

PROGRAMA DE EDUCACION PERMANENTE EN ATENCION
PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA 2016

Técnicas y estrategia: Entrevistas y Narración

Historia de parte del grupo

Dario Ascani

Noviembre 2016

La práctica a documentar se trata de un espacio de encuentro que surge entre las psicólogas que trabajan en el primer nivel de atención de la ciudad de Mercedes, provincia de Buenos Aires. Este espacio surge como un dispositivo de formación, en palabras de la coordinadora de los encuentros, un dispositivo “dinámico”. Surge como una respuesta de las trabajadoras de la salud mental a un vacío en la definición de su rol en la atención primaria, cada una hasta ese momento individualmente trabajando, en el mejor de los casos con algún tímido intento de equipo de salud que le facilitara la tarea.

Fue hacia fines de 2014, octubre específicamente que varias de las psicólogas comienzan a comunicarse, un poco a instancias de Beatriz Calabria, actual coordinadora del grupo, y que había tenido un rol de instructora de residentes de Psicología en el hospital provincial Blas L. Dubarry, residencia que fue cerrada en 2010. Aunando intenciones le proponen al entonces subdirector de Atención Primaria, poder tener reuniones disciplinares con la opción de alguna “supervisión” en esta tarea de la “salud mental en APS”. . Las reuniones pasan de tener una frecuencia mensual a veces ser quincenales según las necesidades del grupo

Conforman un número de 11 psicólogas y 1 psicopedagoga que se comienzan a reunir. De las 11 solo Beatriz y otra integrante más tiene residencia en psicología, una residencia hospitalaria, sin rotaciones y/o presencia en los centros de salud de la ciudad. Es ella quien gestiona la llegada al grupo de la Licenciada Verónica Bortolin, generando un espacio de supervisión donde un profesional externo al equipo, ayudara a repensar y ordenar la tarea tratando que las intervenciones en el ámbito de la APS, puedan estar guiadas por la mirada, el pensamiento y el quehacer propio de la formación profesional específica. Beatriz menciona en la entrevista que con la llegada de Verónica Bortolin, se recupera la historicidad de la salud mental en el ámbito de la atención primaria ya que ella posee un camino recorrido en este campo. Las entrevistadas (Magdalena y Beatriz) consideran que supervisión ha sido un aporte clave para poder pensar lo inherente al rol de la psicología en APS. “Si el profesional de la salud mental pierde, al salir a la comunidad, la mirada propia de su formación, que le permite analizar la situación más allá de lo explícito de la demanda o el problema que se le plantea, su trabajo podría quedar reducido a la función de tallerista que informa y educa. El espacio de supervisión nos ha permitido cuestionar nuestra forma de pensar e intervenir en tanto en el trabajo de campo como en el ámbito clínico/asistencial”. Consideran que este cambio de posicionamiento respecto de su quehacer es un desafío permanente y de suma importancia para la construcción de su trabajo en APS tanto como equipo de Salud mental, como en la tarea que desarrollan cada una en los equipos de salud a los que pertenece.

En diciembre de 2015, con la nueva gestión municipal, se pasa de ser una dirección de salud municipal a una Secretaria de Salud, la cual continúa estimulando y acompañando estos espacios.

En estos espacios se trata de construir entre todos un conocimiento que les permita afrontar la tensión entre la demanda asistencial y el rol en atención primaria de la psicología desde una mirada preventiva y de promoción de la salud mental. Las temáticas son diversas abarcando tanto las tareas asistenciales como las de promoción y prevención. Algunas veces se parte de dudas o cuestionamientos individuales de algún integrante del equipo. En algunas ocasiones los temas los plantea la coordinadora del equipo partiendo de las cuestiones que se abordan de manera grupal, (Este año se realizaron las 2ª jornada de Salud Mental en APS). Por otro lado, en ocasiones se abocan a responder a demandas que parten de las autoridades de la Secretaria (por ej. armado del protocolo de intervención desde Salud Mental en caso de inundaciones en la ciudad).

Antes de la existencia de la coordinación y de la constitución del equipo, el trabajo en Salud Mental era fragmentado, desarticulado y fundamentalmente asistencial. Algunos problemas que se presentaban eran:

- Una excesiva demanda de atención sin ningún criterio, no solo administrativo, sino de los mismos compañeros de los equipos de salud, generándose “mandar al psicólogo” ante cualquier angustia o problema que no sea biológico -médico.
- Desconocimiento entre trabajadores de la salud mental entre si y de la existencia por parte de otras disciplinas de este campo de trabajo en los centros de salud cercanos.
- Ausencia de profesional psiquiatra en 1er nivel, que pudiera permitir comenzar a intervenir en el la excesiva medicalización de la comunidad atendida.
- Trabajo desarticulado con otras instituciones municipales (Servicio Local, Violencia de genero) o provinciales (el caso del hospital de la ciudad que cuenta con un servicio de salud mental compuesto por psicólogos y psiquiatras).

Las dificultades fueron, y siguen siendo, muchas y tienen que ver con todos los problemas anteriormente mencionados. Además, hubo que enfrentar muchas resistencias internas al cambio en la forma de trabajo: por momentos baja participación en las reuniones que atentaban con la continuidad del espacio, dificultad para "correrse" de lo asistencial desde lo individual y desde lo institucional que ponía énfasis en “dar respuesta”, poder insertarse en otro tipo de tareas. La posibilidad de dar respuesta a la demanda de atención sigue constituyendo un problema en la actualidad. La demanda de tratamientos (especialmente de niños, por parte de las escuelas) es constante y creciente.

La posibilidad de constituirse como equipo, si bien nació de una necesidad sentida por todos de re-ordenar y jerarquizar el trabajo en salud mental, fue y sigue siendo un trabajo sujeto a resistencias. Los cambios suelen ser resistidos; ¿será porque implican la necesidad de “soltar” lo viejo, lo conocido (que por ser conocido es más cómodo) y aventurarse a lo nuevo, a lo desconocido? Empezaron a plantearse: “¿Cuál es nuestro rol?”, “¿Cómo llevarlo adelante?”, “¿Qué particularidades conlleva desarrollar nuestra actividad en el ámbito comunitario?”, implicó una tarea que las movilizó, ya que suponía la posibilidad de re-pensar las prácticas realizadas hasta el momento.

Los planteos fueron surgiendo a modo de interrogantes, cuestionamientos. Consideraron, que resultaba enriquecedor dar cuenta del recorrido como proceso, *tolerando la incertidumbre de no poder siempre arribar a certezas.*

En primer lugar, para poder dar inicio a este espacio fue necesario y fundamental conocerse. La periodicidad de las reuniones de equipo favoreció el acercamiento entre profesionales que, hasta ese momento, desempeñaban su tarea de manera aislada. En esta instancia pudieron relevar información necesaria: ¿quiénes eran las psicólogas, psicopedagogas y psiquiatras que estaban trabajando en los diferentes centros de salud? , ¿En que CAPS estaba cada una?, ¿Quién atendían niños y quien adultos?, ¿Quiénes trabajaban en atención a la víctima de violencia de género? Por otro lado, se establecieron nuevas vías de comunicación intra-grupal favorecidas por el uso de nuevas tecnologías. Esto, sumado a la cercanía que se fue generando mes a mes a través de la participación en las reuniones proporcionó ciertos beneficios: facilitó procesos de derivación; favoreció la difusión de jornadas, congresos y demás espacios de capacitación y les permitió agruparse para trabajar en equipo de acuerdo al área programática asignada.

Uno de los principales desafíos que enfrentaron fue el siguiente: reflexionar, pensar y debatir sobre su rol como profesionales de la salud mental en APS. Se enfrentaron a la difícil tarea de animarse a cuestionar las prácticas instaladas, confrontándolas con la integralidad que supone una estrategia de APS donde las prácticas asistenciales, que intentan dar respuesta a la demanda de atención, coexisten con prácticas promocionales y preventivas, que implican un fuerte componente de participación comunitaria.

“La estrategia de APS, en cualquiera de los distintos niveles de atención, propone dar una respuesta ‘integral’ a los problemas de salud. Ello requiere la jerarquización de las actividades de promoción y prevención desde un enfoque que destaque la participación social, así como de la permanente mejora de la calidad de atención”. (Salud y Sociedad, Modulo I. Programa de Médicos Comunitarios)

Los cuestionamientos que surgieron al respecto fueron muchos y podríamos dividirlos en dos grupos: aquellos vinculados a las tareas asistenciales y los relacionados con las estrategias de promoción y prevención.

A pesar del elevado número de profesionales de la salud mental trabajando en el primer nivel de atención, hay una demanda de atención creciente y permanente. Frente a esta realidad surgieron preguntas como: ¿Cómo enfrentamos esta demanda?, ¿Se puede establecer un “tiempo límite” de duración de tratamiento en un CAPS?, ¿De cuántas sesiones?, ¿Cuánto tiempo duran las sesiones?, ¿Qué hacer con los pacientes crónicos/graves, que requieren tratamientos prolongados?, ¿Cuál es el criterio para definir que un paciente debe ser atendido en el hospital y no en el CAPS?, ¿Es conveniente implementar listas de espera?, ¿Cómo evaluar la “urgencia” en el pedido de atención?.

Para cada uno de estos interrogantes fueron buscando aproximaciones grupales, tratando de definir criterios comunes mínimos que sirvieran como marco de referencia. Dichos criterios, sin embargo, no pretenden establecerse como reglas fijas. Por el contrario, siempre estarán sujetos al criterio de cada profesional que, partiendo de su estilo de trabajo y su marco teórico de referencia, evaluará cómo trabajar de acuerdo a las particularidades de cada caso.

Al detenerse a re-pensar sobre las acciones y proyectos orientados hacia la prevención y promoción fue donde surgieron mayores dudas y dificultades. La idea de comenzar a correrse de la actividad asistencial, buscando encontrarse menos en el consultorio y más en la calle, comenzó a circular como un desafío necesario pero difícil de llevar a la práctica. De lo realizado hasta entonces en el plano comunitario surgían obstáculos recurrentes: dificultad en la convocatoria, en la posibilidad de sostener los proyectos en el tiempo, dificultad para involucrar en dichas actividades a otros miembros del equipo de salud, así como para conseguir apoyo por parte de las autoridades. El desaliento y cansancio que estos y otros obstáculos conllevan, sumado a la incesante demanda de atención, son algunos de los factores que explican la reclusión al consultorio en la que terminan cayendo, tan lejana a una estrategia de APS.

Las preguntas que comenzaron a circular en torno a estas cuestiones fueron: “¿De qué hablamos cuando mencionamos tareas comunitarias?”, “¿cómo acercarnos a la comunidad, al barrio?”, “¿con que planteo o mirada?”, “¿cómo pararnos frente a la demanda (de charlas, talleres) proveniente de otras instituciones?”, “¿cómo hacer para que este acercamiento no deje a un lado la mirada psi?”. Frente a estos interrogantes surgió el planteo de la importancia de enfrentar las realidades sociales e institucionales tratando de vislumbrar más allá de lo manifiesto, de lo evidente. Es decir, poder hacer una lectura de la demanda para poder generar hipótesis, que sirvan de guía en el diseño de nuestra intervención.

Fue en el marco de esta relectura que surge la idea de poder llevar adelante como equipo una actividad que les permitiera acercarse a la comunidad. La novedad tenía que ver con la posibilidad de pensar y diseñar de manera conjunta el modo de abordaje. Es así que decidieron seleccionar cortos cinematográficos, los cuales no guardan relación entre sí, editarlos y generar un encuentro donde los mismos funcionen como disparador. Dedicaron encuentros grupales a la selección del material, debatiendo también a qué público estaría dirigida la convocatoria, decidiendo en esta oportunidad destinar el encuentro a adolescentes y adultos. Por otro lado, acordaron llevarlo adelante en tres puntos de la ciudad, y también se detuvieron a pensar el nombre de la actividad. Luego de idas y vueltas lógicas de ponerse a pensar con otros, el proyecto no logro ser puesto en marcha, sin otra alternativa que reprogramarlo para más adelante.

Les pareció sumamente importante esta actividad, que por el momento queda en suspenso, para poder rescatar el trabajo que se hizo, puliendo en cada encuentro las diferentes cuestiones que lo atravesaban. Por otro lado, este episodio les permitió visibilizar que las acciones que se llevan adelante no dejan de estar sostenidas y supeditadas a una decisión política y de gestión pública que las atraviesa.

Se plantearon ciertos objetivos para este año:

- Fijar día y horario para las reuniones de equipo, quedando programadas desde principio de año. A modo organizativo, esto facilitaría y alentaría una mayor participación por parte de los miembros del equipo.
- Dejar plasmado en actas lo trabajado en cada encuentro, para visibilizar y dejar un registro de lo realizado.
- Lograr una mayor integración en las actividades propuestas por Región Sanitaria X.
- Fomentar la realización de ateneos, para compartir y debatir tanto los casos clínicos como las actividades de promoción y prevención.
- Invitar profesionales externos a la Secretaría de Salud que puedan aportar, desde su experiencia, ideas y sugerencias sobre nuestro quehacer.
- Llegar a un consenso respecto del porcentaje de la carga horaria que se destinará a la planificación y puesta en marcha de actividades comunitarias.
- Facilitar el sistema de referencia y contra-referencia entre primer y segundo nivel de atención.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario.
- Diseñar protocolos de acción para las siguientes situaciones:

- Casos de Violencia de Género
- Casos de abuso infantil
- Situaciones de emergencia

En Julio de 2016, 2 psicólogas deciden comenzar a trabajar en un CAPS con un dispositivo de “orientación”: cuando alguien solicita un turno o es derivado “a psicología”, es citado un día de la semana a un espacio donde son atendidos y se evalúa rápidamente si es algo que es solo una orientación y con algunos encuentros o en ese mismo encuentro se puede abordar o requiere un espacio terapéutico más prolongado y de mayor atención. Esto mejora la accesibilidad aunque ha comenzado a mostrar que ese espacio es cada vez más buscado.

En este mismo mes el equipo de salud Mental es solicitado por un colegio secundario de la ciudad donde el problema, según las autoridades del mismo, eran “las adicciones”. Intentando desestructurar los típicos lugares de “bajar línea” donde se lo encasilla a los trabajadores de la salud, el equipo propuso encuentros de juegos con los adolescentes y de conocerse. Allí surgieron cuestiones que no coincidían con las preliminares: sexo, amor, valoración de cuerpo, respeto, etc. Este espacio es buscado por los chicos y se realiza una vez al mes hasta fin de año donde se abordan con la modalidad de taller, juegos, etc. estos temas que son de importancia para los alumnos.

Me parece que en este paraguas de definiciones de la atención primaria, es fundamental estos procesos autogestionados, espontáneos de los trabajadores de la salud, porque creo que tiene que ver con el repensar nuestra práctica, nuestra falta de formación para lo importante, esta “plasticidad o adaptabilidad” que necesitamos tener en una realidad cambiante. En el viejo reglamento de la residencia de Medicina General de la provincia de Buenos Aires, uno de los objetivos era que los residentes puedan adquirir herramientas para “construir participativamente el primer nivel de atención”. Creo que esta práctica va camino a eso, primero la construcción colectiva de trabajadores que se encuentran con las mismas incertidumbres y vacíos y pueden construir juntos un espacio y que va camino a invitar a otros a esa construcción.