

ATENCIÓN PRIMARIA: ¿PRIMERA? ¿DE PRIMERA? ¡DEPRIMENTE!

Lic. René Barrios

CEREN | CIC

Eje Temático: Psicología Comunitaria

Resumen

La atención primaria de la salud es un ámbito de problemáticas diversos que intenta intervenir en la evitación de sucesos desventajosos en el proceso de salud-enfermedad. En este espacio, en el de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el rol del psicólogo o la psicóloga tiene múltiples dificultades para su instalación y consecuente operatoria. Más aún, si tenemos en cuenta las particularidades de la constitución subjetiva de los sujetos de tratamiento. Estos procesos constitutivos se dan en una lógica particular, la del consumo, y desde esta óptica las configuraciones son de lo más variadas. En esta encrucijada se plantea el presente trabajo, allí donde la constitución subjetiva se da en niños, niñas y adolescentes que son presa de la lógica consumidora, en contraposición a la lógica prevencionista.

Palabras claves: clínica, consumo, Prevención/Promoción, Niños/Adolescentes

Trabajo en una “salita”. Hago la clínica de los niños. Atiendo entre ocho y doce nenes y nenas por día. No tengo consultorio fijo: los lunes uso el de la médica clínica, que no atiende; los martes viajo a la sala del *Pueblo Chico*; los miércoles atiendo en el de la fonoaudióloga, que tampoco atiende ese día; los jueves (a la mañana) en el de la trabajadora social, y, luego de las doce, en el de la clínica, otra vez (porque ella no atiende a la tarde) ... ahora sí, los viernes no trabajo yo. Mientras tanto, vago con una cajita de lápices de colores, fibras y crayones; una caja con hojas impresas de un lado, pero que sirven del otro para que los pibes dibujen; las historias clínicas de los nenes que veo ese día; un portapapeles que uso para escribir sobre la falda esas cosas que a veces pienso que me van a servir cuando quiera supervisar el caso o releerlo para reorientar el trabajo...

La demanda del tratamiento llega de y por todos lados, como el agua en las inundaciones: de la escuela (eso sí, entre marzo y junio y agosto y diciembre los pibes tienen problemas... después (¿?); del servicio de pediatría del hospital (no desde la

pediatra de mi misma sala: ¡ups!); desde el Servicio Local (¡y agarrate!); desde la misma familia que ve “algo raro”; desde la mamá que necesita saber si el nene quiere ver al papá, y que “desde el primer día que nos separamos no quiere saber nada con el chico”. Este crisol demandero, genera, por supuesto, las más variadas estrategias de intervención que jamás pensé que articularía alguna vez: llamados al juzgado, a la secretaría de inspectoras, al director de un hospital muy inhóspito...

El síntoma: casi siempre tiene que ver con lo que le molesta al otro (ponele las mayúsculas o no, acá es lo mismo) En general, por no decir en todos los casos, el síntoma es eso que tiene que ver con lo que el otro no soporta ver de sí en ese nene o en esa nena que me viene a ver una vez por semana durante esos míseros treinta minutos.

En este cruce particular de coordenadas, se intenta instalar algo de la Atención Primaria de la Salud ¡Ah! Ciertamente, la APS es eso de la promoción y la prevención... claro. ¿Qué promuevo o prevengo en el caso del nene que la mamá quiere saber si quiere ver al papá cuando éste “no quiere saber nada del chico”? ¿Qué prevengo o qué promuevo en esa nena que me llegó porque a la escuela se le quemaron los papeles (de arroz) cuando quieren enseñarle a leer y ella no puede más que nombrar algunos dibujitos de los portadores de texto que le presenta la seño, entusiasta? ¿Qué prevengo y qué promuevo?

Muchas preguntas más podrían continuar enumerándose y enfilándose una tras otra. La realidad es que quiero hacer el análisis de esta cuestión desde otra mirada. No pretendo escribir un tratado de psicopatología infantojuvenil ni mucho menos. Sólo pretendo cuestionarme el hacer que todos los días hago y que me interpela en la forma, la constancia y, por sobre todas las cosas, los efectos.

Pienso que, desde Alma Ata a esta parte, las cuestiones teóricas que se refieren a la APS son muy interesantes, pero que la ejecución práctica y concreta de esas estrategias de intervención se ven prontamente cercenadas cuando la operatoria pasa por la satisfacción del deseo omnímodo de un otro, que si no recibe lo que espera de vos (sin importar lo que vos podés dar) va y habla con el intendente para que te “levante en peso” y así consiga un turno en la apretada agenda de ocho niños en cuatro horas. Ese contexto de intervención, esa configuración de la situación hace que me pregunte qué es lo que tengo que hacer. Cuando uno vuelve a mirar las configuraciones en las que se le da origen a la lógica de la atención primaria, se entera que justamente lo que le falta a la instalación de la lógica es la promoción de ella misma. La lógica pretende que uno promueva los cuidados de la salud que permitan prevenir la ocurrencia de enfermedades prevenibles. Lo cierto es que, en la salita hay psicólogo, y tiene que hacer clínica. No sólo para los demandantes de la atención, sino también para el sector político de turno, que no piensa (ni entiende) la lógica de la prevención.

No estoy hablando de la articulación con el segundo nivel, porque en la realidad que a mí me toca habitar profesionalmente, éste nunca se enteró qué es articular. O solo piensa que eso es algo que hay entre el húmero y el cúbito y el radio...

Cuando pienso la atención primaria, me imagino en la escuela de a la vuelta de la sala, trabajando con los docentes (de las horas especiales), en esas estrategias del cuidado que no tienen que ver con poner vacunas y tomar ibuprofeno. Me imagino en la plaza de enfrente, con una actividad el fin de semana, donde algunos estudiantes de la carrera de enfermería (que se dicta en el pueblo, y que muchos de esos estudiantes son consumidores de la prevención y la promoción que podemos hacer desde la salita) puedan armar algo de esto de prevenir y promover.

Y ahí hay una cuestión. La dejé deslizar, casi por la vía de lo inconsciente y como no podía ser de otra manera, algo tiene que ver con todo esto que me pasa. El consumidor. Estamos viviendo un momento de la historia en el que la definición de la subjetividad es enteramente en términos del consumo del que somos capaces de hacer. Podes pagar la prepaga, y tenés un tipo de promoción y prevención; no tenés más que ProFe, y tenés otro tipo de acceso a la promoción y la prevención. Accedés a esa prevención que es a corto plazo, que dura lo mismo que la campaña de vacunación. Porque en cuanto te descuidas ya hay otra peste dando vueltas y hay que esperar que llegue la cepa de este año.

El sector público queda afuera, él mismo, de muchas de las formas de la promoción y la prevención porque la decisión política de agenda no lo incluye. No hay la prevención del sector público de la salud. No hay la promoción del sector público de la salud. Y esto, del consumo de la salud, se cruza rápidamente, en el sector público, con la obligatoriedad de la prestación. Sos empleado del estado, sostenido con el pago de mis impuestos, tenés que atender la demanda de la maestra que me rompe con que el pibe no se queda quieto. El punto acá es que cuando intentás instalar una pregunta en ese enunciado coagulado de vacunas preventoras de enfermedades que no se sufren, surge el cuestionamiento de tus funciones como empleado público y de la demanda “a la carta”: “dame dos atenciones de la hiperactividad, una interpretación de los sueños y, si tenés tiempo, revisame el fantasma que a veces me da un poquito de *panic attack*, me dijeron...” (Registro propio, s/d).

Las lógicas del mercado, tan lejanas a las lógicas de la promoción y la prevención, no permiten que se instale, después de casi cuarenta años, las formas del cuidado que previenen el sufrimiento y promueven el bienestar. Las lógicas del consumo están entrelazadas con las lógicas que rompen los lazos sociales y comunitarios que sostendrían muchas de las intervenciones prevencionistas. Las lógicas del consumo, definiendo a la subjetividad como consumidora, nos empujan a las lógicas del consumo

problemático. Es el problema de la cantidad de consumo, no el de la calidad. Es mejor si es mucho. No importa si eso mucho es bueno o es malo, de última está dentro de las posibilidades iatrogénicas de la intervención...

La clínica con los niños tiene sus particularidades. Y la clínica con niños en el sector público redobla las apuestas. El tiempo es una variable difícil de manejar (o a mí me cuesta manejar). Se supone que debemos encontrar la forma de incluir a los padres o progenitores o adultos responsables (o simplemente aquellos que el pibe tiene cerca afectivamente) en el espacio del tratamiento. Se supone que debemos pivotear nuestras intervenciones en ese marco contenedor de la subjetividad en constitución. Se supone, también, que debemos contener al niño o a la niña que nos es depositado/a en el consultorio que ese día nos tocó. Pero lo real, lo concreto de todos los días, es que de los supuestos el único que tiene algún efecto que moviliza las oxidadas concepciones en la salud pública es el de la obligatoriedad: atendé.

Mi pregunta inicial me llevaba a rondar por concepciones que tengo ganas de repensar, o de pensar por primera vez para mí, en este sector de la atención de la salud que se pregunta todo el tiempo por la cantidad en detrimento de la calidad. Mis preguntas iniciales guían muchas de mis intervenciones diarias en la *salita*. Mis preguntas iniciales interpelan a tal punto mi hacer que llega a hacerme decidir por el tratamiento o no de determinado niño. Y es en ese sentido que sí estoy haciendo prevención: prevención de instituir a un niño en una lógica del consumo (en este caso, el consumo de un servicio que no necesita) y, por otro lado, instituir en el niño el mote y la condena subjetivante de la psicopatología de moda.

Los movimientos subjetivantes de la época, que nos llevan por los causes del consumo, como vengo planteando, embisten también a los niños (y en este sentido no se puede hacer una diferencia entre el servicio del sector público y el del sector privado). En la embestida, se llevan puestas las marcas subejtivantes del trabajo clínico que se intentó en los escenarios montados por los utileros del comercio y el consumo de la salud pública. Y esos niños vuelven a los contextos en los que se están desarrollando y no encuentran cómo hacer que esas marcas puedan fundirse con aquellos y reinciden en la sobreingesta del consumo del todo por dos pesos. Así, las maestras no ven avances, los padres no ven a sus hijos y los chicos no ven nada quieto. Todo se mueve a sus alrededores tan rápido y furioso, que ni *aironman* los detiene.

Entre esos movimientos subjetivantes que uno intenta implantar en el trabajo clínico con niños, niñas y adolescentes, se inscriben también algunas marcas de las lógicas de la prevención y la promoción. Se instalan esas ideas de cierto cuidado del cuerpo propio (y el ajeno), de ciertas formas de la prevención de ciertas enfermedades jodidas. Ciertas,

ciertas certezas de espuma. Y la intervención prevencionista nunca llega a instalarse por completo, dejando hendiduras por las que se filtran las lógicas enajenantes del consumo. Con sumo cuidado. Cuidando con suma delicadeza esos hilvanos subjetivantes en los niños y las niñas que atiendo, pretendo que se instale en ellos esto de la prevención y la promoción. Trabajándolo con cada uno de ellos, en honor a la clínica individual, pero apelando a la configuración de espacios exteriores, en lo comunitario, que redoblen los efectos “*terapéuticos*” de una clínica que no termina de ser comunitaria. Una clínica que no empieza a ser prevencionista. Una clínica que necesita una mirada integral para no quedarse con el sinsabor de no terminar ni empezar. Esa sensación de estar en una constante construcción y reconstrucción desconsumidora. Provocando la instalación de al menos una pregunta que pregunte por el cómo de la subjetivación. Que pregunte, interpele, y deje a la vista los modos actuales de la subjetivación tanto de esos niños como de aquellos adultos que señalan un cortocircuito. Ese cortocircuito es el que hace ruido en la subjetivación de esos adultos ya seteados en esta lógica consumidora. Así surge el consumo de sustancias peligrosas en ellos mismos, el consumo desmedido de alcohol, el consumo problemático de drogas (varias, permitidas y no), la instalación de lógicas violentas de vinculación, la movilización de estructuras rígidas del cuidado que cuidan el consumo... Entre todo esto, los niños: intentando subjetivarse en lógicas que van en detrimento de sus libertades, intentando estructurarse psíquicamente en sentidos que van en contra de sus posibilidades, intentando adherirse a espacios del pensamiento y del cambio que no logran modificar ni pensar nada. Entre todo, los niños y las niñas buscan ciertos espacios de constancia y permanencia que no cambien con el devenir de las horas. En esos treinta míseros minutos, buscan ese escape de una realidad que en realidad sólo marca lo que no pueden. Esos treinta míseros minutos que no pueden mucho más que instalar algún vestigio de la promoción y la prevención. Armando una lógica de lo clínico que inscribe, a modo de hilvanos, unos pequeños mojones subjetivantes que van a contrapelo de sus referencias identificatorias, y que claro, interpelan las estrategias de intervención *psi*.

La instalación de esta clínica de lo comunitario, y la emergencia, que interpelan mi hacer cotidiano, y que me mueven a pensar qué formas de la promoción y de la prevención pueden instalarse en pos de una subjetivación más en solidaridad con sus propios modos de subjetivación, me enfrentan a unas lógicas muy difíciles de asir, que se escapan en el mismo momento en que uno cree haberlas tomado, y que cuando se inscribieron ya son anacrónicas. Las lógicas de la APS, entran en contradicción con las lógicas del consumo, y en el momento en el que se ha instalado algo de lo prevencionista, ya no previene nada porque aquello que prevenía ya no es importante. Da la sensación de estar siempre

corriendo en contra de las agujas de un reloj que adelanta, de un reloj del “conejo blanco” que siempre marca las horas de lo pasado.

Y así, el psicólogo de la salita atiende, pero atiende de otra manera. Tal vez no sea la manera clásica, la manera que se ve en las películas. Donde está el tipo de anteojos, detrás de un escritorio, en un lugar lleno de libros. Tal vez el psicólogo de los niños de la salita atiende en el consultorio de la médica clínica, pero su intervención está afuera de la salita, donde el nene puede (o pueda) redoblar la oferta comunitarista, en oposición a la oferta consumista. Donde pueda pensar con esos otro/as de su comunidad cuántas otras ofertas más pueden esperar del Otro. Cuánto más que dejar de moverse puede construir. Cuánto más que ver a su papá puede esperar de mí. En la instalación de una lógica comunitarista, la lógica consumista hace agua, y en tanto podamos mostrar que siguen existiendo formas de lo comunitario, que sigue habiendo maneras de habitar las subjetividades de esta época que van por el costado el consumo, podremos pensar que la clínica con niños en el centro de atención primaria de la salud ha construido una forma de habitar a la prevención y a la promoción que mucho tienen que ver con estar bien y vivir bien.

Allí cabe el regocijo del narcisismo profesional. Allí cabe el espacio para lo teórico. Allí donde algo de estas lógicas contra instituyentes lograron instituirse, allí hubo un trabajo clínico y prevencionista.

La endeble lógica comunitarista se instala y requiere de un cuidado extremo para la continuidad de sus efectos. El pensamiento teórico sobre las posibilidades de instalación de esta lógica, exigen del profesional una constante supervisión de sus operatorias, en tanto pretendamos que esas lógicas continúen produciendo efectos. La clínica prevencionista se caracteriza por las debilidades en las que se opera. Es muy débil el suelo en el que se asienta, y es muy débil la potencia transformadora con la que opera. Pero esa debilidad no exime del esfuerzo por el intento de la instalación. Allí donde hubo un movimiento subjetivante que sostiene la lógica de la libertad de inscripción, allí debe sostenerse la operatoria hasta las últimas fuerzas. En esas fuerzas se sostiene el potencial multiplicador del efecto comunitario. Como en esa trágica película, la *cadena de favores* termina por generar y sostenerse en un efecto multiplicador que regocija cualquier narcisismo. Cuando ese nene que es traído para que sepamos cuánto quiere ver a su papá, encuentra que tal vez lo importante para él no es ver al papá más veces por semana, sino que esa mamá no incendie sus débiles artificios identificatorios en los avatares de la subjetivación de ella. Tal vez, esa nena que tarda en aprender a leer, aprende que leyendo puede imprimir algunas marcas subjetivantes que poco tienen que ver con las necesidades estadísticas de esa maestra que se pone como objetivo contarla entre los muchos que al final de la cuenta han logrado ver una letra.