines de la APS. El trabajo interdisciplinario implica reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina y por ende reconocer la necesidad de trabajar en conjunto desde distintas disciplinas para lograr aprehender la complejidad de, en este caso, la atención y cuidados en salud y salud mental.

Un concepto que resulta interesante articular con los de interdisciplina y transdisciplina es el concepto de interagencialidad que se propone desde la teoría de la actividad. Si bien esta noción se centra en los agentes y no en las disciplinas, permite comprender el trabajo conjunto alrededor de ciertos objetivos (Engeström, 2008).

Desde esta teoría cuando se hace referencia a la interagencialidad se diferencian tres tipos de estructuras: coordinación, cooperación y comunicación reflexiva (Engeström, 2008; Engeström & Kerosuo, 2007; Warmington & Leadbetter, 2013). La coordinación refiere a diversas acciones encapsuladas que forman una actividad, en la que cada agente tendrá sus propios objetivos, sin superponerse con otros agentes, pero sin trabajar con ellos. En la cooperación, los agentes trabajan de manera conjunta en la resolución de un problema particular, pero sin cuestionar las estructuras de la actividad que aparecerán como un guion indiscutible. Será dentro de una comunicación reflexiva que los agentes podrán ser críticos de sus propias prácticas, trabajar

interdisciplinariamente y, de ser conveniente, modificar las estructuras de la actividad.

En los materiales recogidos en la presente investigación, la interdisciplina aparece considerada como una dificultad que se expresa en la imposibilidad de las psicólogas de trabajar con sus compañeros e incluso realizar reuniones entre los integrantes del staff. Las psicólogas explicitaron trabajar la mayor parte del tiempo solas, sin siquiera seguir directivas del director/a del CAPS, Dirección de APS, Secretaría de Salud, etc. Por lo tanto, en algunos casos la interdisciplina era nula, en otros casos afirmaron articular con la trabajadora social al realizar talleres en las escuelas, visitas domiciliarias y/o acudir a las mesas barriales. Recordemos aquí, no todos los CAPS contaban con trabajador social y en algunos casos las psicólogas se reusaban a realizar este tipo tareas, por lo cual no había trabajo interdisciplinario aun habiendo psicóloga y trabajadora social en dicho CAPS. La relación laboral con sus compañeros profesionales del CAPS se reducía entonces a las interconsultas o derivaciones. Incluso podían no compartir horarios y por ende no verse durante su horario laboral. Según narraron nuestras entrevistadas estas interconsultas y derivaciones solían tener una sola dirección y dos derivantes: el pediatra y la ginecóloga derivaban sus pacientes a la psicóloga del CAPS de creerlo necesario.

Estos resultados coinciden con investigaciones en la materia en nuestro país que muestran que en el campo de la salud el trabajo interdisciplinario es recomendado, pero no es realizado y, en el mejor de los casos, se realizan las mencionadas interconsultas (Gavilán, 2015; Uribarri, 2010; Saforcada, 2006, 2015), es decir que dos o más profesionales abordan un caso, pero cada uno desde su perspectiva, como compartimentos estancos y divididos, abordando la parte y entendiéndolas como el todo, la sinécdoque aplicada al campo de la salud. Esto que encontramos se titula, siguiendo a Follari (2014), “interdisciplina de baja intensidad”. Siguiendo la teoría de la actividad podríamos denominarlo “coordinación”. Y es esto lo que observamos en nuestro trabajo de campo, corroborando aquello que los sanitaristas citados afirman.

8.3. Dos ejes para el análisis de las contradicciones en el sistema de actividad

Las características que adopta la actividad de las psicólogas en el primer nivel de atención se pueden vincular con dos ejes principales que han sido tratados en esta tesis:

- El perfil académico y laboral de las trabajadoras, en el que la formación de grado tiene un rol central y aún más si se tiene en cuenta el bajo promedio de edad y de antigüedad como profesionales de las entrevistadas.
- Las condiciones estructurales y materiales presentes en el sistema de salud: bajos salarios, modalidades precarias de contratación, falta de personal y falta de un trabajo coordinado entre los distintos agentes y entre los distintos niveles de gestión (municipal, provincial y nacional).

8.3.1. Perfil de las trabajadoras

En primer lugar, cabe resaltar el papel de la formación de grado en psicología. Como se mencionó en el capítulo 6, todas las entrevistadas habían realizado la misma carrera de grado, con el mismo plan de estudios. Algunas de las personas entrevistadas tenían una formación de posgrado (sin titulación), continuando y profundizando la formación que les había brindado la universidad: psicoanálisis lacaniano.

Repasando brevemente lo abordado en el capítulo 2, en la mayoría de los países latinoamericanos la formación en psicología se centra en una perspectiva predominantemente clínica, quedando la psicología de la salud relegada, en el mejor de los casos, a ser una materia cuatrimestral (Morales Calatayud, 2016). Es decir, la psicología comunitaria o la psicología de la salud, dos marcos teóricos que se centran en potenciar el bienestar, la salud y prevenir patologías, no tienen un lugar destacado en nuestras currículas. En Argentina en particular, nos encontramos con un sesgo hacia lo práctico, un perfil profesionalista con predominio de la formación clínica, una hegemonía teórica principalmente psicoanalítica y una formación académica caracterizada

por la insuficiencia en el campo de la investigación, de la salud y otras prácticas profesionales (Moya et al, 2009).

De esta forma, las carreras se centran en un método (el método clínico) en lugar de hacerlo en un área (como la psicología comunitaria, laboral, educacional, social, organizacional, de la salud, etc.) y concentrando los estudios en la atención de la enfermedad mental, es decir, en la prevención secundaria si seguimos la clásica definición de Caplan. En este contexto, es de esperar que personas recién graduadas, no cuenten con herramientas suficientes para trabajar con la salud y la prevención de la enfermedad. Si los centros de formación reproducen el modelo médico hegemónico centrado en la prevención secundaria, fomentan una formación en la que resaltan las especificidades disciplinares y dejan de lado la importancia del trabajo interdisciplinar, el profesional formado en dichos centros luego reproducirá lo aprehendido en su futuro lugar de trabajo (Menéndez, 1988; Saforcada et al., 2010). Los profesionales de la psicología han sido formados y son formados para trabajar centralmente con la enfermedad (Plan Nacional de Salud Mental, 2013; Saforcada et al., 2010) y los resultados reportados en el presente estudio constituyen un ejemplo más.

En el contexto particular de esta tesis y entrelazado con las condiciones materiales que se abordaran en profundidad a la brevedad, no hay mediación alguna entre la carrera de grado y el CAPS: las psicólogas comienzan a trabajar de manera independiente, en muchos casos, recién recibidas. Esta formación de grado, sumado a la falta de capacitación en servicio genera que se configure un modelo de atención centrado en los individuos que Saforcada et al. (2010) ha denominado restrictivo individual y se caracteriza por ser monodisciplinar, focalizarse en la enfermedad, centralizando todas las decisiones en un solo profesional, sin interdisciplina ni participación del usuario.

La formación de grado de las psicólogas entrevistadas genera un sesgo que debería ser deconstruido para optimizar el trabajo en el PNA. Algunas herramientas fértiles para esta deconstrucción pueden ser la formación específica de posgrado y la capacitación en servicio. Ante este panorama, como vimos, algunas entrevistadas ponían el déficit en los destinatarios de la

actividad, desde una ética que las dejaba en un lugar inerte: sus herramientas eran las correctas y usar otras sería desprolijo o directamente antiético (como dijo explícitamente una entrevistada), eran los usuarios quienes debían adaptarse. Como vimos en otra entrevista: “*los pacientes no entienden la atención primaria*” (Psi 13). Citando la famosa frase del filósofo empirista inglés John Locke, “*si la realidad no coincide con mis palabras, peor para la realidad*” o como bien dice un sanitarista refiriéndose específicamente al rol del psicólogo en la APS: “caen en posiciones dogmáticas y omnipotentes: tienen todo el saber y las destrezas para solucionar todos los problemas de manifestación psicológica, y si la realidad muestra que son totalmente ineficaces el error está en la realidad” (Saforcada, 2006, p. 174).

Otra tensión existente explicitada por nuestras entrevistadas es la que surge entre el trabajo en el primer nivel de atención y el modo de abordaje de la singularidad propuesto desde el psicoanálisis según aclaran ellas mismas. Las políticas públicas en salud son establecidas desde arriba hacia abajo teniendo como grupo objetivo a grandes sectores de la población. Este punto puede volverse problemático al momento de analizar casos particulares que quedan por fuera del guion establecido, es decir, al momento de abordar la singularidad del sujeto. Y para algunas de las personas entrevistadas, que situaban epistemológicamente su trabajo desde una adscripción al psicoanálisis, esto se volvía aún más problemático ya que su trabajo debe centrarse, justamente, en dicha singularidad. Los eslóganes de la OMS y la ONU (repetidos a través de espacios de gestión, programas y planes estatales en nuestro país) son explícitamente puestos en cuestión por las psicólogas. Tal vez el más representativo de estos eslóganes cuestionados sea “*Salud para todos*”, nacido a partir de la mencionada Conferencia de Alma-Ata en 1978, donde se afirmó a través de la declaración final:

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para *toda la humanidad* en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales.

Este eslogan (“*salud para toda la humanidad*” o “*salud para todos*”) choca con otro de Jaques Lacan: “*no todo*”, que implica una posición epistémica

ontológica antipositivista que niega la existencia de verdades unívocas y universales, proponiendo un constructivismo radical. La pregunta retórica que se repitió casi calcada tres veces durante el trabajo de campo es: “¿Se puede pensar una salud para todos? ¿Se puede pensar una política para todos? ¿Dónde queda el sujeto ahí?” (Psi 6).

Se debe tener en cuenta que las intervenciones de prevención y promoción de la salud operan siempre mediatizadas por variables psicológicas y psicosociales. Por eso, como psicólogos, cumplimos un papel importante en la gestión de modelos salutógenos de salud. Abundan los ejemplos de programas y políticas públicas que por centrarse solamente en factores biomédicos fracasaban al no tener en cuenta las variables psicológicas del fenómeno (un claro ejemplo fueron las campañas para evitar embarazos adolescentes en los 90). Así, tal vez la pregunta retórica realizada por la Psi 6, no sea tan retórica y como dice Silvia Bleichmar (2008), se trata de introducir la subjetividad al momento de pensar y planificar políticas públicas para “*todos*”.

Entonces, formar profesionales aptos para el trabajo en el PNA requiere poner el foco en la salud (y no en la enfermedad), teniendo en cuenta lo incompleto de todo conocimiento habilitando una posición que evite dogmatismos, y esto debería ser transversal a todas las carreras de salud. Sin embargo, considero que podría aparecer aquí un problema que se suele denominar coloquialmente “sabana corta”, es decir si, si soluciono un problema y logro envolverlo en la sabana, aparecerán otros problemas del otro lado. Si formo profesionales aptos para la prevención primaria y la promoción de la salud, entonces, no tendríamos profesionales aptos para la atención clínica individual, por dar un solo ejemplo.

Uno de los expertos entrevistados en relación con la presente tesis, sugirió, la idea de realizar distintas carreras de psicología, desde el grado. Para argumentar utilizo la siguiente analogía: “muchos estarán de acuerdo en que la mente humana es más compleja que la estructura y los cimientos de un edificio, sin embargo, hay una sola carrera de grado de psicología y hay once carreras de ingeniería distintas”. Desde la perspectiva del experto generar distintas carreras de grado brindaría a nuestra disciplina, ejercida a través de

sus agentes, la versatilidad necesaria para atender las diversas demandas de la población.

Otra forma de coordinar la gestión, conocimiento y trabajo es la de crear universidades y/o facultades que concentren las carreras relacionadas con el campo de la salud, o en todo caso articular más la formación en dichas carreras. Esto sucede en varias universidades del mundo y nuestra Universidad se encuentra dando pasos hacia un modelo de gestión que ayude a brindar esta articulación con la creación de la Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud (EURHES) y del Hospital Universitario.

Ante este panorama también aparece como una opción viable y que requiere menores recursos una adecuada formación de posgrado, que podría ser en servicio. En este marco cabe destacar el Programa Nacional Médicos Comunitarios. En esta tesis se pudieron registrar diferencias entre quienes realizaron el mencionado posgrado y quiénes no. Las personas que habían hecho el posgrado, tal como se reflejó a lo largo del capítulo 7, lograban observar en mayor medida los múltiples determinantes y causas de los fenómenos abordados, evitando caer en “psicologismos”, utilizando para ello diversas herramientas al momento de comprender su trabajo cotidiano en el CAPS. Enmarcaban su labor en el CAPS como parte de la atención primaria, a la que definían canónicamente siguiendo los lineamientos de la OMS y afirmaban que su trabajo no podía centrarse solamente en la atención clínica.

Sin embargo, como el mencionado posgrado no se centraba en la salud mental en particular sino en un ámbito laboral, siendo la misma curricula para todos los trabajadores, sean estos médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeros, antropólogos o trabajadores sociales, no incluía herramientas específicas para la intervención psicológica en salud mental en el PNA. Consideraban que el trabajo con la comunidad era parte de sus tareas, pero no contaban con recursos específicos del campo disciplinar para hacerlo. De todas maneras, como se ha sugerido en esta tesis, si bien era perfectible, el Programa Médicos Comunitarios brindaba un plus, no solo a la hora de realizar abordajes en el PNA, sino aportando personal con fondos del Estado Nacional, con gestión provincial y trabajando en efectores municipales (al menos en la

provincia de Buenos Aires). Lamentablemente, este programa fue dado de baja gradualmente entre 2016 y 2019, dejando de dictarse el posgrado y de renovarse las becas con las que contaban los trabajadores.

Los resultados reportados en el capítulo 7 que comparan al grupo de psicólogas con formación en el marco del Programa al que se ha hecho referencia y aquellas sin dicha formación, ilustran lo señalado. Las primeras logran describir con mayor complejidad la situación problema, la intervención realizada y la atribución de los resultados, considerando multiplicidad de factores. Sin embargo, pudo constatar que en las dimensiones que están más vinculadas a la especificidad disciplinar (herramientas, aprendizajes y cambios relativos a la intervención profesional) las diferencias halladas entre los grupos se reducen. Esto permite resaltar la importancia de la formación de grado y de posgrado en el desempeño profesional. Recordemos que la Ley de Salud Mental N° 26.657 exige a las universidades “adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental” (reglamentación del artículo 33) y el Estado Nacional debe promover la “cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades” (artículo 41, inciso b). Vale aclarar que revisar y repensar la formación de grado no se opone, sino que se complementa con establecer una formación permanente en los distintos ámbitos de ejercicio profesional de la psicología.

8.3.2 Condiciones sistémicas y materiales

El segundo punto propuesto previamente para aproximarse a una explicación del estado actual de la situación descrito en la tesis puede ser abordado desde diversas aristas imbricadas que forman las condiciones materiales del fenómeno en cuestión.

La estructura propia del sistema sanitario argentino descripta previamente genera heterogeneidad en la oferta de servicios por parte del Estado. En la provincia de Buenos Aires coexisten 135 servicios de salud municipales encargados de brindar APS y siendo (o debiendo ser) el principal eslabón del PNA. La ciudad de La Plata que es la capital provincial cuenta con una gran infraestructura de dispositivos de salud pública provinciales, incluyendo los

respectivos centros de gestión (casa de gobierno provincial y todos los ministerios). Al momento de escritura de esta tesis existían en la ciudad 15 hospitales (6 de ellos del mayor nivel de complejidad) y una Unidad de Pronta Atención funcionando en este municipio que forman parte del sistema estatal de gestión provincial. Si bien no hay estudios al respecto en este municipio, numerosas experiencias de carácter más informal permiten inferir que los dispositivos de referencia para los usuarios del sistema de salud público no son los CAPS, sino los grandes hospitales interzonales que se constituyen en centros de derivación importantes a nivel provincial y nacional (por ejemplo, el Hospital Interzonal San Martín o el Hospital Alejandro Korn, por nombrar solo dos).

Tal vez sean estas condiciones las de alguna forma “*licencien*” al Gobierno Municipal de invertir en salud, ya que su población se referencia en otras estructuras al momento de acceder y/o exigir al Estado respuesta en esta materia.

Lo anterior se pone claramente de manifiesto si se considera que nuestro municipio no cuenta con Hospital Municipal, los CAPS no funcionan 24 horas, ni los 7 días, ni pueden ofrecer todos los servicios que deberían (Ballesteros, 2016). La salud mental no es la excepción en tanto que al momento de realización del trabajo de campo se registró la presencia de 33 psicólogas para 46 centros de salud. Los bajos sueldos y la inexistencia de escalafones que permitan una carrera dentro del sistema sanitario también forman un condicionante estructural que genera otro problema al *expulsar* o al menos no ayudar a retener a trabajadores formados y con experiencia. Dos indicadores que reflejan esto son la edad de las psicólogas y la forma en la éstas narraron su ingreso a esta área laboral. Respecto al primer punto, el promedio de edad es bajo (42 años) y solo cuatro personas superaban los 45 años, entre ellas una que contaba con un pase en comisión²¹ desde la provincia de Buenos Aires. Seis entrevistadas renunciaron al poco tiempo de la entrevista. Ninguna psicóloga entrevistada explicitó una motivación previa por el trabajo en atención primaria, sino que su ingreso al sistema se debió más bien a cuestiones

²¹ Esto implica que su sueldo (incluyendo las actualizaciones paritarias) es establecido y es pagado por el Estado Provincial.

coyunturales como, por ejemplo, desempeñar trabajos administrativos en el municipio previamente. Si a esto se le suman los bajos salarios, es de esperar que, si las circunstancias lo permiten, las profesionales renuncien en busca de otras alternativas.

Además, analizando los salarios en contexto, éstos son y han sido históricamente menores a los que otorga el Estado Provincial y Nacional por el mismo empleo (a pesar de que la Constitución²² indique lo contrario). Asimismo, recordemos que el 60% de las entrevistadas poseía modalidades de contratación precarias (Beca del Programa Médicos Comunitarios o contratos mensuales con el Municipio de La Plata). Algunas de ellas hicieron referencia a la “carrera hospitalaria” en el sistema de salud provincial (en el que es posible pasar de empleado a ser jefe de sala, jefe de servicio, jefe de residentes, director del hospital, etc.), señalando la inexistencia de una estructura similar en el municipio que permita o, al menos, aliente continuar trabajando dentro de este ámbito. Va de suyo decir que esta característica opera como un obstáculo en pos de la tan mencionada atención integral de la salud.

Otra variable estructural a tener en cuenta y que puede considerarse un aspecto positivo es el nivel de cobertura del PNA en el municipio bajo estudio. Los CAPS, como dispositivo del Primer Nivel de Atención, son efectores de salud que tienen como usuario potencial a toda la población, enmarcado en una legislación que considera el acceso a los servicios de salud como un derecho humano. Cada barrio tiene un CAPS y cada CAPS una psicóloga trabajando allí (aunque sea a medio tiempo). Por lo que con una inversión razonable sería viable fortalecer los dispositivos que ya se encuentran en funcionamiento brindando recursos humanos. Recordemos que este nivel de atención no requiere inversión en equipamiento médico de alta complejidad.

Los Centros de Atención Primaria deberían funcionar las 24 horas y contar con servicio de salud mental durante toda la jornada, tal como se realizó en Italia para poner en funcionamiento la reforma propuesta por Franco Basaglia (2008), reforma en la que se inspirada nuestra actual Ley de Salud

²² Artículo 14 bis: “El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: [...] igual remuneración por igual tarea...”

Mental. De realizarse, sería un pilar fundamental para la jurídicamente establecida desmanicomialización. Para atender 24 horas debería haber, al menos, tres psicólogos por día. Tener más de un profesional trabajando en salud mental permitiría la existencia de diversos perfiles profesionales y así se podría atender distintas temáticas (violencias, consumos problemáticos, neurosis, demencias, esquizofrenia, etc.) y distintas poblaciones que requieren cierta especificidad de conocimientos (adultos, niños, gerontes, población migrante, lgbt+, etc.).

8.4 Reflexiones finales

En este último apartado el objetivo es desarrollar un conjunto de propuestas derivadas de las contradicciones halladas en el sistema de actividad de las psicólogas en el PNA. Se partirá de lo hallado, tanto en sus núcleos problemáticos como en sus fortalezas para pensar posibles expansiones, de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividad.

Las consideraciones que aquí se introducen pueden agruparse, para facilitar su ordenamiento, en dos ejes entrelazados y no excluyentes entre sí: aquel relacionado a la articulación entre diversos agentes y sistemas de actividad que forman parte del campo de la salud y, por otro lado, aquel centrado en fortalecer y transformar las herramientas mediadoras de la actividad.

La articulación entre sistemas de actividad. Pensando en lo posible, con las herramientas y presupuestos que el municipio dispone, con poca inversión y a corto plazo, se podrían realizar cambios que permitan una expansión. Los resultados de la tesis muestran que la articulación entre el PNA y el resto del sistema de salud podría optimizarse, según relatan las entrevistadas. Si bien se considera que existe *un sistema de salud*, se observa en la práctica que funciona, en muchas ocasiones, como distintos sistemas encapsulados y no articulados entre sí.

La primera observación que puede realizarse al respecto es la existencia un escaso trabajo en conjunto entre el PNA y los niveles de atención y complejidad superior, gestionados por el gobierno provincial. De haber una

buena comunicación entre este Primer Nivel (municipal) y los niveles de mayor complejidad, los CAPS podrían ser, como se propuso en Alma Ata (1978), el primer contacto de la comunidad con el sistema sanitario. Si se considera, por ejemplo, la problemática de las derivaciones cabe señalar que en la actualidad la mayor parte de ellas se resuelven a partir de contactos personales entre los/as profesionales de los distintos niveles, sin contarse con un protocolo o mecanismo institucionalizado para tal fin. Estas derivaciones deberían implementarse de manera bidireccional o recíproca según lo amerite el caso abordado. Esto contribuiría a un abordaje integral de la salud mental y redundaría en un sistema más eficaz y eficiente en la resolución de problemáticas, articulando sus objetivos, esfuerzos y presupuestos.

Una segunda cuestión que ejemplifica aspectos clave de la articulación entre sistemas se vincula a la gestión de recursos materiales y humanos. El Programa Médicos Comunitarios, financiado por el estado nacional y gestionado por el estado provincial constituye un claro ejemplo de ello. En esta experiencia el municipio recibía recursos humanos para trabajar en el primer nivel y al mismo tiempo estas personas realizaban una formación de posgrado para el trabajo en el PNA. Tal vez cabe recordar que una limitación del programa era que la formación no brindaba herramientas específicas para el abordaje de la salud mental. En línea con lo antedicho se podría también promover la articulación con el sistema de residencias en salud mental que es gestionado por el estado provincial, formando recursos humanos en el PNA. Esto ya sucede en este municipio con otras profesiones que tienen por objeto central el trabajo en APS, como sucede en el caso de los médicos generalistas. Esta política podría extenderse a salud mental, y, de hecho, esto ya ocurre en otros municipios donde hay residentes en psicología en el primer nivel.

Una articulación que resulta estratégica es la vinculada al sistema educativo, la que puede considerarse en dos dimensiones. Por un lado, se destaca el papel de las escuelas como un eslabón fundamental para trabajar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con las infancias y las adolescencias. Si bien los datos recabados en esta tesis permiten señalar que esta articulación se concretaba en algunas oportunidades, por ejemplo, a

través de la realización de talleres sobre educación sexual integral, también se observaron algunas tensiones. En gran parte de los CAPS no se brinda atención en salud mental destinada a las infancias y, en los casos en que esto está presente, se circunscribe a problemáticas “afectivas” exclusivamente, dejando de lado otras por considerarlas “sociales” o “de aprendizaje”, lo que no sería competencia de las profesionales de la psicología según su propia perspectiva.

Estamos aquí frente a un nudo problemático, ya que como se sostuvo a lo largo de esta tesis, la salud y el ser humano es un campo complejo que no puede abordarse de forma parcial, sino que debe ser integral. La escuela, el CAPS, el resto del sistema de salud, el club del barrio, la Iglesia (o el actor religioso que sea), movimientos sociales y otros actores comunitarios deben trabajar en conjunto para lograr procesos salutógenos.

Por otro lado, una segunda dimensión relevante del vínculo entre el sistema de salud y el educativo se relaciona con las articulaciones posibles con la universidad, fundamentalmente a través de prácticas profesionales pertenecientes a carreras de grado y posgrado y la actividad extensionista. Se trata de dos sistemas de actividad que pueden construir objetivos compartidos vinculados al mejoramiento de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad y la formación de recursos humanos de ambas instituciones para el trabajo en el PNA. Esto puede redundar en un proceso de enriquecimiento mutuo.

Si se considera la articulación no ya entre sistemas sino entre agentes (psicólogas), la estructura que tiende a prevalecer es la de la coordinación (Engeström, 2008). Es decir, que las psicólogas trabajan de manera encapsulada sin construir objetivos compartidos ni repensar el guion de la actividad. Esto se observa en diferentes situaciones tales como la escasez de espacios institucionalizados de encuentro, de formación e incluso de un sindicato o movimiento que las nucleee como trabajadoras de la salud que permita colectivizar, formalizar y viabilizar sus reclamos. Los mencionados espacios generarían un grupo de pertenencia y de identificación, formando una comunidad con mayor especificidad; potenciaría la comunicación entre ellas y

podría facilitar la articulación con otros sistemas de actividad que compartan propósitos análogos para potenciarse recíprocamente.

Expansión de las modalidades de intervención en salud mental en el PNA. Resulta relevante diversificar y expandir las modalidades de intervención que, como herramientas, se hallaron en el sistema de actividad estudiado. A la atención clínica individual que tiende a predominar en la actividad de las psicólogas podría sumarse intervenciones de promoción de la salud y de prevención específica y/o inespecífica, siguiendo los pilares de la APS. Estas tareas deberían realizarse en conjunto, según lo amerite cada situación, con otros trabajadores del CAPS y con la comunidad, de la que podrían emerger nuevas demandas. De acuerdo a lo hallado en el trabajo de campo constituyen temáticas sobre las que se podría trabajar desde esta perspectiva, la violencia intrafamiliar, la crianza, la violencia de género y los consumos problemáticos. En muchos barrios sucede que estos temas son abordados por congregaciones religiosas o movimientos sociales. Sin quitarle mérito a estos grupos, sería conveniente que también las instituciones de salud participen o conduzcan estos espacios, ya que cuentan con el factor humano necesario y el soporte del Estado.

En cuanto a la atención clínica, es decir, la prevención secundaria, siguiendo los pilares de la APS y lo que la bibliografía, expertos y, por ende, el material empírico sugiere, podrían sumar a sus modalidades de intervención terapias grupales y terapias breves. De esta forma se puede acceder a una mayor cantidad de personas y se brindaría un servicio que según indican estudios realizados en Chile, España y Brasil (ver capítulo 2), favorecen la adherencia al tratamiento. Las terapias grupales permitirían abordar diversas temáticas (como las mencionadas previamente) desde una posición clínica. Al momento de las entrevistas un solo CAPS realizaba estas tareas e implementaba grupos terapéuticos para personas con VIH. Esta experiencia puede considerarse un núcleo a fortalecer y al mismo tiempo a expandir. Este tipo de abordaje de los cambios que parte de lo existente contribuye a la memoria histórica del sistema, para que dichas intervenciones se

institucionalicen, formando un guion y no dependan solo de los agentes encargados hoy de realizar una determinada tarea concreta (Engeström, 2008).

Las transformaciones del sistema propuestas hasta aquí requieren, a su vez, experiencias innovadoras en lo que comúnmente se denomina capacitación en servicio. Como ya fue señalado, si se consideran los planes de estudios de las carreras de grado en psicología y lo que las psicólogas entrevistadas en este estudio mencionan: no disponen de los conocimientos y herramientas necesarias para realizar tareas de prevención, de promoción de la salud ni terapias grupales. La bibliografía señala que las universidades argentinas no forman suficientemente a los psicólogos para las prácticas públicas de las profesiones de la salud (Saforcada et al., 2020). Por lo tanto, si se quiere poner un sistema de salud a operar en términos de APS, se tiene que contemplar el desarrollo de acciones sistemáticas de formación.

Engeström (1996) ha propuesto el dispositivo del laboratorio de cambio que permitiría un abordaje activo e intervencionista en la actividad estudiada en relación con el cambio y el aprendizaje (Sannino et al., 2016). Engeström (2008) diferencia las *intervenciones formativas* propuestas desde la teoría de la actividad, de las *intervenciones lineales* llevadas adelante muchas veces por otros agentes ajenos al sistema de actividad, como consultores, administradores, políticos, etc. No se trata de una capacitación lineal, una clase magistral donde un experto transmite un saber acabado, ya que, según esta teoría estos esfuerzos podrían no cumplir sus objetivos si los destinatarios no observan la importancia de estos conocimientos y herramientas para su trabajo cotidiano. Las *intervenciones formativas* apuntan a fomentar conceptos y soluciones novedosas (aún para el investigador), promover la discusión y negociación en el curso de la intervención y generar conceptos que puedan ser usados como herramientas para pensar el diseño de otras intervenciones en contextos diferentes. Entonces, se vuelve central que los agentes intervinientes sean conscientes de sus propias contradicciones para poder planificar cambios que se institucionalicen.

Las psicólogas entrevistadas en este estudio han mencionado diferentes limitaciones en su trabajo cotidiano: baja adherencia al tratamiento;

desconocimiento de las tareas a realizar más allá de la atención clínica individual; falta de coordinación con los niveles de atención de la salud de mayor complejidad; inexistencia de un sindicato o agrupación que nucleé sus propuestas y reclamos; ausencia de una carrera en salud dentro del municipio. Estas limitaciones podrían constituir un punto de partida para la implementación de un laboratorio de cambios, en el que se expliciten las contradicciones del sistema, deconstruyendo los guiones establecidos y pensando respuestas novedosas.

En un laboratorio de cambios que podría desarrollarse en 10 a 12 sesiones, resulta central para una superación dialéctica, la *doble estimulación*: se le presenta a la persona una tarea que no puede resolver con las herramientas y habilidades que posee al momento y, a su vez, se le brinda una herramienta neutral o inacabada (según la traducción) con la cual podría completar dicha tarea. Apoyándose en la zona de desarrollo próximo, Vygotsky y sus discípulos veían en la doble estimulación la llave para introducir cambios en (diríamos hoy) el sistema de actividad. El objetivo de estos laboratorios es generar un aprendizaje expansivo (Cole & Engeström, 2018).

CODA. Para finalizar tomo prestado este concepto del arte, que en música refiere al movimiento de cierre y en poesía a los versos finales, en un paralelismo lógico y necesario entre el arte y la ciencia, entre las obras artísticas y los estudios científicos. En este caso, quisiera finalizar esta tesis señalando que existe suficiente evidencia que avala la consideración del Primer Nivel de Atención como un pilar esencial en el sistema de salud. En tiempos de tecnocracia neoliberal se vuelve necesario remarcar la importancia de los abordajes centrados en la comunidad, promoviendo salud, evitando el desarrollo de procesos patógenos, sin romper y reforzando lazos sociales, lo que redundaría en una mejor atención de la salud y por ende en una mejor calidad de vida para los usuarios. De esta forma se fomenta el polo subjetivante de la salud, que sin renunciar al horizonte de la “salud para todos”, que no es otra cosa que pensarla como derecho, se entrama con la consideración de lo singular en relación con lo cual, la tarea del psicólogo, o como se ha mostrado en esta tesis, de las psicólogas, constituye un eslabón

fundamental. Una formación para el trabajo comunitario debería estar dirigida hacia el fortalecimiento de espacios y prácticas comunitarias generadoras de salud. La tensión entre la demanda asistencial y la búsqueda de fortalecimiento de lo comunitario no debe ser vista como una contraposición entre “lo clínico” y “lo comunitario” sino que tiene que ser pensada desde las intersecciones posibles. En ese sentido, el concepto de articulación entendido como una conexión parcial (Stolkiner, 2015), nos puede ayudar a pensar las interfaces entre dos prácticas en permanente constitución que, si bien no son análogas, no dejan de tener puntos de entrecruzamiento y encuentro.

Para poder modificar el escenario actual es necesario que haya un espacio de consenso, de acuerdos en torno a determinados principios; una concepción de salud integral y un posicionamiento ético-ideológico que enmarque las acciones en una praxis acorde a los fines propuestos. Trabajar de manera interagencial, interdisciplinaria y con la participación de la comunidad plantea importantes desafíos a las prácticas profesionales de las psicólogas, y por lo tanto a la formación de los recursos humanos.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2010). *La promesa de la felicidad: una crítica cultural a imperativo de la alegría*. Caja Negra.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Topia.
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: The GADIS study. *European Psychiatry*, 20(3), 229-35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15935421>
- Ashby, W. R. (1958). Requisite variety and its implications for the control of complex systems. *Cybernetica*, 1(2), 83-99.
- Bakunin, M. (2004). *Dios y el Estado*. Terramar.
- Ballesteros, M. S. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina: un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12(2), e015. <http://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geoe015>.
- Banco Mundial (2018). Gasto en salud. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Bang, J. (2008). Building a new house out of old materials and with sharpened tools. *Culture & Psychology*, 14(1), 45–55.
- Basaglia, F. (1978). La institución psiquiátrica de la violencia y ¿Psiquiatría o ideología de la locura? En A. Suarez (Ed.), *Razón, locura y sociedad* (5-55). Siglo XXI.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Topia.

- Bausela Herreras, E. (2004). Modelos de orientación e intervención psicopedagógica: modelo de intervención por servicios. *Revista Iberoamericana de Educación*, 34(1), 1-12.
- Bleichmar, S. (2001). Del motivo de consulta a la razón de análisis. *Revista Actualidad Psicológica*, 287(1), 1-4.
- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social, violencia escolar*. Noveduc.
- Boarini, M. L., & Francisconi Borges, R. (2009). O psicólogo na atenção básica na saúde. *Psicologia Ciência E Profissão*, 29(3), 602-613.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932009000300013
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Siglo XXI.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiologia Crítica*. Lugar.
- Camacho-Arce, C., Caballero-Baldivieso, D., & Venegas-Arzabe F. (2009). Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. *Revista Panamericana Salud Publica*, 25(6), 511–517.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9818>
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos Sobre la Medicina*. Amorrortu.
- Caplan, G. (1980). *Principios de Psicología Preventiva*. Paidós.
- Castro, M. (1993). *La psicología, los procesos comunitarios y la interdisciplinariedad*. Editorial de la Universidad de Guadalajara.
- Chen, L. (2015, 23 de septiembre). The Most Profitable Industries. *Forbes*.
<https://www.forbes.com/sites/liyanchen/2015/09/23/the-most-profitable-industries-in-2015/#793114776b73>
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 13(2), 173-182.
- Cole, M. (1996). *Psicología Cultural*. Morata.

- Cole, M., & Engeström, Y. (1993). Enfoque histórico-cultural de la cognición distribuida. En G. Salomon (Ed.), *Cogniciones distribuida. Consideraciones psicológicas y educativas* (23-74). Amorrortu.
- Cole, M., & Engeström, Y. (2018). Cultural-Historical approaches to designing for development. En J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *The handbook of Socio-Cultural Psychology* (pp. 484-508). Cambridge University Press.
- Cooper, B. (2003). Evidence Based mental health policy: a critical appraisal. *The British Journal of Psychiatry*, 183(1), 105-113.
- Courel, R., & Talak, A. (2001). La formación Académica y Profesional del psicólogo en Argentina. En J. Toro & J. Villegas (Eds.), *Problemas centrales para la Formación Académica y el Entrenamiento Profesional del Psicólogo en las Américas* (pp. 21-83). JVE.
- Dagfal, A. (1998). *La creación de la carrera de Psicología en la Universidad Nacional de La Plata: el pasaje del campo de la educación al predominio de la clínica. El lugar del Psicoanálisis (1957-1966)*. Informe final: beca de iniciación en la investigación científica y tecnológica. Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP.
- Daniels, H. (2015). Mediation. An expansion of the socio-cultural gaze. *History of the Human Sciences*, 28(2), 34–50.
- Daniels, H., & Warmington, P. (2007). Analysing third generation activity systems: labour-power, subject position and personal transformation. *Journal of Workplace Learning*, 19(1), 377-391.
- Davydov, V. V. (2008). *Problems of developmental instruction: A theoretical and experimental psychological study*. Nova Science Publishers.
- De Lellis, M. (2010). Políticas públicas y salud comunitaria. En E. Saforcada, M. Mañanas & E. Aldarondo (Comps.), *Neurociencias, salud y bienestar comunitario* (pp. 21-30). Nueva Editorial Universitaria.

- Díaz, A., & Ramírez, R. (2017). Interdisciplinarietà y salud mental comunitaria. En B. Fernández Castrillo (Comp.), *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 55-76). Psicolibros Universitarios.
- Dimenstein, M., Macedo, J. P., Gomes, M., Da Silva, T. M., & De Abreu, M. M. (2018). A saúde mentale atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud y Sociedad*, 9(1), 70-85. <http://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>
- Eagleton, T. (2000). *La idea de cultura: una mirada política sobre los conflictos culturales*. Paidós.
- Engeström, Y., & Kerosuo, H. (2007). From workplace learning to inter-organizational learning and back: the contribution of activity theory. *Journal of Workplace Learning*, 19(6), 336-342.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research*. Orienta-Konsultit.
- Engeström, Y. (1996). Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica. En S. Chaiklin & J. Lave (comps.), *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto* (pp. 78-118). Amorrortu.
- Engeström, Y. (2000). Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*, 43(7), 960-974.
- Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133-156.
- Engeström, Y. (2008). *From Teams to Knots: Activity-Theoretical Studies of Collaboration and Learning at Work*. Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (2009). The Future of Activity Theory: A Rough Draft. En A. Sannino, H. Daniels & K. Gutiérrez (Eds.), *Learning and Expanding with Activity Theory* (pp. 303-328). Cambridge University Press.

- Engeström, Y., & Pyörälä, E. (2020). Using activity theory to transform medical work and learning. *Medical teacher*, 42(1), 1-8.
- Erausquin C., Basualdo M. E., & González, D. (2006). Heterogeneidad de giros y tensiones en los modelos mentales de “psicólogos en formación” sobre la intervención profesional en problemas situados. Hacia una dialéctica de la diversidad. *Anuario de Investigaciones*, 13(1), 105-123.
- Erausquin C., Basualdo M. E., González D., García Coni, A., & Ferreiro E. (2005, 26-30 de junio). *Modelos mentales de intervención profesional sobre problemas situados en distintos agentes educativos: conquistas y desafíos en del siglo XXI* [Sesión de congreso]. 30° Congreso Interamericano de Psicología (SIP), Buenos Aires, Argentina.
- Erausquin C., Denegri A., & Michele J. (2017). Estrategias y modalidades de intervención psicoeducativa: historia y perspectivas en el análisis y construcción de prácticas y discursos. En C. Erausquin (comp.), *Interpelando entramados de experiencias, cruce de fronteras e implicación psicoeducativa entre universidad y escuelas* (pp. 58-76). EDULP.
- Erausquin, C. (2013). La teoría histórico-cultural de la actividad como artefacto mediador para construir indagaciones e intervenciones sobre el trabajo del psicólogo en escenarios educativos. *Revista de Psicología*, 13(1), 173-197.
- Erausquin, C., & Basualdo M. E. (2013). El giro contextualista. Psicólogos y docentes que trabajan en escuelas: la construcción de modelos mentales de intervención sobre problemas situados en escenarios educativos. En C. Erausquin & R. Bur (Eds.). *Psicólogos en contextos educativos: diez años de investigación* (pp. 67-83). Proyecto Editorial.
- Erausquin, C., & Larripa, M. (2008). Teoría de la actividad y modelos mentales. Instrumentos para la reflexión sobre la práctica profesional: “aprendizaje expansivo”, intercambio cognitivo y transformación de intervenciones y psicólogos y otros agentes en escenarios educativos. *Anuario de Investigaciones*, 15(1), 109-124.

- Erausquin, C., & Zabaleta, V. (2014). Articulación entre investigación y extensión universitarias: aprendizajes en la diversidad y cruce de fronteras. *Revista EXT*, 5(1), 1-36.
- Escudero, J. C. (2017). Salud colectiva en Cuba y Estados Unidos: algunos números. *Revista Soberanía Sanitaria*, 1(1), 19-22.
- Fernández Ríos, L., & Gómez Fraguera, X. A. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social*. Síntesis.
- Fisher, M. (2016). *Realismo capitalista: ¿no hay alternativa?* Caja Negra.
- Follari, R. (2005). La interdisciplina revisitada. *Andamios*, 1(2), 7-17.
- Follari, R. (2014). Interdisciplina, hibridación y diferencia. Algunos rubros de su discusión actual en América Latina. *De raíz diversa*, 1(1), 67-82. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ppel-unam/20160614015745/Follari.pdf>
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). Historia de la Medicalización. En Foucault, M., *La vida de los Hombres Infames* (pp. 85-105). Editorial Altamira.
- Foucault, M. (2020). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta: reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Siglo del Hombre—Universidad de los Andes.
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico (Porto Alegre)* 47(2), 189-168. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3712016000200008
- Fuks, S. I. (2008). Psicología Comunitaria. Entrevista. *Revista Psicología para América Latina*, 12(1), 24-37.

- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Paidós.
- Galiussi, R. (2008, 7-9 de agosto). *El concepto de no-todo y el goce femenino* [Sesión de congreso]. XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Problemáticas actuales. Aportes de la investigación en psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos, conceptos métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa.
- Garzaniti, R. (2016, 23-26 de noviembre). *Marco legal de la Psicología Comunitaria en Argentina* [Sesión de congreso]. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, X Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Subjetividad contemporánea: elección, inclusión, segregación de la Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Gavilán, M. (2015). *De la salud mental a la salud integral*. Lugar.
- Gavilán, M., & Villalva, A. (2007). *La Psicología en el marco de la prevención*. De La Campana.
- Gonzalez Rey, F. (2008). Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas. En B. Jiménez-Domínguez (comp.) *Subjetividad, participación e intervención comunitaria* (pp. 31-54). Paidós Tramas Sociales.
- González Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Revista CS*, 11(2), 19–42.
- González-Blanch, C. (2009). Salud mental en atención primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 169-174.

- Hamid, H, Abanilla, K., Bauta, B., & Huang K. Y. (2008). Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries. *Bull World Health Organ*, 86(6), 467–473.
- Han, B. (2014). *Psicopolítica*. Herder.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Iglesias, M. J., Guillén, J., & Boada, M. (1998). La noción de no-todo. *Revista Acheronta*, 7(1). <https://www.acheronta.org/acheronta7/paradoja.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDeC (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*.
- Klappenbach, H. (1998). Historia de un problema de identidad en la psicología argentina. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 3(4), 159-168.
- Klappenbach, H. (2003). La globalización y la enseñanza de la Psicología en la Argentina. *Psicología em Estudo, Maringá*, 8(2), 3-18.
- Lago, F. P., Elorza, M. E., Moscoso, N. S., & Ripari, V. N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de atención primaria de salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas De Salud*, 12(25), 40-54.
- Leontiev, A. N. (1978). *Acti, consciusness, and personality*. Progress.
- Leontiev, A. N. (1981). *Problems of the development of the mind*. Progress.
- Ley Nacional N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley Nacional N° 24.430 (1994). Constitución de la Nación Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/constitucion_de_la_nacion_argentina.pdf

- Ley Nacional N° 25.326 (1990). Ley de Protección de los Datos Personales.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790/actualizacion>
- Ley Provincial N° 15.462 (1991). Regulación de la investigación con humanos.
<https://normas.gba.gob.ar/documentos/BKedXXCo.html>
- Londoño Pérez, C., Valencia Lara, S. C., & Vinaccia Alpi, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16(2), 199-205.
- Luciano, J., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Pinto-Meza, A., Palao, D., Mercader, M., & Haro, J. (2009). *Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. Atención Primaria*, 41(2), 131-140.
- Macedo J. P., & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 30(1), 182-192.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242012000100015&script=sci_abstract&tlng=pt
- Manzanal, M. (2006). Descentralización y Municipios en Argentina: Contrastes y contradicciones. Crítica en Desarrollo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 1(1), 37-60.
- Matusov, E. (2008a). Dialogue with Sociohistorical Vygotskian Academia about a Sociocultural Approach. *Culture & Psychology* 14(1), 81-93.
- Matusov, E. (2008b). Applying a sociocultural approach to vygotskian academia: "our tsar isn't like yours, and yours isn't like ours". *Culture & Psychology*, 14(1), 5-35.
- Menéndez, E. L. (1988, 30 de abril-7 de mayo). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria* [Sesión de congreso]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Millan-González, R. (2014). La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre la psiquiatría y la atención primaria.

Acta Médica Costarricense, 56(4), 150-157.
<https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/434/43433729002/6>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2016). Resolución 1876-E/2016. Normas para habilitación establecimientos y servicios de salud mental y adicciones sin internación.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1876-2016-266895>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2017). Políticas de Salud.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2015). Gasto en Salud en la Provincia de Buenos Aires.
http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/economiadelasalud/files/2015/06/Analisis-del-Gasto-en-Salud_2015_01.pdf

Minoletti, A., Rojas G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Saude Coletiva*, 20(4), 440-447. <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf>

Moll, L. C. (2000). Inspired by Vygotsky: Ethnographic experiments in education. En C.D. Lee y P. Smagorinsky (editores) *Vygotskian perspectives on literacy research: Constructing meaning through collaborative inquiry* (pags. 256–268). Cambridge University Press.

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria*. Paidós Tramas Sociales.

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Tramas Sociales.

Morales Calatayud, F. (2016). *Introducción a la psicología de la Salud*. Ediciones Nuevos Tiempos.

Morales, F., Moya, M., Gavidia E., & Cuadrado, I. (Ed.) (2007). *Psicología Social*. Mc Graw Hill.

- Moreno, E. (2015). *Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia* [Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba, Córdoba, España].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=66182>
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Nathional Institute for National Health and Care Excellence (2011). Promoting mental wellbeing at work overview.
<https://pathways.nice.org.uk/pathways/promoting-mental-wellbeing-at-work>
- Nava Espinoza, R. (2020) El pase de visita en la enseñanza médica: reflexión desde la teoría de la actividad. *Investigación Médica*, 30(8), 119-120.
- Norton, J., Roquefeuil, G. D., David, M., Boulenger, J-P., Ritchie, K., & Mann, A. (2009). Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: Comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*, 36(2), 560-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004287>
- Nummijoki, J., Engeström, Y., & Sannino, A. (2018). Defensive and Expansive Cycles of Learning: a Study of Home Care Encounters. *Journal of the Learning Sciences*, 27(2), 224-264.
- Oliveira, E.C., Medeiros, A.T., Trajano, F. M. P., Chaves Neto, G., Almeida, S. A., & Almeida, L. R. (2017). Mental health care in the territory. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1-7. <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127751128011.pdf>
- Onocko-Campos, R.; Alberto Gama, C.; Ferrer, A. L., dos Santos D.V.D., Stefanello, S., Lavras Trapé, T., & Porto K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013

- OPS. (1996). *Promoción de la salud: una antología*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/3318>
- Organización de las Naciones Unidas (1966) Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas.
- Organización Mundial de Comercio (2002). Los acuerdos de la OMC y la salud pública. https://www.wto.org/spanish/news_s/pres02_s/pr310_s.htm
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de la Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *El componente de la salud mental en la atención primaria*. <https://apps.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. http://www.who.int/mental_health/policy/Mental_20health_20+_20primary_20care-20final_20low-res_20140908.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/.

Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Cifras y datos. 10 datos sobre la salud mental.*
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index8.html

Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas.*
https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2005a). *Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración De Montevideo).* http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2007a). *La renovación de la Atención Primaria en las Américas.*
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/renovacion_apr_ps_americas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2007b) *Declaración de Buenos Aires.*
<http://www.ifrc.org/docs/idrl/N725ES.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental.*
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Consenso de Panamá.*
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.20PosterSpanishJAN11.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Atención Primaria de la Salud.
www.paho.org.

- Organización Panamericana de la Salud. (2005b). *Principios de Brasilia*. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=275&Itemid=270&lang=es
- Oswald, M. M., & Perold, M. D. (2011). Doing reasonable hope within a cultural-historical activity framework. *South African Journal of Higher Education* 25(1), 22–40.
- Parra, M. A. (2012). *Estrategias de intervención de los psicólogos en el contexto de la atención primaria de la salud: interfaces entre la salud mental y la atención primaria de la salud* [Sesión de congreso]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Parra, M. A. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 34(1), 30-37. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2016000100004
- Peña Vera, T., & Pirela Morillo, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Informacion, Cultura y Sociedad*, 16(1), 55-81. http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/inibi_nuevo/n16a04.pdf
- Pérez Álvarez, M., & Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77829302.pdf>
- Piacente, T., Compagnucci, E., Schwartz, L., & Talou, C. (2000) *Aportes para un nuevo currículum en Psicología en la Universidad Nacional de La Plata*. Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.

- PINSAL, Colectivo del Proyecto Intracomunitario de Neurodesarrollo en San Luis (2011). *La estrategia de mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades*. Nueva Editorial Universitaria.
- Porter, R. (2003). *Breve Historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Postholm, M. B. (2015) Methodologies in Cultural–Historical Activity Theory: The example of school-based development. *Educational Research*, 57(1), 43-58.
- Preciado, P. (2020). Aprendiendo del virus. En P. Amadeo (Ed.), *Sopa de Wuhan* (pp. 163-185). ASPO.
- Presidencia de la Nación Argentina. Decreto Presidencial 603/13. Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de mayo de 2013.
- Redondo Alfaro, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Wimb Lu Revista Electrónica de Estudiantes de la Escuela de Psicología* 8(1), 61-80.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/10465>
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS, (2013). Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica? *Reflexiones*, 90(2), 87-104.
<http://www.redalyc.org/pdf/729/72918776005.pdf>
- Rivière, A. (1984). La psicología de Vygotski: sobre la larga proyección de una corta biografía. *Infancia y aprendizaje*, 27(1), 7-86.
- Rodrigo, M.J. (1997). Del escenario sociocultural al constructivismo episódico: un viaje al conocimiento escolar de la mano de las teorías implícitas. En M. J. Rodrigo & J. Arnay (Ed.), *La construcción del conocimiento escolar* (pp. 177-194). Paidós.

- Rogoff, B. (2006). Firsthand learning through intent participation. *Annual Review of Psychology*, 54(1),175-203.
- Roth, W. L. & Lee, Y. (2007). "Vygotsky's Neglected Legacy": Cultural-Historical Activity Theory. *Review of Educational Research*, 77(2), 186-232.
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde Em Debate*, 36(94), 327-342.
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v36n94/a03v36n94.pdf
- Saforcada, E. (2006). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2013). Psicología sanitaria: historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia, Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-130.
- Saforcada, E., De Lellis M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública*. Paidós Tramas Sociales.
- Saforcada, E., De Lellis M., Morales Calatayud, F., & Moreira Alves, M. (2020). *El factor humano en salud pública*. Nuevos Tiempos.
- Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología Comunitaria*. EUB.
- Sánchez, E., & García, R. (2011). Estrategias de colaboración: ayudar a ayudar. En E. Martin & I. Sole (Eds.) *Orientación educativa: modelos y estrategias de intervención* (pp. 33-51). Grao.
- Sánchez-Reales, S., Tornero-Gómez, M.J., Martín-Oviedo, P., Redondo-Jiménez, M. P., & del-Arco-Jódar, R. (2014). Psicología clínica en atención primaria: descripción de un año de asistencia. *Semergen*, 41(5), 254-260.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134421>
- Sannino, A. (2010). Activity theory as an activist and interventionist theory. *Theory and Psychology*, 21(5), 571-597.

- Sannino, A., & Engeström, Y. (2020). Cultural-historical activity theory: founding insights and new challenges. *Cultural-historical psychology*, 14(3), 43-56.
- Sannino, A., Engeström, Y., & Lahikainen, J. (2016). The dialectics of authoring expansive learning: tracing the long tail of a Change Laboratory. *Journal of Workplace Learning*, 28(4), 245-262.
- Sannino, A., Engeström, Y., & Lemos, M. (2016) Formative Interventions for Expansive Learning and Transformative Agency. *Journal of the learning sciences*, 25(4), 599-633.
- Scharager Goldenberg, J., & Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149–159. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/>
- Secretaría de Salud del Municipio de La Plata (2011). Protocolo de atención en salud mental.
- Secretaría de Salud del Municipio de La Plata (2020). Indicaciones para la atención de la salud mental durante la ASPO.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En J. Llambías Wolf (Ed.), *La enfermedad de los sistemas de salud-miradas críticas y alternativas* (pp. 161-177). RIL Editores.
- Stolkiner, A. (2017a). No hay enfermedades mentales, siempre está en juego el cuerpo. En #MCH / Alicia Stolkiner. <https://www.youtube.com/watch?v=zSJHa3yqnSA&t=119s>
- Stolkiner, A. (2017b). El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud/salud mental y la perspectiva de derechos. En B. Fernández Castrillo (Ed.), *Salud*

- Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 189-210). Editorial Psicolibros Universitarios.
- Szasz, T. (1978). El mito de la enfermedad mental. En A. Suarez (Ed.), *Razón, locura y sociedad* (pp. 85-102). Siglo XXI.
- Tobar, F. (2012). Políticas de salud: conceptos y herramientas. En *Ética, bioética y jurídica* (pp. 2-14). La Ley.
<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>
- Tobar, F. (2022). Neoliberalismo y salud. *Revise*, 12(1), 65-73.
- Toiviainen, H. (2007). Inter-organizational learning across levels: an object-oriented approach. *Journal Workplace Learning*, 19(6), 343-358.
- Ulibarri, P. (2010). La psicología comunitaria como posibilidad de transitar. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 8(2), 16-65.
http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril2010_Nota4.pdf
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511.
https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf.
- Vainer, A. (2007). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Revista Topia. www.topia.com.ar/articulos/el-residente-y-la-comunidad-terap.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis.
- Vilanova, A., & Di Doménico, C. (1999). *Psicología en el Cono Sur: datos para una historia*. Martin.
- Vygotsky, L. (1978). Interacciones entre aprendizaje y desarrollo. En *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp. 123-140). Crítica.

- Vygotsky, L. (1997). The problem of consciousness. En R. Rieber & J. Wallowick (Eds.), *The collective works of L. S. Vygotsky* (pp. 129-138). Plenum.
- Vygotsky, L. S. (1994). The socialist alteration of man. En R. Van der Veer & J. Valsiner (Eds.), *The Vygotsky reader* (pp. 175-184). Blackwell.
- Warmington, P., & Leadbetter, J. (2013). Expansive learning, expansive labour. En H. Daniels, A. Edwards, Y. Engeström, T. Gallagher & S. Luvdigsen (Eds.), *Activity Theory in Practice* (pp. 72-89). Routledge.
- Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (2017). Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface*, 13(1), 23-42. http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/en_1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf
- Wertsch, J. (2007). Mediation. En H. Daniels, M. Cole & J. Wertsch (Eds.), *The Cambridge Companion to Vygotsky* (pp. 178-192). Cambridge University Press.
- Westheimer, J., Steinley-Bumgarner, M., & Brownso, C. (2015). Primary care providers' perceptions of and experiences with an integrated healthcare model. *Journal of American College Health*, 57(1), 101-108. <https://www.tandfonline.com/toc/vach20/57/1?nav=toCList>
- Whitaker, R. (2015). *Anatomy of an epidemic*. Crown Publishers.
- Yamazumi, K. (2006). Human Agency and Educational Research: A New Problem in Activity Theory. *An International Journal of Human Activity Theory*, 1(1), 19-39.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación una clara explicación de sus características, así como su rol en ella.

El proyecto *“Protección y promoción de la salud: la actividad de las psicólogas que trabajan en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)”* forma parte de una tesis doctoral de la Facultad Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. La meta de esta investigación es caracterizar la actividad profesional de las psicólogas que trabajan en CAPS.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a preguntas que forman parte de una entrevista semi estructurada (confeccionada exclusivamente para esta investigación) junto con un instrumento de indagación de situaciones-problema de intervención. Esto tomará aproximadamente 50 minutos de su tiempo.

La actividad será grabada en audio, por lo que se requerirá de su aprobación previa para hacerlo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recabada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por lo tanto, sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le pareciera incómoda, tiene usted el derecho de no responderla.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactarse a: ramiro.garzaniti.unlp@gmail.com

Desde ya le agradezco su participación.

Firma y aclaración del investigador

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada de que la meta de este estudio es caracterizar la actividad profesional de las psicólogas que trabajan en CAPS.

Me han indicado también que tendré que responder una entrevista semi estructurada junto con un instrumento de indagación de situaciones-problema de intervención, lo cual tomará aproximadamente 50 minutos.

También, me han comunicado que la actividad será grabada, por lo que debo consentir previamente el participar de dicha actividad bajo esta condición.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactarme a: ramiro.garzaniti.unlp@gmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento se me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Nombre de la participante:

Firma:

Fecha:

ANEXO 2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA ADMINISTRADA A PSICÓLOGAS QUE TRABAJAN EN EL PNA

Datos del Centro de Atención Primaria de la Salud

Nombre:

Ubicación y área de incumbencia:

Recursos humanos:

- Profesionales:
- No profesionales:

Año de inicio de actividades:

Datos de la psicóloga entrevistada

Cargo:

Edad:

Antigüedad en el Primer Nivel de Atención:

Horario por semana:

Estudios de grado:

Formación de posgrado:

Entrevista

1. ¿Cuáles son las actividades que le son asignadas?
2. ¿Cuál es la finalidad de esas actividades?
3. ¿Con quién/es las lleva a cabo?
4. ¿Cuáles son habitualmente las demandas de intervención que recibe?
5. ¿De quién/es?
6. ¿Cuáles son los temas o problemas sobre los que interviene?

7. ¿Dónde realizan sus acciones?
8. ¿Qué herramientas utiliza para intervenir?
9. ¿Hace intervenciones con otros/as trabajadores/profesionales?
10. ¿Considera que el personal del CAPS es suficiente para las tareas que allí se realizan?
11. ¿Considera que constituiría un aporte que el CAPS cuente con más profesionales del campo de la psicología?
12. ¿Su trabajo incluye a otros/as agentes de la comunidad?
13. ¿Su trabajo incluye la articulación con otras instituciones?
14. Sus intervenciones ¿conlleven la elaboración de informes? ¿Quiénes son los destinatarios/as de esos informes?
15. ¿Hay algún tipo de evaluación y/o seguimiento de los resultados de las intervenciones que realiza?
16. ¿Cuáles cree que son los factores que facilitan su trabajo y cuáles lo dificultan u obstaculizan?
17. ¿Cómo se siente en su labor como agente de salud? ¿Recibe el reconocimiento esperado por su labor?

En caso de no ser mencionado durante la entrevista por la psicóloga se puede indagar lo siguiente:

¿Cómo sería un día de trabajo en el CAPS?

¿Cuáles son los principales problemas que detecta en la comunidad con la que trabaja?

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE INDAGACIÓN DE SITUACIONES- PROBLEMA

Relate una *situación-problema* de su propia experiencia como psicóloga en el Primer Nivel de Atención, en cuyo análisis y/o para cuya resolución Ud. haya intervenido – sola o juntamente con otros/as -.

1. **Describa la situación** en el contexto en el que se produjo.
2. **Explique** los elementos más significativos. Mencione la **historia** del problema, o sea, los antecedentes de la situación.

Relate cada una de las **acciones** realizadas por Ud. como psicóloga, – y quienes puedan haber colaborado –, para intervenir en el problema. Detalle los momentos o pasos de esa intervención.

3. **¿Quién/es** decidió/eron esa intervención?
4. **¿Qué objetivos** tenía Ud.?
5. **¿Sobre qué o quién/es** intervino y por qué?
6. **¿Qué herramientas** se utilizaron? **¿Por qué?**
7. **¿Qué resultado/s** se obtuvieron? **¿A qué atribuye** Ud. ese/os resultado/s?
8. **¿Qué** fue lo más **significativo** de esa experiencia para Ud.?
9. **¿Qué aprendió** Ud. a través de esa experiencia?
10. **¿Qué modificaría** hoy de su intervención y por qué?

ANEXO 4. MATRIZ DE ANÁLISIS

Dimensión 1: situación-problema

Eje I. De lo simple a lo complejo	Eje II. De la descripción a la explicación	Eje III. De la inespecificidad a la especificidad disciplinar	Eje IV. Historización	Eje V. Del individuo a la trama interpersonal
Indicadores				
1. No se delimita con claridad un problema o bien se confunden/superponen problemas.	1. No se describe ni explica el problema.	1. Inespecificidad del recorte del problema en relación con la disciplina.	1. No menciona ningún antecedente histórico del problema.	1. El problema se sitúa en individuos descontextualizados o en el campo institucional/social desvinculado de lo subjetivo.
2. Se delimita un problema simple, unidimensional.	2. Se describe el problema sin explicarlo o se enuncia un esquema abstracto del problema sin describirlo.	2. Especificidad del recorte del problema en relación con la disciplina	2. Menciona un antecedente del problema.	2. Se tiende a personalizar el problema, más allá de factores estructurales o a definir socialmente el problema, más allá de factores que den cuenta de intenciones, deseos o creencias subjetivas.
3. Se delimita un problema complejo, multidimensional.	3. Se realizan inferencias más allá de los datos.	3. Especificidad del recorte del problema en relación con la disciplina en un campo específico de la profesión.	3. Menciona diversos antecedentes del problema, sin interrelacionarlos significativamente.	3. Se combinan factores subjetivos singulares con factores estructurales, que dan cuenta de regularidades y diferencias.
4. Se delimita un problema complejo, multidimensional y se considera la interrelación entre agentes, factores y dimensiones.	4. Se formulan hipótesis sobre causas, factores o razones que explicarían el problema.	4. Especificidad del problema en relación con la disciplina en un determinado campo de acción profesional, con apertura a otras disciplinas.	4. Menciona diversos antecedentes históricos del problema relacionados entre sí significativamente.	4. Se combinan factores subjetivos e interpersonales con la consideración de conflictos intra e intersistémicos y de dilemas éticos.

Dimensión 2: intervención profesional

Eje I. De la decisión sobre la intervención	Eje II. De la simplicidad a la complejidad de las acciones	Eje III. Objetivos de la intervención profesional	Eje IV. Acciones sobre sujetos, tramas vinculares y/o dispositivos institucionales	Eje V. Pertinencia de la intervención con respecto al problema y al rol profesional
Indicadores				
1. No se indica quién toma la decisión o se lo hace de modo confuso.	1. No se indican acciones.	1. No se enuncian los objetivos de la intervención.	1. No se mencionan sujetos, tramas vinculares o dispositivos sobre los que se actúa.	1. No hay pertinencia de la intervención con relación al problema ni especificidad del rol profesional en la intervención.
2. No decide el agente relator: la decisión se toma sin su participación	2. Se indica una sola acción	2. Se enuncian confusamente los objetivos de la intervención.	2. Se mencionan acciones sobre sujetos individuales, o tramas vinculares, o dispositivos institucionales, exclusivamente.	2. La intervención es pertinente con respecto al problema, aunque no específica del rol profesional.
3. Decide el agente relator unilateralmente.	3. Se indican acciones puntuales sin articulación entre sí.	3. Se delimita un único objetivo al que tiende el conjunto de las acciones.	3. Se mencionan acciones sobre individuos, tramas vinculares y dispositivos en sucesión, no articuladas significativamente en la intervención.	3. La intervención es pertinente con respecto al problema y se realiza desde la especificidad del rol profesional.
4. La decisión sobre la intervención es construida y tomada por el agente psicólogo junto con otros agentes.	4. Se indican acciones articuladas, que contemplan dimensiones diferentes de la intervención abordada como proceso.	4. Se enuncian múltiples objetivos articulados y ponderados durante el proceso de la intervención.	4. Se mencionan acciones sobre individuos, tramas vinculares y dispositivos significativamente articulados en la intervención, en función del contexto.	4. La intervención es pertinente con respecto al problema y se enmarca en la especificidad del rol profesional, con alguna referencia al marco teórico y/o modelo de trabajo en un campo o área de actuación.

Dimensión 3: herramientas

Eje I. Unicidad o multiplicidad de herramientas	Eje II. Carácter genérico o específico de las herramientas
Indicadores	
1. No se menciona ninguna herramienta	1. No se menciona ninguna herramienta
2. Se menciona una herramienta vinculada a una sola dimensión del problema.	2. Se mencionan herramientas inespecíficas en relación con el rol profesional del psicólogo.
3. Se mencionan diversas herramientas vinculadas a una sola dimensión del problema o una herramienta vinculada a diferentes dimensiones del problema.	3. Se mencionan herramienta/s específicas del rol profesional, pero sin especificidad en relación con los modelos de trabajo del área o campo de actuación.
4. Se mencionan diversas herramientas referidas a diferentes dimensiones del problema, articuladas entre sí y ponderadas en función del contexto.	4. Se mencionan herramientas específicas del rol profesional y acordes con los marcos teóricos y modelos de trabajo del área o campo de actuación.

Dimensión 4: resultados y atribución de causas de éxito o fracaso

Eje I. Resultados y atribución unívoca o múltiple	Eje II. Consistencia de los resultados y de la atribución con el problema y la intervención
Indicadores	
1. No se mencionan resultados ni se analiza por qué se tuvo éxito o se fracasó en la intervención.	1. Los resultados no son consistentes ni con el problema ni con la intervención.
2. Se mencionan resultados, pero no se realiza ninguna atribución causal o se realiza alguna atribución causal sin especificar resultados.	2. Se mencionan resultados, pero su atribución no es consistente ni con el problema ni con la intervención o no se menciona atribución, pero el resultado es consistente con el problema y la intervención.
3. Se mencionan resultado/s con atribución unívoca del mismo a: a) una competencia o incompetencia del agente, b) una condición del contexto, c) la dimensión interpersonal, d) la dimensión intrapersonal del sujeto destinatario de la intervención.	3. Se mencionan resultado/s y atribución, y ambos son consistentes con el problema y con la intervención. Se mencionan resultado/s pero no atribución, y los resultados son ponderados con sentido de realidad con relación al problema y la intervención.
4. Se mencionan resultados con atribución múltiple (dos o más causas) y consideración del contexto.	4. Se mencionan resultado/s y atribución, y ambos son consistentes con el problema y con la intervención y ponderados con sentido de realidad.

Dimensión 5: aprendizaje de la experiencia

Eje I. Tipo de aprendizaje	Eje II. Carácter particular o general del aprendizaje
Indicadores	
1. Sin especificación.	1. No hay aprendizaje.
2. Con foco en estrategias cognitivas o de contenido, pero no emocionales ni relacionales.	2. Relativo a la propia persona o a la institución.
3. Con foco en lo relacional y emocional pero no cognitivo.	3. Relativo a la institución en sí y a la propia persona.
4. Con foco en todos los aspectos.	4. Relativo a la propia persona, el equipo y la institución.

Dimensión 6: cambios en la intervención

Eje I. Relativo a la pertinencia	Eje II. Relativo al diseño de los instrumentos	Eje III. Relativo a la implementación
Indicadores		
1. No es necesario cambiar.	1. Repetir el diseño tal como está.	1. No es necesario modificarla ya que ha sido correcta.
2. Es necesario cambiar algunos aspectos.	2. Repensar los modelos e instrumentos.	2. Es necesario mayor compromiso.
3. Es necesario cambiar varios aspectos.	3. Repensar plazos y actividades.	3. Se necesita mayor capacitación del equipo.
4. Debería haberse realizado otra acción.	4. Repensar todo.	4. Se necesita mayor capacitación y compromiso por parte del equipo y la coordinación.