

Zabransky, Melisa

**Intervenciones de un
psicólogo sanitario en un
Centro de Atención Primaria
de salud**

**Tesis para la obtención del título de
posgrado de Licenciada en Psicología**

Directora: Barovero, Cecilia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“INTERVENCIONES DE UN PSICÓLOGO SANITARIO EN UN CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”**

Alumna: Zabransky Melisa

Directora: Mgter. Barovero, Cecilia

2026

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su apoyo y amor incondicional, por siempre confiar en mí y alentarme para seguir intentando, sin ellos nada de esto hubiese sido posible.

A mis hermanos, por el cariño, por ser refugio, por acompañar siempre y celebrar conmigo cada avance de este trayecto como si fuera propio.

A mis sobrinos, por ser motor, por contagiar alegría y por recordarme la importancia de seguir adelante.

A mis amigas, por ser familia, por escuchar, sostener, motivar y acompañar en todo momento.

A mis compañeras y amigas de la facultad, por haber hecho de este trayecto un espacio mejor, por cada momento compartido adentro y fuera de la institución. Es un privilegio seguir compartiendo intereses o dudas sobre esta profesión que nos unió.

A mi directora de tesis, la Lic. Mgter. Cecilia Barovero, por su apoyo, primero desde su rol como referente institucional y luego como directora. Agradezco su calidez, ayuda desinteresada, paciencia, tiempo dedicado y su preocupación a que demos lo mejor en cada entrega. Admiro su compromiso con la docencia y su dedicación por la transmisión de saberes.

A la Lic. Gabriela Cravero, mi referente institucional, por su apertura a compartir conocimientos, su generosidad, compromiso y confianza para conmigo, por permitirme ser parte de cada espacio que involucra al quehacer del psicólogo sanitario y contagiar su pasión por la profesión.

Al Centro de Salud, por abrirme las puertas y sentirme bienvenida desde el primer momento, por el espacio compartido con cada profesional y cada consultante, en particular agradecer por todo el cariño brindado de “las chicas +60”.

A la Universidad Católica de Córdoba, por brindar un espacio de encuentro y aprendizaje. A los profesores, por compartir conocimientos con entusiasmo y por cada uno marcar mi futuro camino como profesional

Y, por último, a mi misma... por volver a animarme, por confiar en mí, por intentar siempre mejorar y hacer lo posible para que las cosas salgan bien, por tomar cada obstáculo como aprendizaje, disfrutar cada etapa vivida con agradecimiento y mirar el futuro con optimismo.

ÍNDICE GENERAL.

1.	INDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS	6
2.	INTRODUCCIÓN	7
3.	CONTEXTO DE PRÁCTICAS	10
4.	CONTEXTO INSTITUCIONAL	16
4.1	Organigrama de la institución	19
5.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	20
6.	OBJETIVOS.....	22
6.1-	Objetivo General	23
6.2-	Objetivos específicos	23
7.	PERSPECTIVA TEÓRICA	24
7.1-	Promoción de la salud mental	25
7.2-	Atención primaria de salud	28
7.3-	Estrategias de intervención en Atención primaria de salud	31
7.3.1-	Acompañamientos individuales en Atención primaria de salud	32
7.3.2-	El dispositivo taller como estrategia de intervención	35
7.3.3-	El trabajo interdisciplinar e intersectorial en Atención Primaria de Salud	37
7.4-	Rol del psicólogo sanitario en Atención Primaria de Salud	40
7.4.1-	Limitaciones y alcances del psicólogo en Atención Primaria de Salud	43
8.	MODALIDAD DE TRABAJO	47
8.1-	Sistematización de experiencias	48
8.2-	Caracterización de los sujetos	48
8.3-	Técnicas de recolección de datos	49
8.2-	Consideraciones éticas	50
9.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	52
9.1	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	53
9.1.1-	Centro de salud y acompañamientos individuales	53
9.1.2 -	Dispositivo grupal: “Taller: chicas +60”	55
9.1.3-	Capacitaciones en la Dirección de Atención primaria de salud	57
9.1.4-	Supervisión de la práctica	59
9.2	ARTICULACIÓN TEÓRICA-PRÁCTICA	59

9.2.1- INTERVENCIONES DEL PSICOLOGO SANITARIO EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.....	60
9.2.2- ALCANCES Y LÍMITES DEL PSICÓLOGO SANITARIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	67
9.2.3- ESTRATEGIAS DE INTERVENCION UTILIZADAS PARA PROMOVER Y POTENCIAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS	72
9.2.3.1- El dispositivo taller como estrategia de intervención utilizadas para promover salud	73
9.2.3.2- Acompañamientos individuales como estrategias de intervención de promoción de salud en usuarios del centro de salud	77
9.2.3.3- El trabajo interdisciplinar e intersectorial como estrategias de intervención para promover salud de los usuarios	81
10. CONCLUSIONES.....	84
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

1. INDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

DAPS: Dirección de Atención Primaria de la Salud

ESI: Educación Sexual Integral

ILE: Interrupción legal del embarazo

ITS: Infección de Transmisión Sexual

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PSE: Proceso Salud Enfermedad

PPS: Prácticas Pre-profesionales Supervisadas

SPD: Servicio de Protección de Derechos.

TIF: Trabajo Integrador Final.

TS: Trabajadora social

UCC: Universidad Católica de Córdoba

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pertenece a la Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Psicología. El mismo se enmarca en la cátedra de Prácticas Preprofesionales Supervisadas desde el contexto sanitario. Las mismas han sido realizadas en un Centro de Salud en el Barrio de Villa Páez en la Ciudad de Córdoba.

El propósito de este trabajo es recuperar y sistematizar la experiencia vivida desde mayo hasta noviembre del año 2025, poniendo enfoque en lo que acontece al rol del psicólogo Sanitario. A lo largo de este recorrido, he presenciado acompañamientos individuales de pacientes como observadora no participante, he formado parte de talleres de adultas mayores y he asistido a capacitaciones brindadas en la Dirección de Atención Primaria de Salud.

En el siguiente escrito se desarrollan diferentes apartados. En primer lugar, el contexto de práctica, donde se conceptualiza sobre la definición de Psicología Sanitaria, su origen, el rol del psicólogo sanitario en atención primaria de salud y las implicancias de intervenir desde este contexto en el proceso de salud-enfermedad.

Posteriormente, el contexto institucional, hace referencia a la historia, organización, actividades y recursos humanos con los que cuenta el centro de salud donde he realizado mis prácticas.

En tercer término, se presenta el eje de sistematización para dicho Trabajo de Integración final (TIF) definido como *“Intervenciones de un psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de la salud”*, con su objetivo general y específicos del mismo.

Seguidamente a ello, en cuarto lugar, se formula la perspectiva teórica que dará lugar a definir los conceptos centrales del eje de sistematización, para luego, conocer la modalidad de trabajo llevada a cabo, las técnicas de recolección de datos, la caracterización de los sujetos y las consideraciones éticas.

A continuación, se desarrollará el análisis de la experiencia, particularmente la recuperación del proceso vivido, donde se comenta a partir de los registros llevados a cabo mi paso por las prácticas preprofesionales y actividades en las que he participado en el centro de salud: acompañamientos individuales, taller de “chicas +60” y capacitaciones

en la Dirección de atención Primaria de Salud. Así también, los aprendizajes significativos que se destacan en esta experiencia de sistematización.

Ulteriormente, la articulación teórico-práctica, donde se desarrollan los objetivos planteados en el eje de sistematización en relación con lo vivenciado a lo largo de la práctica en el centro de salud. Por último, se presentan las conclusiones y consideraciones derivadas del proceso de sistematización, las cuales reflejan el recorrido de enseñanza-aprendizaje desarrollado durante las practicas preprofesionales. Finalmente, se consignan las referencias bibliográficas respectivas.

3. CONTEXTO DE PRÁCTICA

En el siguiente apartado, se desarrollarán conceptos y particularidades de la psicología sanitaria, área en la cual se realizaron estas prácticas. En los comienzos, la psicología sanitaria surge a partir de nuevas conceptualizaciones sobre el reconocimiento del modelo biopsicosocial tras la evolución del viejo modelo biomédico. En el cual, el discurso de salud y enfermedad que predominaba era el de la medicina, teniendo una interpretación unicausal de la enfermedad con componentes biológicos como predominantes.

A mediados del siglo XX, Morales Catalayud (1997) plantea que tanto salud como enfermedad están influenciadas por factores que trascienden lo biológico. Se comenzaría a tener en cuenta entre ellos, variables como la subjetividad, el entorno social, el comportamiento individual y la situación económica en la que el sujeto vive. Entonces, la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y cambiante entre el organismo y su ambiente, fuertemente determinado por las relaciones humanas y las condiciones sociales, económicas. Esto, daría paso a una reorientación del concepto de salud hacia una visión multicausal.

Siguiendo con esta línea, es importante tener en cuenta el desarrollo del proceso salud-enfermedad (PSE). En 1948, la OMS definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad. Lo que implicó reconocer la salud en termino positivo como también la incorporación de las ciencias sociales, aunque no deja de ser incompleta y estática en tanto la denomina como “estado”, dejando de lado así, aspectos subjetivos de la persona y la posibilidad de comprender los cambios que se tienen continuamente.

Así es como Laurell (1987), reinterpreta el concepto del PSE que históricamente se situaba desde una mirada del paradigma médico que consideraba a la enfermedad como un fenómeno individual y biológico, para centrar el análisis del PSE en lo social y colectivo. Es decir, el objeto de estudio se ubica en el grupo, no en el individuo ya que se trata de un grupo construido en función de sus características sociales, las características biológicas son secundarias. Además, el PSE es un proceso dinámico e histórico, ya que la enfermedad “se va construyendo” en la medida que persistan determinadas condiciones

y como menciona Castellanos (1990) “las características que adopten estarán determinadas por las condiciones materiales de existencia en que está inmerso” (p.4) En este sentido, el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos cambia de acuerdo a la sociedad de que se trate y también al interior de la misma sociedad, de acuerdo con el sector o clase social.

Asimismo, la participación de la psicología en el campo de la salud cobraba relevancia a la luz de los cambios mencionados y de las redefiniciones que se presentaban del concepto de salud. Así, el quehacer del psicólogo no se reduce a problemas psicopatológicos, sino que puede aportar diversas concepciones propias que hacen a la salud. Lo que concuerda con el criterio de Pérez Álvarez (1991) al considerar que la salud y la enfermedad están multideterminadas, tanto por las condiciones biomédicas como las sociodemográficas del vivir. Para los autores Grau y Hernández (2005) tales concepciones de la salud (y de la enfermedad) subrayan aspectos importantes:

- a) la *multidimensionalidad*, que junto a los aspectos biomédicos, hay componentes personales, ambientales, sociales, culturales, económicos, políticos e institucionales, b) la *salutogénesis*, como perspectiva de legítima investigación en la búsqueda de modelos conceptuales de los procesos de sanar, mantenerse sanos y promover y acrecentar la salud, c) la consideración no sólo del estado o balance de salud, sino del potencial que puede haber en individuos y comunidades, d) la *inoperante distinción entre salud física y mental*, que es más histórica que real, y no considera que cualquier estado de salud es integral y cualquier enfermedad es psicosomática, e) que la salud no debe tener en cuenta sólo al sujeto, sino a la *comunidad*, en muchos aspectos la salud individual es tributaria de los aspectos ecológicos y comunitarios, f) la prioridad que deben tener las *acciones de promoción y prevención*, g) como objetivo de actuaciones encaminadas a mantenerla y acrecentarla, la salud no debe ser entendida como un bien en sí mismo, sino como un medio para una

mayor calidad de vida y para el incremento del bienestar y ajuste personal y social. (p.4)

A partir de ello, se puede vislumbrar cómo el interés se fue expandiendo también con relación a la prevención de enfermedades, a la promoción de la salud y al desarrollo de acciones multi-influencia teniendo en cuenta el contexto social. Es por esto, que la psicología de la salud como disciplina se ha desarrollado a partir de nuevos modelos y paradigmas, surgiendo como resultado de la evolución de la práctica a partir de los avances en los servicios y demandas de salud.

Por su parte, Calatayud (2009) define a la psicología de la salud como:

Es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud- enfermedad y de la atención de la salud. La misma, se encarga del estudio de procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud (...) incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. (p.57)

Además, dicho autor (2009) sostiene que la psicología de la salud debe tener una salida práctica y se puede desempeñar en dos niveles de intervención: en un plano general y en un plano particular. Desde el plano general, incluiría la participación de la psicología en la formulación de las políticas de salud, diseño de programas y planes y su aplicación, formación de recursos humanos para integrar la orientación psicológica al campo de la salud integral, diseño y puesta en práctica de procedimientos de evaluación de satisfacción de usuarios. Desde un plano particular, la participación directa en las instituciones de salud, siendo la Atención primaria de salud (APS), el mejor eje para trabajar en la promoción y prevención de la salud.

La propuesta de APS surge a partir de la declaración en la Conferencia Alma Ata (1978), la cual postula como objetivo alcanzar la meta de “Salud para Todos en el año 2000”. Los consensos a los que arribaron son que la salud es un derecho social y debe ser un objetivo que alcanzar entre las poblaciones, así como también es necesario considerar las condiciones concretas de existencia en las diferentes regiones, confirmando que la APS es el instrumento idóneo para la transformación, protegiendo y promoviendo la salud de todos. Sin embargo, la OPS (2025), ante nuevos desafíos, conocimientos y contextos se vio en la necesidad de la renovación de la APS en América, para reflejar mejor las necesidades actuales de salud. Por consiguiente y, en síntesis, la APS renovada propone un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, en vistas al logro del más alto nivel del derecho a la salud posible, maximizando equidad y solidaridad. La misma enfatiza la prevención y promoción de la salud, y para tal fin se basa en el Enfoque de Derechos.

Según Ase y Buriyovich (2009), entender la salud desde una perspectiva de derechos implica reconocerla como parte inseparable de la dignidad humana y como un bien en sí mismo, es decir, todas las personas por el mero hecho de existir tienen derecho a la salud. Además, señalan que adoptar este enfoque exige que las políticas y las instituciones orientadas a promover la salud se fundan en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos.

Siguiendo con la historia y ubicándonos en Córdoba específicamente, Saforcada (2012) menciona, la consolidación de la Psicología Sanitaria desde el punto de vista profesional se produce en 1989, año en que el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba crea los títulos de especialista a través de un Reglamento de Especialidades que involucra, entre otros, el de Psicólogo Sanitarista (p.125)

Tal reglamento (2023), describe al objeto de estudio e intervención del psicólogo sanitario, como al proceso de salud-enfermedad en tanto proceso colectivo sometido a determinantes y condicionantes macroestructurales y bio-psicosociales. Implica la consideración de los factores económicos, políticos, sociales, culturales, históricos y antropológicos. (p.11)

Por lo tanto, el campo de acción y ejercicio del psicólogo sanitario incluirá contenidos del sistema de salud tales como, planificación y programación de políticas sanitarias, epidemiología, prevención y promoción de salud mental. Tal propuesta se

encuentra enmarcada en un enfoque de derechos y dentro de los marcos normativos vigentes, lo que implica participación, investigación y actualización permanente.

En consonancia, la práctica del psicólogo sanitarista debe sostenerse basado en el Enfoque de Derechos basado en principios y estándares de Derechos Humanos. Según Abramovich, (2006) este enfoque es relevante ya que es un marco conceptual aceptado en consenso con potencial para orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas. Así también, está en relación con lo que las sociedades en general y en particular, están dispuestas a aceptar y tolerar en el trato de personas. En cuanto a los principales instrumentos internacionales y regionales de Derechos Humanos referidos a la salud mental de las personas, se encuentran: Los principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud mental (Principios EM, 1991); la Declaración de Caracas (1990); los Principios de Brasilia (2005); como también la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010).

Como mencionaba anteriormente, a nivel nacional, el quehacer profesional del psicólogo está enmarcado dentro de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2010, la cual abarca los derechos e incumbencias tanto del profesional como de los usuarios. En el Art. N° 1 se establece el objetivo de asegurar el derecho a la protección de la salud mental a todas las personas, garantizando el pleno goce de los derechos humanos, con un enfoque de atención comunitaria y atención integral. A su vez, la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales y trabajadores capacitados con su debida acreditación (Art N° 8)

Por otra parte, a nivel provincial, el trabajo de los profesionales psicólogos se enmarca dentro de la Ley N° 9848 sancionada en el 2010, la misma en su art 1° tiene como objeto garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental para toda la población, asegurando su promoción, prevención tratamiento y rehabilitación. Así como el acceso de toda la población sin ningún tipo de exclusión, con los servicios adecuados y como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud.

4. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El centro de salud se encuentra ubicado en un barrio de la ciudad de Córdoba. Su numeración da cuenta de que forma parte de 100 centros de salud ubicados en la Ciudad, coordinados por la Dirección de Atención Primaria de la Salud, que pertenecen a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

Los centros de salud están organizados en 6 grandes zonas epidemiológicas. El dispensario correspondiente a este centro de salud se encuentra en la zona número 5. Cuenta con un círculo programático muy amplio que abarca varios barrios de la ciudad de Córdoba. Teniendo en cuenta las dificultades que esto les presentaba, disminuyeron su radio de influencia a un sector más reducido.

En cuanto a los recursos humanos, son un equipo de salud interdisciplinario conformado por: Medica familiar, Medico clínico, Ginecólogo, Pediatra, Enfermeras (2), Psicóloga, Odontóloga. Además, personal administrativo (2), personal de maestranza y policía. El horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 14, con turnos programados y/o demanda espontánea por orden de llegada.

La función principal del mismo es brindar atención primaria de salud, teniendo como objetivos prevenir, promover y promocionar hábitos saludables, atención de enfermedades de alta prevalencia, pero con baja mortalidad. A su vez, estar inmersos en cuestiones que competen al barrio, trabajar en redes con otras instituciones aspectos que hacen a la salud en sí de los habitantes.

Asimismo, en el centro de salud, se trabajan con programas municipales denominados “programas para el cuidado de la salud”. Se dividen en grupos etarios y son para acompañar las distintas etapas de la vida, acompañarlos en el proceso de crecimiento e ir evitando enfermedades. Entre los programas vigentes se encuentran:

- Control de crecimiento y desarrollo (forma parte el programa de leche que es para niños sanos y embarazadas)
- Atención integral de adolescentes
- Control de adulto sano y adulto mayor (asintomático)
- Programa de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes e hipertensión)
- Programa de TBC (programa nacional de tuberculosis y enfermedades respiratorias)
- Programa de ITS (programa nacional de infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA)

- Programa de salud sexual y procreación responsable.
- Programa de detección temprana de cáncer cervicouterino y mamario.
- Atención integral del embarazo
- Inmunización.

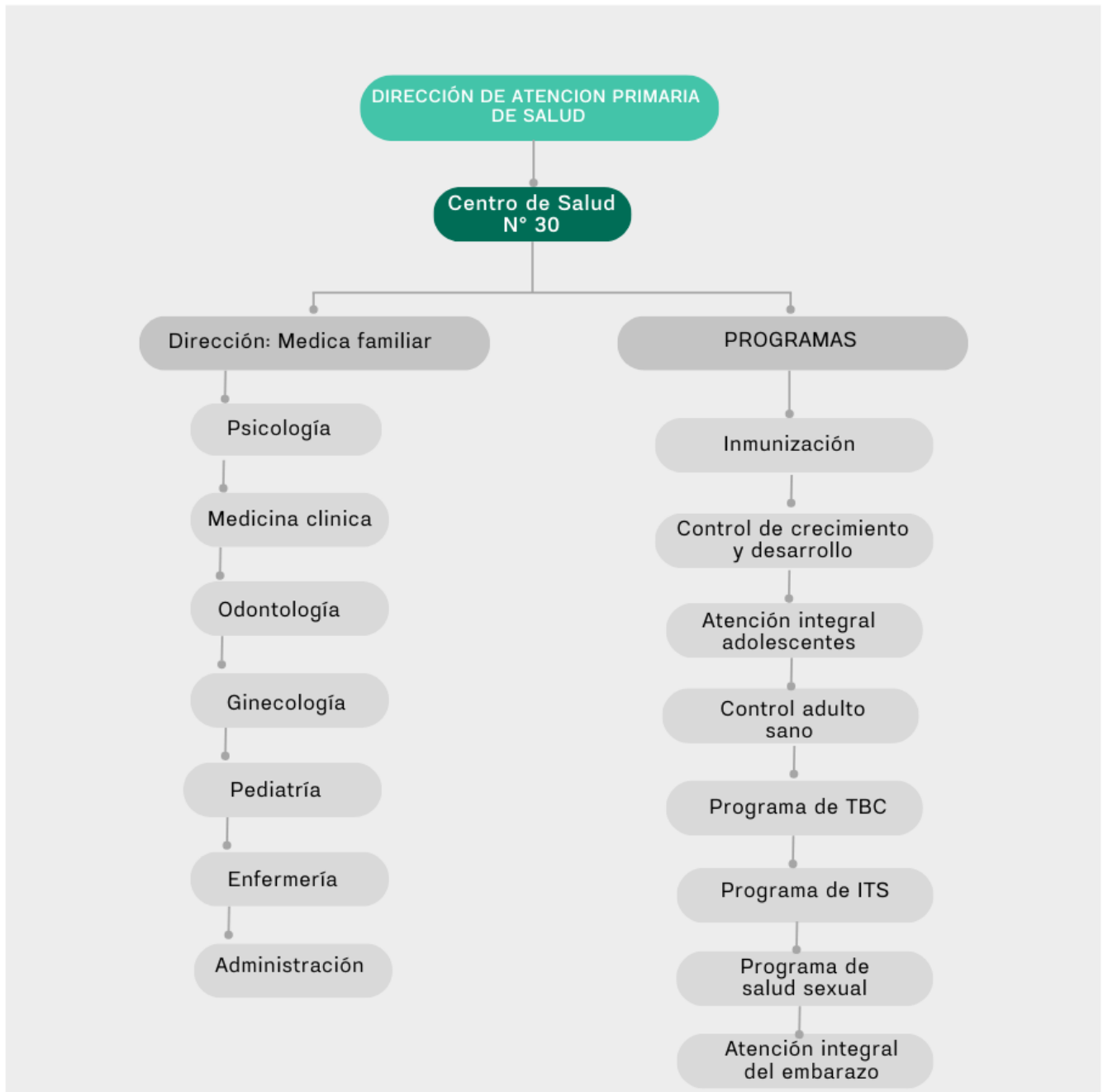
Por otro lado, haciendo foco en el área de psicología específicamente, su tarea consiste en prevención y promoción de la salud mental, a través de talleres, por ejemplo, el de señoras mayores realizando acciones inespecíficas como lo son visitas al botánico, cementerio, fomentando así la socialización, recreación, acompañamiento, entre otros. Además, admisiones de pacientes para derivaciones de ser necesario, aunque al ser un centro de atención primaria las consultas individuales deberían ser las menos, se realizan consultas y seguimientos de pacientes. También, se realizan intervenciones interdisciplinarias, familiares, sociales/comunitarias.

En cuanto a las problemáticas más frecuentes que abordan se encuentran: violencia intrafamiliar, consumos problemáticos de sustancias, adicciones, ansiedad y depresión, problemas legales dentro de la familia, embarazos adolescentes, problemas de aprendizaje ya sea por mala conducta o por desarrollo cognitivo. A su vez, muchos de la población infanto-juvenil asisten por ser derivados por el colegio y/u otro profesional.

En relación con la infraestructura edilicia, ingresando al centro de salud se encuentra una sala de espera y recepción. Asimismo, consta de 6 consultorios; abajo odontológico y medicina familiar; arriba, subiendo por una escalera y sin rampa: pediatría, enfermería, ginecología, medico clínico. También en este espacio hay una pequeña sala de estar, una “sala de personal” que cuenta con cocina y dos baños, uno para pacientes y otro para el personal. Cabe mencionar, el área de psicología no cuenta con espacio propio por lo que utiliza cualquier consultorio libre que haya. Por otro lado, carecen de ventanas o de espacio al aire libre, lo cual dificulta la ventilación. En general, la estructura es pequeña para la atención por parte de los profesionales y para la cantidad de personas que concurren.

Por último, el centro de salud trabaja en relación con muchas otras instituciones, como lo son las escuelas, centro vecinal, hogares de día, salas cunas, fábricas, fundación en barrio providencia. Además, participan en convenios con cátedras de diferentes facultades de la UNC y UCC, dando lugar a formación y/o prácticas de futuros profesionales.

4.1 ORGANIGRAMA



5. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Intervenciones de un psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de la salud.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar las intervenciones del psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de la salud

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las intervenciones del psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de la salud.
- Delimitar los alcances y límites del psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de la salud
- Identificar las estrategias de intervención utilizadas para la promoción la salud mental de los/as usuarios.

7. PERSPECTIVA TEÓRICA

7.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

La promoción de la salud es una estrategia de la gestión de la salud positiva, y es definida en la Carta Ottawa (OMS; 1986) como el “Proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control del proceso”. Esto quiere decir, es el proceso de dar a las personas y comunidades los medios para tener un mayor control sobre su propia salud, creando entornos saludables y promoviendo niveles de vida óptimos.

En efecto, implica la acción tanto del Estado con políticas públicas saludables, como de la comunidad, de los individuos y de asociaciones intersectoriales. De esta manera, la salud así mencionada es un factor esencial para el desarrollo humano teniendo en cuenta su acción hacia la creación de ambientes favorables. En este sentido, dicha carta establece cinco campos de acción para la promoción de la salud:

- Elaboración e implementación de políticas públicas saludables
- Creación de ambientes que favorezcan la salud
- Refuerzo de la acción comunitaria
- Desarrollo de habilidades personales
- Reorientación del sistema de salud

Asimismo, los lineamientos en políticas públicas ponen énfasis los determinantes sociales para el bienestar de la persona, teniendo presente que, existe evidencia de que los factores de tipo social son los que más influyen en la salud, es decir, como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan impactan sobre la salud, frente a otros como los biológicos o genéticos que no pueden modificarse. En esta línea, cabe resaltar que existen desigualdades en salud ya sea dentro de un mismo país o entre países que son las diferencias en salud injustas y evitables, afectando en mayor medida a quienes

disponen de menos recursos socioeconómicos (Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Además, las prioridades de trabajo dependen de los problemas específicos que presente la comunidad, contemplando no sólo la interpretación que el equipo de trabajo hace respecto al estado de salud de la comunidad sino también, de las necesidades prioritarias que percibe la población. En este sentido, las acciones de promoción de salud deben tener un carácter multisectorial, ya que no son exclusivas del sector de salud y multidisciplinario, acompañadas de un compromiso de las autoridades políticas.

Por lo tanto, la promoción de la salud es una estrategia social, política y cultural, donde se busca transformar favorablemente los determinantes para que las condiciones de vida sean mejores y dignas.

Saforcada propone que:

a partir de lo plasmado anteriormente, es importante tener en cuenta la interdisciplina, el trabajo en y con la comunidad centrándose en la promoción y prevención de la salud, sin negarle al usuario la atención individual, pero ocupando esto menor cantidad del tiempo de trabajo del profesional. Se debe trabajar con la persona sana, haciendo promoción y prevención y atender patologías leves con pacientes ambulatorios. (2010, p.5)

De manera que, mientras que la prevención se orienta a acciones de detección de factores de riesgo y al control de enfermedades, la promoción de la salud está enfocada en ésta, incorporando el malestar desde una percepción subjetiva, relacionado o no con la enfermedad. Por otra parte, Calatayud (2009) refiere que es difícil poder precisar una línea divisoria entre la promoción de la salud y la prevención, ya que en la práctica se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta.

A partir de lo planteado anteriormente, se puede decir que la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción debe tener carácter multisectorial y multidisciplinario, dirigiéndose a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y en términos de Marchiori Buss (2008) se debe “asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios (capacitación) que permitan a todas las personas realizar por

completo su potencial de salud". (p.31). De modo que, cobra importancia el trabajo en red como un modo de relacionarse y vincularse entre las personas e instituciones.

Según Dabas y Perrone (1999) para que se genere una red, es necesario que exista una finalidad explícita y de interés tanto para las instituciones como para las personas que la conforman. Asimismo, tiene como intención unir esfuerzos, alcanzar una mayor capacidad resolutive, ser eficaces y eficientes en lo que se realiza como fruto del intercambio y colaboración.

Al respecto, Dabas (1998) sostiene la importancia sobre la noción de red social ya que,

Implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. (p.5)

En otras palabras, la noción de red favorece el enriquecimiento mutuo dentro y entre colectivos para atender necesidades y enfrentar problemas, potenciando recursos y facilitando soluciones innovadoras.

En resumen, es importante transformar las condiciones estructurales y políticas que limitan las posibilidades de las personas para alcanzar su bienestar y generar prácticas sociales que garanticen acceso a la comunidad.

7.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Para comenzar este apartado es importante conceptualizar que es la atención primaria de salud, cuál es su origen y aspectos generales de la misma. La APS, es una estrategia específica para llevar a cabo una política de salud aceptada por muchos países del mundo en la asamblea de la OMS en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000”.

En 1978, la declaración de Alma Ata señala que:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la fundón central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (p.1).

A partir de lo planteado anteriormente, la Atención Primaria de la Salud se entiende como una estrategia integral que busca garantizar el acceso a la salud y la participación de la comunidad. En este marco, se hace necesario reconocer las características generales que orientan su puesta en práctica, las cuales permiten llevar

estos principios a las acciones concretas de los servicios de salud. Entre ellas puedo mencionar:

- Accesibilidad, de toda la población a los servicios de salud
- Énfasis en promoción y prevención de la salud.
- Los programas en APS deben garantizar, universalidad, equidad y continuidad
- Realizar programas que respondan a las necesidades particulares de cada estructura programática.
- Participación comunitaria e intersectorialidad.
- Atención integrada y apropiada

De esta manera, siguiendo a Suarez et.al (2024) citan la definición de la OPS (2016) de APS de la siguiente manera:

Un Sistema de Salud basado en la APS es 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 (p.4)

En consonancia a lo postulado, la atención primaria constituye la puerta de entrada del sistema sanitario, donde se atiende en primera instancia las diferentes dolencias físicas, problemas de salud mental o conflictos sociosanitarios que plantea la población. Desde esta perspectiva, es necesario un trabajo en red que involucra a diferentes profesionales de atención especializada. Por lo que, se asume que la atención debe ser integral y es necesario contar con equipos multiprofesionales para resaltar las ventajas de recibir la atención a la salud lo más cerca posible del hogar del paciente, en un ambiente normalizador.

Asimismo, Calatayud (2009) en relación con la atención primaria en general, hace mención del concepto de 'estilo de vida', el cual es utilizado actualmente para describir

de forma resumida el conjunto de comportamiento que un individuo tiene en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para mantener la salud o colocarlo en una situación de riesgo para la enfermedad.

Además, el autor pone de relieve que la atención primaria implica una forma de organizar la atención de la salud de las personas, lo más cerca posible de la gente, tanto de sus lugares de trabajo como de vida, llevadas a cabo desde instituciones que no son de alta complejidad estructural.

Pérez (2019) plantea que el objetivo en sí de la APS no es tanto intervenir en las enfermedades concretas como sí lo es el manejo integral de la salud de los usuarios, a quienes en todo su ciclo vital no se les ve como sujetos aislados, desligados de sus contextos sociales y humanos, sino como incorporados en sus estructuras familiares y comunitarias. (p.1).

Asimismo, debido a los nuevos desafíos, conocimientos y contextos, en 2005 se realizó una Renovación de APS. Además de renovar el compromiso con los principios originales de APS, la nueva definición se centra en el sistema de salud en general, es decir, incluyendo a los sectores públicos, privados y organizaciones sin fines de lucro.

De esta manera, la OPS (2007) considera que: la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas. (p.21)

En suma, la APS renovada propone un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, en vistas al logro del más alto nivel del derecho a la salud posible, maximizando equidad y solidaridad. La misma enfatiza la prevención y promoción de la salud, y para tal fin se basa en el Enfoque de Derechos.

En resumen, la atención primaria de salud constituye una estrategia esencial de los sistemas sanitarios. Su fundamento radica en una concepción integral del proceso salud-enfermedad, en el cual se tienen en cuenta los determinantes sociales que inciden en las personas y comunidades. A su vez, es una estrategia integral, preventiva y participativa, que busca construir condiciones de vida más saludables a distintas áreas de la población, desde un enfoque de derechos, equidad y justicia social.

7.3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN APS.

Como mencionaba anteriormente, el trabajo en el primer nivel de atención en salud mental implica un trabajo complejo. Requiere de personal capacitado, de promover salud y salud mental, a su vez, trabajar con las familias y comunidades. Implica también, un trabajo artesanal, tener una escucha diferenciada diseñando estrategias de intervención pertinentes. Parra (2012) define a las estrategias de intervención como:

Noción instrumental, palabra “hueca” cuya operación metafórica permite imaginar formas de intervención en el campo social. Ella se diferencia de los instrumentos metodológicos tradicionales justamente en su indefinición, en su apertura permanente, en la imposibilidad que afirma, de construir un manual que conduzca paso a paso por el cumplimiento de los requisitos para la correcta acción metodológica, necesaria para intervenir; en su vacío, esta noción es apertura en tanto da lugar a la incertidumbre y se niega a pre-ver. (p.199)

Según lo mencionado, una estrategia de intervención puede entenderse como un conjunto organizado e intencional de acciones orientadas a abordar una problemática específica y promover cambios en sujetos, grupos o comunidades. Sin embargo, consta de un carácter “inacabado” y flexible, habilitando la adaptación permanente a las condiciones sociales existentes.

Por esto mismo, las estrategias de intervención utilizadas por los psicólogos en atención primaria no están claramente tipificadas ni estandarizadas, sino que son múltiples y variadas. Según Rydel, et.al. (2021) citando a Levcovitz, et. al. (2011):

Se realizan desde abordajes clínicos individuales, hasta actividades comunitarias de participación multitudinaria. Se trabaja intersectorialmente, con equipos interdisciplinarios, priorizando actividades de prevención de

enfermedades y promoción de salud, contribuyendo al empoderamiento de la población. Se apunta a generar hábitos saludables y mejorar la calidad de vida, reduciendo la necesidad de intervención por parte del Segundo y/o Tercer nivel de atención, lo cual, en última instancia, permitiría generar un ahorro económico y no saturar el nivel más especializado (p.135)

En esta línea, Rydel et.al (2021) plantean que las estrategias de intervención utilizadas dependerán de la institución, del perfil del profesional, del equipo y de los problemas y realidades específicas del barrio en el que estén insertos.

A continuación, y teniendo en cuenta lo mencionado, se desarrollarán las estrategias de intervención que se encuentran en Atención primaria. Entre ellas, el acompañamiento individual, la clínica situada, los talleres y el trabajo interdisciplinar e intersectorial.

7.3.1 ACOMPAÑAMIENTOS INDIVIDUALES EN APS.

Para comenzar este apartado y siguiendo con la autora (Parra, 2012), demuestra en su investigación que la estrategia que más se destaca es la vinculada con la atención individual, modalidad privilegiada de intervención por parte los profesionales, aunque enmarcadas en APS desde la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Además, queda demostrado por el tiempo y espacio en los cuales se desarrollan, casi en su totalidad transcurren en los espacios sanitarios, quedando relegados otras dimensiones. Como para mencionar, actividades comunitarias, consultorías, talleres en el barrio, asesorías pedagógicas, entre otras.

Por otra parte, en su artículo J. Tizón (2000) menciona que este incremento de consultas en APS para atención psicológica se daría por una alta prevalencia e incidencia de trastornos mentales en la población en general. A su vez, muchas personas eligen esta

modalidad ya que resulta accesible para la realización de actividades preventivas y/o asistenciales, pero sin perder el encuadre básico en APS: biopsicosocial e integral (prevención-promoción y asistencia), desde los equipos interdisciplinarios. Además, De la Parra (2018) indica que muchos consultantes acuden a los centros de salud con las expectativas de recibir un tratamiento individual personalizado y resolutivo solamente con profesionales psicólogos.

A su vez, Fernández Moreno (2024) comenta que en los últimos años las tasas de prevalencia de trastornos mentales leves han aumentado y, además, se demuestra socialmente que hay incremento en el interés por quienes acuden a los centros de salud en el cuidado de la salud mental. Lo que ha llevado a aumentar la asistencia psicológica individual en los centros de AP, destacando la ventaja para el consultante de poder ser atendido lo más cerca posible de su domicilio, en un ambiente adecuado con carácter multidisciplinar.

Siguiendo con la autora, refiere que una de las líneas de actuación del psicólogo en acompañamientos individuales se da a partir de entrevistas de aproximadamente media hora, en la cual se seleccionan pacientes candidatos a ser atendidos en AP. También, realizar una posible intervención en sesión única y en caso de ser grave o no poder ser atendida en AP, se deriva a otro nivel.

En esta línea, Rydel, et al. (2021) citando a Perea (2017) plantean:

Al no existir un consenso o reglamentación de la “consulta psicológica” a nivel institucional, se desarrollan dentro de ésta diversas intervenciones de orden psicológico, dependiendo de la formación y experiencia particular de cada psicólogo, de las exigencias de la institución a la que adscribe su trabajo y, por último, a las demandas de la población concreta donde se ubique su práctica. Se abarcan procesos de entrevista y resolución, procesos de intervención breve, orientación, seguimiento y derivación. (p.145)

A su vez, siguiendo a Rydel, et. al (2021), las intervenciones en los acompañamientos individuales en el primer nivel de atención, pretende centrarse en los aspectos sanos del sujeto, poniendo énfasis en sus potencialidades y del entorno que lo rodea. Es por ello, que el encuadre trasciende al de la consulta psicológica tradicional,

es más flexible, los tiempos de intervención suelen variar de acuerdo con los objetivos delimitados, pero siempre manteniendo la especificidad de la intervención psicológica. También, se trabaja en conjunto con otros profesionales, instituciones que derivan o con algún programa social que actúe en el territorio.

Por otro lado, esta falta de consenso y el aumento en la demanda da origen a nuevos dispositivos, como lo es la clínica situada. Alfredo López (2024), la conceptualiza como:

La particularidad de la clínica situada en un centro de salud tiene que ver con la disponibilidad y accesibilidad a partir del enclave cotidiano en el territorio. Somos parte y conocemos en parte esa trama que abordamos. Desde esa inserción nos vinculamos y potenciamos nuestra intervención situada. Esto nos ubica en una complejidad del encuadre que nos posiciona desde un saber que nos condiciona y a la vez propicia y habilita las futuras estrategias enriquecidas desde esa clínica.

No es exclusiva de la atención individual, puede ocurrir en diferentes espacios (consultorio, vivienda, calle, escuela, etc.). Incluye la noción de proceso y de singularidad situada dentro de la vida comunitaria. El trabajador profesional cuenta con haber transitado procesos que lo vinculan previamente allí donde sucede la vida de la persona, familia, organización que demanda (p.5)

Por lo tanto, la clínica situada es una modalidad de intervención que se construye a partir del territorio y de la vida cotidiana de las personas, como, por ejemplo, el aislamiento de personas mayores requiere actuaciones domiciliarias frecuentes.

En esta línea, en el contexto de atención psicológica en APS como estrategia individual, De la Parra (2019) considera que es fundamental poner en práctica la “indicación adaptativa”:

Significa que el tratamiento se modifica para adaptarse a las necesidades del paciente. Implica adaptarse también a la cultura y modelos explicativos del enfermar del consultante, a su contexto, eventualmente las dificultades de acceso y mantención del proceso terapéutico, así como a las necesidades institucionales;

en este caso, disminuir las listas de espera. (...) por lo tanto, la indicación adaptativa nos orienta a realizar tratamientos breves (p.12)

Dicho esto, podemos hablar de un modelo de atención psicológica individual en APS, en palabras del autor mencionado previamente, se trataría de un modelo de psicoterapia “de buena fe”.

En resumen, desde esta mirada, la atención individual adquiere mayor complejidad y enriquece las estrategias de intervención, ya que el profesional forma parte de la trama social que aborda, el encuadre esta atravesado por la cercanía con la comunidad y el conocimiento previo del contexto. Adaptado así, el espacio terapéutico a la realidad concreta del consultante.

7.3.2 EL DISPOSITIVO TALLER COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.

Siguiendo con lo expuesto anteriormente, es importante mencionar otro modo de intervención como lo son los dispositivos taller, los cuales se realizan a nivel grupal, institucional y/o comunitarios. Los mismos presentan muchas ventajas en relación para abordar temáticas compartidas, a su vez que funcionan primordialmente como espacios de socialización, escucha, apoyo e intercambio, teniendo en cuenta las variables y diferencias individuales.

Según Ander- Egg:

Un taller es un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Se trata de una forma de enseñar y sobre todo de aprender, mediante la realización de “algo” que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo. (1991, p.10)

En otras palabras, un dispositivo taller en APS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los usuarios a través de la participación de individuos o grupos de la comunidad, promoviendo el “aprender haciendo” y la aplicación práctica de conocimientos, para que se conviertan en agentes activos de su propia salud. Son a su vez espacios en los cuales se deben poder instrumentalizar las problemáticas para convertirlos en demandas concretas, considerando las posibilidades de cambio.

A su vez, Fernández Moreno (2024) comenta que el formato grupal supone maximizar los recursos disponibles en AP de manera eficiente y agrega:

Más allá de la parte formal del grupo, es la propia dinámica del mismo la que potencia su poder terapéutico. Se fomenta la reflexión personal y el debate entre sus miembros, de modo que se va pasando de una organización radial centrada en el terapeuta a una circular, de interacción entre los miembros, coordinados por el psicólogo. Los participantes se convierten en los protagonistas y responsables en el análisis de su problemática y búsqueda de posibles soluciones. (p.2)

Asimismo, la autora mencionada anteriormente, refiere que el grupo como dispositivo actúa como elemento motivador, ya que permite a las personas nombrar lo que sienten y exteriorizarlo en un contexto sin prejuicios y de respeto mutuo. Además, el encuadre grupal favorece a la percepción de sus propias dificultades al ser expresadas por otra persona que no es parte de su círculo íntimo, logrando así también mejorías en el estado del ánimo por el apoyo social brindado.

Por su parte, Suarez, Ramírez & Henao (2020) plantean;

Como estrategias para el trabajo de los psicólogos en este nivel de atención, se evidencia la eficacia del trabajo a nivel grupal para tratar enfermedades mentales comunes, grupos psicoeducativos, apoyo matricial y programas comunitarios. (Espinosa, Campillo, Garriga, García, (2015); Serna, (2020); Gómez, et al, (2019)) Dejando claro lo valioso y necesario del trabajo con la comunidad enfocado en las necesidades y el abordaje interdisciplinario. Los

tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia en AP, con un enfoque transdiagnóstico en intervenciones breves y dirigido a grupos (González, 2017). La intervención grupal en APS: Proporciona beneficios propios como son, entre otros, la reducción del estigma (...); el disponer de múltiples modelos, puntos de vista y fuentes de información; el desarrollo de habilidades sociales o el incremento de la motivación y adherencia al tratamiento asociado al apoyo social mutuo (González, 2017, p. 10) (p.18).

En este sentido, el abordaje grupal no es solo una alternativa posible, sino una herramienta valiosa y necesaria para promover salud mental desde una perspectiva integral sobre todo en contextos socialmente vulnerables donde hay escasos recursos institucionales como económicos y los talleres pueden convertirse en verdaderos espacios de cuidado, encuentro y participación. Además, la modalidad grupal no solo optimiza recursos y permite dar respuestas más accesibles, sino que además fortalece el intercambio, mejora la motivación y la continuidad en los tratamientos de quienes asisten.

Además, es importante destacar aspectos metodológicos que resultan claves para que un taller alcance su potencial. Entre ellos, un encuadre claro y horizontal, donde el equilibrio entre lo planificado y la espontaneidad y el respeto por los tiempos de cada participante es fundamental. Como señala Fuks (1995), el taller es un espacio donde el encuadre debe ser lo suficientemente flexible para que se despliegue la creatividad, el deseo y la subjetividad de quienes participan. Por ende, es fundamental combinar diversas dinámicas para que el taller no se convierta en un espacio monótono, sino en una experiencia humanizante capaz de producir movimientos subjetivos, cargadas de sentido afectivos y simbólicos.

7.3.3 EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR E INTERSECTORIAL EN APS

En este nivel de atención, es fundamental generar intervenciones desde un modelo de trabajo interdisciplinar e intersectorial. En palabras de Sirera, J (2008) citando al Ministerio de Sanidad (2006, p.81):

La atención primaria de salud se fundamenta en el trabajo en equipo. Las diferentes disciplinas que lo integran proporcionan una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. Por eso, en muchos de los servicios prestados desde el equipo de Atención primaria, es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad. (p.282)

Siguiendo con esta línea, teniendo en cuenta la multidisciplinariedad como factor importante para la calidad asistencial, los autores Trujillo, Cardenas y Restrepo (2023) en su investigación plantean a la interdisciplina como:

La estrategia mediante la cual se logra la apertura a nuevos conocimientos y mejores resultados, tanto para las comunidades en la resolución de sus necesidades y problemas, como para los profesionales que vinculan a su formación el concepto y práctica de la APS. Desde esta perspectiva se pretende, además de la solución de un objetivo común a través de la coordinación armónica entre las distintas disciplinas, el intercambio de métodos, instrumentos, técnicas y saberes; producto de este proceso, se logra que las actividades ejecutadas en los territorios tengan mejores resultados, pues responden de manera acertada a las expectativas de la comunidad y contribuyen al mejoramiento significativo de su calidad de vida, a la vez que posibilitan en los estudiantes y docentes la comprensión amplia de la realidad, del entorno y de los otros saberes que generan vínculos entre disciplinas. (p.2)

Por lo tanto, la interdisciplina se trata de una estrategia como puente que beneficia a todos los profesionales involucrados facilitando la convergencia de diversos métodos y saberes, permitiendo que las acciones en territorio no solo resuelvan necesidades, sino que impacten positivamente en la calidad de vida de la comunidad.

Además, en palabras de Stolkiner, A (2005), “la interdisciplinariedad es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (p.5). Es decir, implica reconocer que las herramientas, conceptos y métodos de cada disciplina son parciales y limitados, por lo que no resuelven completamente una problemática.

A su vez, Garzaniti, R (2019) plantea que generalmente el trabajo interdisciplinario en APS se realiza a través de interconsultas, lo que se titula como “interdisciplina de baja intensidad”, no siendo lo más recomendado, pero es el tipo de abordaje más realizado.

En resumen, el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal, donde profesionales de diversas especialidades trabajan en conjunto para crear un plan de tratamiento integral, reconociendo así diferentes aspectos que conforman la salud general de las personas y contar con la capacidad de generar derivaciones cuando la situación del consultante lo amerite.

Ante esto, Garzaniti y Romero (2018) argumentan:

Lo fundamental, entonces, será ir saliendo poco a poco “del aislacionismo aún vigente y abocarnos al trabajo en equipo, sin “saberes absolutos”, sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea” (Elichiry, 2009:7).

Por otra parte, Ferrer y Morejon (2021) definen a la intersectorialidad como:

la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud su bienestar y calidad de vida. Su práctica brinda una mayor capacidad de respuesta en cuanto a cantidad, calidad y dinamismo, para enfrentar los problemas vinculados a la salud, bienestar y calidad de vida, ya que convoca

a la intervención coordinada de instituciones representativas de la comunidad (p.143)

En otras palabras, la intersectorialidad implica la relación entre diferentes sectores, tanto públicos como privados, por ejemplo, el sector salud y otro sector (educación, trabajo, estado). Se establece para actuar desde una perspectiva más amplia en un problema o alcanzar resultados en salud de un modo más efectivo o sostenible. Identificando así, la influencia de diversos factores y sectores que determinan la salud en general, poniendo la mirada en la comunidad como protagonista, entendiendo así a la salud como un proceso multideterminado.

7.4 ROL DEL PSICÓLOGO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para comenzar, es importante destacar el rol del psicólogo sanitario como actor clave para abordar la concepción de salud integral desde un enfoque en APS. Ésta se reconoce como una estrategia fundamental para alcanzar la salud para todos. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) destaca que la APS es el primer nivel de contacto de las personas con el sistema de salud, y que debe garantizar el acceso universal y equitativo a la atención. En este escenario, el psicólogo sanitario trabaja desde un modelo de atención integral, en equipos interdisciplinarios junto a médicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales, aportando una mirada centrada en la subjetividad, los vínculos y los aspectos emocionales implicados en la salud. Su participación contribuye al fortalecimiento del trabajo comunitario, la coordinación entre niveles de atención y la humanización del sistema sanitario.

De esta manera Catalayud (2009), plantea el ejercicio del psicólogo de la salud se sostiene en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con

secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.

Por otro lado, en cuanto al trabajo del psicólogo como promotor de salud, Yañez (1998) en su artículo adhiere a los objetivos planteados por Fiorini, los cuales son:

- Favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de las conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.
- Alentar la asunción de roles que fortalezcan por el ejercicio la capacidad de discriminación y plasticidad.
- Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima. (esto significa dirigir el esfuerzo no sólo hacia el incremento de la conciencia de enfermedad, sino también hacia una más clara conciencia de perspectivas personales). (párr.24)

Es decir, es parte de la tarea del psicólogo en la promoción de la salud, proponer acciones concretas: impulsar que las personas desarrollen ciertas habilidades que les permitan proyectarse hacia un sentido de vida más coherente y satisfactorio, acompañar en la construcción de un proyecto vital con metas orientadas al bienestar general.

Asimismo, la especificidad del rol del psicólogo en el contexto de APS es pensada en los siguientes términos según Parra (2012):

Atender y promover la salud; trabajar en prevención de las enfermedades; estar a mano de la comunidad acompañando las situaciones vitales por las que atraviesan las familias y desde cuestiones muy concretas cuando es el psicólogo el que tiene el vínculo con la persona que necesita ayuda; contribuir a que la gente implemente sus propias estrategias de afrontamiento; tener un enfoque comunitario, un rol activo y una mirada general; tener una perspectiva comunitaria complementaria al trabajo clínico; trabajar con otros aportando una mirada específica desde el campo de la psicología; y promover la implicación subjetiva de las personas en sus propios procesos de salud y enfermedad. (p.202)

Además, el accionar del psicólogo sanitario debe enmarcarse en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, cuyo principal objetivo es asegurar el derecho a la protección de la salud mental para todas las personas en el territorio nacional. Esto implica escuchar activamente a los pacientes, para entender sus experiencias y perspectivas, y así considerar sus opiniones en el diseño y aplicación de tratamientos y programas de salud mental (Abramovich & Pautassi, 2020). De esta manera, se fomenta la participación activa y mejora la efectividad de la atención al buscar soluciones conjuntas y un entendimiento mutuo entre el profesional y el paciente. Por lo tanto, es deber del psicólogo sanitario trabajar desde este enfoque asegurando que todos los individuos sean tratados con respeto y consideración, reconociendo su autonomía y valor intrínseco, brindándole la información necesaria para la toma de decisiones.

A su vez, Pérez (2019) en su concepción del rol del psicólogo en APS, menciona que sus competencias profesionales se relacionan con capacidades para responder a contextos individuales, grupales y comunitarios. De manera que, entendiendo que el bienestar psicológico se construye colectivamente, trabajar en salud mental en APS exige trabajar en y con la comunidad, por lo que la actividad del psicólogo en este ámbito puede estar asociada a la labor de un psicólogo comunitario.

En consonancia, Suarez et.al (2024) mencionan entre las actividades que desempeña un psicólogo se encontrarían:

orientación de salud, orientación a las familias, orientación a los equipos profesionales, planificación de programas, grupos de educación para la salud, interconsultas, entrevistas primarias, visitas domiciliarias, acciones intersectoriales, terapia grupal o terapias breves como modelo asistencial acorde a este nivel de atención, charlas psicoeducativas, participación en audiencias judiciales, intervención en crisis, participación en comisiones subsecretaría de salud y de la zona sanitaria metropolitana, reconocimiento del territorio cubierto, apoyo, asistencia técnica y educativa al equipo de salud y realización de talleres

(p.17)

De esta manera, el quehacer del psicólogo es muy favorable para la comunidad ya que, de acuerdo con De Lellis (2006) la función del psicólogo es catalítica, facilita la toma de decisiones respecto de una problemática, porque contempla todos los recursos y fortalezas con lo que cuenta la comunidad para afrontar dicha problemática y pone como protagonistas a la protección y promoción de la salud.

Desde esta perspectiva, el psicólogo sanitario implementa dispositivos como intervenciones situadas, talleres, espacios grupales o acompañamientos en colegios. Buscando promover la salud, prevenir y fomentar la participación comunitaria. Al mismo tiempo, el ejercicio del psicólogo sanitario en APS implica responsabilidad ética y compromiso basado en enfoque de derechos, promoviendo una atención más inclusiva y equitativa.

7.4.1 LIMITACIONES Y ALCANCES DEL PSICÓLOGO EN APS.

Teniendo en cuenta lo mencionado previamente, entendemos que la exigencia del rol del psicólogo en APS es múltiple. Por lo cual, el ejercicio del profesional en APS presenta alcances y límites diversos, aunque existe un relativo acuerdo en cuanto a delinear funciones y roles específicos de los psicólogos. En palabras de Pérez Ayala (2019) éstos estarían delimitados como:

Sus competencias profesionales se relacionan con capacidades para responder a contextos individuales, grupales y comunitarios, con énfasis en la promoción y la prevención, trabajar cooperativamente con otros miembros del equipo y apoyar el desarrollo de instituciones saludables comenzando por el propio establecimiento, con una comprensión amplia del proceso de salud/enfermedad (p.86)

En otros términos, implica una práctica situada y preventiva, orientada en la promoción de la salud y al abordaje integral de las problemáticas frecuentes en el primer nivel de atención. En este contexto, su labor se centra en la detección temprana, el acompañamiento, el trabajo interdisciplinario y el fortalecimiento de redes comunitarias.

Según Suarez et.al (2024) mencionando a Días (2016),

Los profesionales que trabajan en APS reconocen al psicólogo como miembro importante del equipo que conforma este nivel de salud. Es el profesional encargado de velar por la salud mental de los pacientes, no solo de quienes consultan por problemas emocionales o son remitidos por trastornos mentales, sino que se encarga de las demandas de otros pacientes con enfermedades subyacentes. Sin embargo, se ha encontrado una falla en el trabajo interdisciplinario y al apoyo matricial (p.14)

Por lo tanto, mientras el rol del psicólogo en APS está valorado en teoría por sus diversos alcances, la falta de coordinación real entre disciplinas limita la efectividad de la atención integral, condicionando así el ejercicio pleno de sus funciones en reiteradas ocasiones.

En suma, este rol también presenta otras variadas limitaciones. Entre los que indica el autor (Pérez Ayala, 2019) se encuentran:

- Precariedad con que se concibe la red de derivación, apoyo formal y redes asistenciales de salud, agregando también, barreras burocráticas del sistema judicial.
- Limitada o baja resolutiveidad de nivel de atención exponiendo lo acotado de las acciones que muchas veces pueden llevar a cabo. Lo que daría como resultado bajos egresos, suma de nuevos consultantes y acumulación de pacientes
- Recursos restringidos, entre ellos, de infraestructura, económicos, humanos.
- La asistencia psicológica ha sido desplazada e ignorada en términos de planificación estratégica y desarrollo de servicios, lo que ha conducido a una subutilización, subfinanciación y subdesarrollo de los tratamientos psicológicos en la asistencia sanitaria.

- Sobredemanda de atención en el área de salud mental y baja cantidad de profesionales per capita.
- Variado número de obligaciones recaen sobre el mismo profesional para la creciente proporción de actividades
- La disponibilidad de tiempo para cada consulta.
- Listas de espera sin resolución oportuna.

A su vez, para Rydel et.al, (2021) otro inconveniente que se presenta es el de la escasez de protocolos para el trabajo intersectorial de las instituciones con los diferentes agentes comunitarios y así, poder trabajar en redes. Lo que implicaría, no solo que queden centralizadas en esfuerzos puntuales o individuales de los profesionales, sino que se puedan establecer para que perduren en el tiempo y queden ancladas a las instituciones.

Siguiendo esta línea, Parra (2012) proporciona otros obstáculos para el trabajo en APS, los cuales tendrían que ver con:

la falta de igualdad del psicólogo en relación a otras profesiones y la falta de valoración de la salud mental desde otros y desde los mismo profesionales de la salud mental; responsabilizarse en lo personal de cuestiones que debería resolver la institución; la desvalorización y el reduccionismo de las actividades en APS; la distancia en distintos niveles entre un discurso basado en la APS y una práctica que no necesariamente es coherente con ese discurso; el hecho de que la realización de acciones específicas en APS impliquen siempre recargar la tarea cotidiana y no una reorganización del trabajo que descargue a estos profesionales de otras tareas y responsabilidades; control y burocratización de las actividades en APS; y la mirada biologicista de la salud y el mayor compromiso que implica trabajar/asumir una tarea de transformación subjetiva (...) el desgaste del equipo por falta de condiciones favorables para el trabajo en APS y falta de acciones de cuidado hacia el mismo equipo; la gran cantidad de demanda y el tipo de demanda; la falta de recursos humanos y materiales; la falta de espacios institucionales de formación y/o de supervisión de la tarea en general y en APS en particular; la

soledad en la tarea como psicólogos y la amplitud del campo de acción; y las graves problemáticas sociales que se dan a nivel comunitario. (p.202)

Mientras tanto, las problemáticas en salud mental en APS no solo demuestran los obstáculos que presentan los psicólogos en su ejercicio sino de dificultades estructurales, administrativas y culturales. De manera que, Suarez et.al (2024) concluyen que,

existe una sobredemanda en el área de salud mental, de la cual no se puede dar respuesta en su totalidad por el escaso recurso humano y la interrupción de los pacientes en su tratamiento. Además, hay poca accesibilidad a estos programas o desconocimiento por parte de la comunidad. Se señala que los pacientes no continúan sus tratamientos por el desconocimiento en el proceso, estigmatizan la enfermedad mental o prefieren ser atendidos por médicos generales, en lugar de psicólogos. La atención psicológica es secundaria a la atención médica general. Es el médico de atención primaria quien remite si es considerado grave el motivo de consulta. Por lo tanto, es esencial generar más espacios de interconsulta entre psicólogos y otros profesionales o generar canales directos de atención psicológica (p.20)

En este sentido, reflexionar sobre el rol del psicólogo en APS implica reconocer, ante todo, su complejidad. Se trata de un ejercicio profesional atravesado por múltiples demandas que exige responder simultáneamente a diversas dimensiones (individuales, grupales, institucionales y comunitarias). Además, esta amplitud de funciones convive con límites estructurales amplios que tensionan el ejercicio del rol y restringen el alcance de las acciones.

8. MODALIDAD DE TRABAJO

8.1 Sistematización de experiencias.

El propósito del presente trabajo es exponer una sistematización de experiencias desarrolladas por Oscar Jara (2011) en el marco de las prácticas preprofesionales supervisadas un Centro de Salud de la Ciudad de Córdoba.

El autor caracteriza a la sistematización como:

...aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (p.4)

Por lo tanto, en la misma se pretende ordenar, procesar y comunicar los conocimientos adquiridos a partir de la experiencia. Por lo cual es necesario la reconstrucción y reflexión analítica sobre lo vivido, lo que permitirá obtener nuevos conocimientos, compartir, confrontar con otras experiencias y con el conocimiento teórico existente.

Para llevar a cabo la sistematización, hago uso de diversas técnicas de recolección de datos. Las mismas son: registros de campo, observación no participante y entrevistas abiertas y semidirigidas. En primer lugar, es necesario situarme en el rol de observador no participante para registrar de manera objetiva lo vivenciado. A través de este rol, puedo dar cuenta de aspectos propios de cada sujeto y, por otro lado, prestar atención a las intervenciones y estrategias que utiliza mi referente como profesional en un contexto de Atención Primaria de Salud.

Estas experiencias de observación son registradas en un cuaderno de campo, donde intento realizar un registro detallado de los acompañamientos en los que estoy participando. Como también, agrego anotaciones de diálogos que mantengo con mi referente y considero que son importantes para asegurar una buena sistematización de experiencia.

8.2 Técnicas de recolección de datos

Por otro lado, la información recabada en los registros de campo proviene principalmente de las entrevistas realizadas por mi referente en los acompañamientos individual. Hernández Sampieri (2014) define a la entrevista como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. (p.403)

Las entrevistas se clasifican en estructuradas o cerradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. En el caso de mis prácticas, la profesional suele realizar entrevistas semiestructuradas, sobre todo en primeras entrevistas para precisar conceptos u obtener más información sobre el consultante. Además, en seguimiento de casos o de derivaciones específicas desde otras áreas, realiza entrevistas abiertas ya que, siendo preguntas flexibles, permiten conocer perspectivas y experiencias propias de las personas en su propio lenguaje.

8.3 Caracterización de los sujetos

De acuerdo con los objetivos planteados, la población que se tendrá en cuenta para la sistematización de experiencias está conformada por adolescentes y adultos que asisten al Centro de Atención Primaria de Salud, en el marco de acompañamientos individuales y dispositivos taller.

Los acompañamientos individuales incluyen primeras entrevistas como también seguimiento de casos. Comprende personas de distintas edades, entre los 13 y 65 años. Tanto hombres como mujeres, aunque se observa una mayor participación femenina en los acompañamientos. Además, los dispositivos taller, se encuentran integrados por un grupo de 4-6 mujeres de más de 60 años, quienes asisten una vez por semana.

Por otra parte, la intervención en estos acompañamientos nos permite identificar factores ambientales y sociales que influyen en la salud de los usuarios que asisten, tales como condiciones de vivienda, seguridad, acceso a recursos de alimentación y redes. De esta manera, la caracterización de los sujetos nos permite comprender mejor sus necesidades y diseñar intervenciones adecuadas para cada individuo. A su vez, tales intervenciones contribuyen a implementar un abordaje integral e interdisciplinario en caso de ser necesario.

8.4 Consideraciones éticas.

En cuanto a las consideraciones éticas, mi accionar durante las prácticas que se llevaron a cabo, es respetando las normas establecidas por el Código de Ética (2013), regidas por los principios de respeto por los derechos y dignidad de las personas y los pueblos; cuidado competente del bienestar de las personas y los pueblos; integridad y responsabilidades profesionales y científicas con la comunidad. A su vez, creo

fundamental, una actitud de respeto genuino hacia la diversidad cultural, social y personal de cada individuo.

En el marco de estas prácticas, cobran relevancia el respeto por el consentimiento informado y el secreto profesional. Por lo que cada persona que asiste es informada del porqué de mi presencia en el consultorio y también, de la posibilidad de que me retire en caso de que así lo prefieran, respetando su decisión y autonomía. A su vez, tanto mi referente institucional como yo, aclaramos que todo lo que se hable allí se hace dentro de un marco de secreto profesional. Por mi parte, me aseguro de mantenerlo en los registros efectuados, respetando privacidad y dignidad de los usuarios.

9. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

9.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

A continuación, se relatarán las instancias más significativas de la experiencia en el centro de salud, desde mi ingreso el 14 de mayo de 2025 hasta mediados de noviembre del mismo año, con una concurrencia de dos o tres veces semanales. Además de cuestiones que conciernen propias del centro de salud, incluye actividades tales como primer entrevista y acompañamientos en sesiones individuales, taller de grupo “chicas +60” y capacitaciones en DAPS.

Asimismo, hare alusión al espacio de supervisión de prácticas.

9.1.1 Centro de Salud y acompañamientos individuales.

Una vez evaluado los diferentes contextos e instituciones brindadas por la cátedra, como también realizadas las entrevistas correspondientes para la aspiración de los contextos elegidos y luego de haber quedado seleccionada para formar parte de dicha institución, comencé mis prácticas en el Centro de Salud del Barrio de Villa Páez.

El primer día nos encontramos con mi tutora de contexto en el Centro de Salud donde nos presentamos con mi referente institucional. Ella, me comenta acerca de las actividades que se realizan allí y explica cómo es el organigrama del cual forman parte. Además, comunicó cuestiones generales tales como, cuantos centros de salud había en la ciudad y el área programática que corresponde a ese Centro.

El mismo día, me mostró como están distribuidos los consultorios y espacios. También me presentó parte del personal y comentó acerca de cuestiones contractuales y

salariales de los mismos. Por último, organizamos asuntos más institucionales, como la planilla de asistencia, acuerdos individuales y hablamos acerca de los días a los que iba a asistir y en que actividades iba a formar parte.

El segundo encuentro, presencié el desayuno del personal que se encontraba en la “sala de reunión”, allí pude conocer a otros profesionales y dialogar con ellos, lo cual me permitió una aproximación sobre la dinámica del lugar. Luego, con mi referente nos fuimos a acompañar a las enfermeras a una actividad comunitaria; la misma consistía en la vacunación de empleados de una empresa del barrio.

Paralelamente a los encuentros que íbamos teniendo, pude presenciar diversas actividades que se llevan a cabo en el centro de salud como lo son los programas y proyectos. Entre ellos, los de ESI, los de leche para madres y niños, de inmunización; proyectos en relación con embarazos adolescentes, abordajes interdisciplinarios, talleres de crianza, consumos problemáticos, entre otros.

Además, pude participar de acompañamientos en sesiones individuales como observadora no participante, lo que me permitió dar cuenta de cómo se llevan a cabo en este contexto y poder diferenciarlo del clínico. Al ser atención primaria de salud, cualquier consultante de diversos grupos etarios que lo solicite, debe ser asistido. Suelen ser primeras entrevistas o seguimientos de pacientes de máximo 30 minutos, poniendo el foco en prevención y promoción de salud. Asimismo, se tiene en cuenta el abordaje interdisciplinario con otras instituciones en caso de ser necesario, como también interconsultas y/o derivaciones entre profesionales del mismo centro o de otros establecimientos.

Por otro lado, mi referente suele tomar consultas sobre IVE (interrupción voluntaria del embarazo) e ILE (interrupción legal del embarazo), derivadas por los médicos del centro y que últimamente suelen ser más frecuentes, sobre todo por adolescentes. Por lo tanto, ella informa, realiza derivaciones, averigua sobre sus estados de ánimos y atenúa dudas que puedan presentar, de manera “artesanal” ya que no hay una red ni protocolo elaborado para este tipo de situaciones.

Por último, la referente institucional me ofreció a realizar entrevistas de admisión a primeros consultantes bajo su supervisión. De manera que coordinamos las mismas con personas que habían solicitado turno y se encontraban en lista de espera.

9.1.2 Dispositivo grupal: Taller “chicas +60”

Este taller tiene aproximadamente 4 años en el Centro de salud y surge como un espacio de socialización para señoras mayores que asisten como poli consultantes. Teniendo en cuenta la incidencia positiva que tiene en la salud mental, la planificación de los temas se da a partir de las demandas específicas, es un espacio recreativo, de trabajo en grupo, donde se realizan actividades físicas y de cuidado, se dialoga sobre problemáticas que pueden haber tenido a lo largo de su vida o tienen al momento en el que asisten; también actividades de estimulación neurocognitiva y reflexivas.

Al primer encuentro que asistí, había dos señoras, de las cuales una era nueva por lo que después de que nos presentamos salimos a hacer una caminata por el barrio así mientras nos conocíamos, me iban mostrando los principales lugares de éste. Al final del recorrido fuimos al cementerio, pero luego decidimos hacer el trayecto que faltaba para otro día, ya que cuenta con mucha historia de personas y familias importantes de la ciudad. Por último, regresamos al dispensario y comentaron sobre otras señoras que asistían años anteriores pero que creían que ese año no iban a poder, ya que, atravesadas por las crisis económicas, se vieron en la obligación de realizar actividades que les permita una remuneración económica.

El segundo encuentro, fue acerca de “prevención de caídas”, mi referente mientras planificaba y buscaba información sobre el mismo, mencionó sobre información que habían retirado de páginas oficiales el ministerio de salud y que ellos solían usar ya que eran de gran utilidad. Luego, cuando llegaron las señoras, nos encontramos con la médica general que está a cargo del centro de salud, quien era la que iba a dar el taller de ese día. Entre los tips que mencionó se hallaban: el uso de alfombras, contar con agarraderas en las duchas, sillas con respaldo y posa brazos, contar con buen calzado, buena iluminación, movilizar el cuerpo antes de pararse, tener cuidado con mascotas, contar con acceso al celular para poder pedir ayuda, entre otros.

El taller del tercer encuentro fue sobre el “Día del cuarteto”, comenzó con música y las integrantes bailaron unos minutos, lo cual originó un clima agradable de risas. Luego, leímos un artículo sobre la historia de este género musical y por qué se celebraba ese día. Permitiendo recordar a las señoras diversas situaciones de su juventud en relación con “los bailes” familiares, sus primeras salidas y los artistas que escuchaban.

Siguiendo con el propósito de una vida saludable y el autocuidado, el siguiente taller que se llevó a cabo fue en relación con la realización de actividades físicas a través de bandas elásticas y mancuernas que pueden ser elaboradas en sus casas a partir de botellas con agua, tierra, etcétera. Les mostramos con mi referente y practicamos distintos ejercicios que pueden realizar en sus viviendas, lo que le permitirá tener mayor movilización para el día a día, fortalecer músculos, corregir posturas, mejorar articulaciones, prevenir futuras enfermedades y tener un cuerpo como mayor disposición.

Teniendo en cuenta la fecha en que se llevó a cabo el posterior encuentro, la propuesta traída por mi referente fue la de realizar una “Fogata de San Juan”. Mientras nos dirigíamos a un espacio donde podíamos prender fuego, las participantes se mostraban entusiasmadas, charlábamos y hacían bromas. Una vez que llegamos a la plaza, se leyó sobre esta tradición y el ritual que se suele realizar. Luego, cada una anotó deseos que quería atraer y situaciones o cuestiones que quería dejar ir, para después prenderlas fuego.

Llegado el invierno y con temperaturas bajas, se decidió realizar el taller compartiendo una infusión calentita y charlando sobre lo que ellas quisieran. Cada una compartió lo que había hecho en esos días previos, como se sentían, inquietudes y malestar que tenían, como también actividades que planeaban realizar los días posteriores ya que por unas semanas no nos íbamos a reunir.

La semana siguiente, el taller fue planificado y coordinado por mí con ayuda y supervisión de mi referente, quien me había invitado a realizarlo. La temática que se llevó a cabo fue “Mindfulness” y cómo utilizarla como herramienta para el autocuidado. Les brindé información teórica del tema y luego las invité a realizar una meditación guiada por mí. Las señoras se sintieron muy bien con la actividad, demostraron interés y satisfacción. Luego, plantearon que se las grabe en audio para utilizarla cuando quieran o crean necesario.

Por otro lado, varios talleres siguientes fueron en relación con realizar caminatas, recorriendo puntos específicos del barrio y alrededores, entre ellos la plaza frente al cementerio “San Jerónimo”, la “isla de los patos”, el “parque de las energías”. Además de realizar un poco de actividad física, estos espacios permitían dialogar, memorizar acerca de situaciones o acontecimientos que se dieron allí o que ellas mismas recordaban de sus vivencias. Además, siguiendo con esta dinámica, realizamos un recorrido por el “Jardín Botánico”

Teniendo en cuenta lo expresado por las participantes, el encuentro posterior fue planificado y coordinado por mí. Ellas manifestaron en ocasiones que le gustaban los perfumes, pero no podían comprarse por lo que la propuesta fue hacer nuestras propias fragancias. Lleve todos los materiales necesarios, comente como se llevan a cabo y elaboramos las mismas a gusto de cada integrante.

9.1.3 Capacitaciones en la Dirección de atención primaria de salud (DAPS)

El primer día que asistí, había una asamblea por parte del personal reclamando la falta de aumento salarial y precarización de los mismos. Lo que me permitió introducirme en los problemas que existen en el sistema de salud pública, las tensiones políticas, burocráticas, económicas y sindicales por las que atraviesan, sobre todo a partir de la nueva gestión.

Luego, nos dirigimos al aula donde se suelen brindar las capacitaciones y donde se reúnen todos los psicólogos de los diferentes centros de salud de la ciudad. La capacitación denominada “El poder judicial para dummies” fue dictada por dos abogadas invitadas, explicaron cuestiones básicas sobre organismos que forman parte del ámbito jurídico, como lo son el ministerio público fiscal y el ministerio público de defensa. Donde apelar o dirigirse en caso de denuncias y también respondieron dudas a los psicólogos sobre casos particulares. Por último, este día conocí a otros alumnos

practicantes de la UNC, dialogamos acerca de las modalidades de PPS y TIF en respectivas universidades, ellos asistían en grupos a los centros de salud y formaban parte del contexto comunitario.

La siguiente capacitación, titulada como “Recursero y desespero” se trató justamente de elaborar por grupos zonales, un recursero que les sea de utilidad. Entre las diferentes categorías que mencionaron se encontraban, educación, programas de provincia, centros recreativos, discapacidad, psiquiatría, abusos, adultos mayores y, además, facilitaron contactos que cada una iba aportando y que les servirá para abordar problemáticas que surgen en los diferentes centros de salud.

Posteriormente, asistimos a otra capacitación, “Adolescentes: conflicto con la ley y protección de derechos” brindada por una abogada y una sociopedagoga. La misma, se trató de: desde donde pensar, intervenir con niñeces y adolescencias vulneradas y vulnerables. Asimismo, se abordó implicancias y particularidades del sistema penal juvenil actual.

Luego, el posterior encuentro al que acudimos fue sobre “Cuidado de cuidadores”, otorgado por un Lic. en Psicología con orientación cognitivo conductual. Dio una presentación acerca del Mindfulness, nos invitó a participar de una meditación y de otros tipos de ejercicios que podían servir para atenuar ansiedades, conectar con el presente y con uno mismo. A su vez, comentaron de como podían implementarlo en el trabajo y que beneficios les otorgaba.

Por último, presencie la siguiente capacitación denominada “pensar las masculinidades”. La misma fue dada por una Licenciada en psicología y dos trabajadores sociales, expusieron aspectos teóricos y extractos del libro de Rita Segato. También, compartieron experiencias de talleres que brindan para hombres que han realizado violencia de género, las particularidades que perpetúan la reproducción del comportamiento machista en una sociedad patriarcal y cuestiones propias de la vincularidad entre “varones”.

Quiero mencionar, todas las capacitaciones a las que asistí me parecieron muy interesantes, cada una abarca temáticas actuales y diversas. Considero que es un espacio muy rico de aprendizaje, sobre todo en lo que concierne a las problemáticas referidas a los centros de salud.

9.1.4 Supervisión de la práctica.

En cuanto al espacio destinado a la supervisión de la práctica, lo considero sumamente valioso para el aprendizaje y reflexión conjunta. Los mismos son llevados a cabo los jueves de 14:30 a 16:30 aproximadamente, a cargo de la docente Cecilia Barovero y con participación de compañeras que desempeñan sus prácticas en el mismo contexto, pero en otras instituciones.

En las supervisiones, acompañada por la docente, encontramos un espacio de contención, de diálogo e interacción con las experiencias de las otras compañeras. Además, nos ayuda a articular conceptos y recursos teóricos propios del contexto sanitario, como también, compartir material que vayamos necesitando. Asimismo, ante cualquier duda o inconveniente, nos dirigimos a grupos de WhatsApp, lo cual me hace sentir acompañada y canalizar dudas que se vayan presentando.

Por lo mencionado anteriormente, encuentro este espacio enriquecedor y provechoso para la realización en simultáneo de las prácticas.

9.2 ARTICULACIÓN TEÓRICA PRÁCTICA

En el presente apartado se propone la articulación teórica práctica de la experiencia correspondiente a las Prácticas Pre-profesionales Supervisadas, llevada a cabo durante 7 meses (año 2025) en un Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad

de Córdoba. Para su análisis, se organizan tres categorías en función de los objetivos específicos de sistematización planteados.

La construcción de dichas categorías se apoya específicamente en los registros llevados a cabo. Asimismo, se emplean iniciales con el fin de preservar la identidad de los consultantes. Respeto a las intervenciones que han realizado los profesionales que acompañaron mi práctica a modo genérico denominará ahora como profesional “T”.

9.2.1 INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO SANITARIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

A lo largo de mi experiencia durante las prácticas, uno de los objetivos principales que me propuse para realizar este escrito, es sobre las intervenciones que corresponden al quehacer del psicólogo sanitario. En este caso en particular, en un centro de atención primaria de salud municipal.

Para comenzar, el ejercicio del psicólogo sanitario según Catalayud (2009), se sostiene en un amplio modelo de actividades, que incluyen acciones para promover salud y prevenir enfermedades. A su vez, entendiendo que el bienestar psicológico se construye colectivamente, sus competencias profesionales deberían responder contextos individuales, grupales y comunitarios desde un enfoque en APS.

Asimismo, teniendo en cuenta a la APS como una estrategia integral, una de las características que la componen es la de realizar programas que respondan a las necesidades de cada estructura programática. En relación con lo mencionado anteriormente, una de las actividades que mencionó el profesional “T” era la posibilidad de elaborar un proyecto en lo que respecta a la temática de embarazos adolescentes, ya que son muchos los casos de mujeres que asisten al centro que carecen de conocimientos de reproducción y educación sexual (Registro N° 3, 22/05/25). De esta manera, no solo responde a una problemática identificada en el círculo programático que corresponde al

centro de salud, sino que también se evidencia como las competencias mencionadas por el autor se materializan en prácticas concretas de prevención a partir de proyectos.

Por otra parte, las intervenciones del psicólogo sanitario en APS están relacionadas con la capacidad de trabajar cooperativamente de manera interdisciplinar con miembros del equipo sanitario y otros profesionales. Uno de los relatos que dan cuenta del trabajo interdisciplinar en el centro de salud, es el de un diálogo de “T” con una señora policonsultante. Ese día, una de las doctoras realizaba mediciones de riesgo cardiológico en la sala de espera, por lo que mi referente invitaba a todos los que estaban esperando por ser atendidos, a que se lo administren.

“T”: Me parece que hay que dejarse cuidar también por los que están cerca tuyo, hoy no te querías hacer eso (ella coincide). Acá tenes la posibilidad de atenderte todos los días, cuando en otros lugares tardan semanas en darte turnos, aprovecha (Registro N° 38, 1/10/25)

Reflejando así, en el extracto presentado, la materialización del trabajo interdisciplinario donde en un contexto de sala de espera, diversos profesionales promueven activamente que los usuarios accedan a dicha práctica, que favorecen de manera integral a acciones preventivas.

A su vez, Sirera (2008) plantea que el trabajo en equipo de diferentes disciplinas que integran una institución proporciona una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. De esta manera, se puede inferir lo mencionado anteriormente en una conversación de una consultante con “T”,

hay cosas que pueden ser hormonales, un chequeo integral y si es necesario una medicación alopática, está bueno tenerlo en cuenta. Te escucho con angustia, sin embargo, no escucho nada de la urgencia subjetiva de “no quiero vivir más”. Suelo esperar más tiempo para derivar con psiquiatría, vos si estás de acuerdo, esperamos unas sesiones más (Registro N° 19, 30/07/25).

Es decir, el registro permite observar de manera concreta como la perspectiva biopsicosocial y el trabajo interdisciplinario se integra en la toma de decisiones. Se evidencia la consideración de la dimensión biológica ante la angustia que manifestaba la

paciente, además, la apertura de otras disciplinas a la intervención según las necesidades específicas del caso.

En este sentido, en su investigación Trujillo et al. (2023) plantean como parte del trabajo interdisciplinar a través de la coordinación entre distintas disciplinas, explorar soluciones, intercambiar técnicas y saberes para un objetivo en común. A modo articulador con mis prácticas, lo pude vislumbrar en varias ocasiones, por ejemplo, una mañana una profesional de la institución le comenta a “T” que ese día iba a asistir una chica que había sido derivada por ella, comentó que tenía consumo problemático de sustancias y conductas adictivas en general. Luego, en el consultorio antes de que llegue la paciente, leyeron juntas la historia clínica. (Registro 42, 21/10/25) Lo que da cuenta del compromiso interdisciplinar por parte de las profesionales para crear en conjunto un plan de tratamiento integral. Además, se advierte, en palabras de Stolkiner (2005) un posicionamiento que reconoce la incompletud de las herramientas de cada disciplina.

De igual manera, Sirera (2008) citando al Ministerio de Sanidad (2006) plantea que, en muchos servicios brindados desde este nivel de atención es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para llevar a cabo una atención más efectiva y de mayor calidad. En relación con esto, “T” se comunica con cualquier profesional que considere necesario para la ayuda o resolución de conflictos que pueda estar padeciendo alguno de sus consultantes, por ejemplo, ante el caso de una madre que tenía inconvenientes con las visitas a su hija, “T” dice: “voy a tratar de comunicarme con la Doc, con tu autorización” Después de que se retira, llama a la abogada del caso. (Registro N° 39, 07/10/25). Ante la no respuesta de la misma, la semana siguiente insiste, ““T” elabora una nota para la abogada “me gustaría conversar con ella, para entender un poco más... acompañar de manera conjunta”. (Registro N° 40, 15/10/25). En los anteriores extractos, el profesional “T” no interviene de manera aislada, sino que recurre a establecer una comunicación (en este caso, la abogada) para abordar integralmente la situación de la consultante, evidenciando una práctica alineada con el enfoque interdisciplinario.

Por otro lado, Garzaniti (2019) plantea en relación con el trabajo interdisciplinario en APS generalmente se realiza a través de interconsultas, denominadas “interdisciplina de baja intensidad”. Durante mis prácticas, pude presenciar esta dinámica en reiteradas

ocasiones, en charlas entre pasillos, cocina o cualquier espacio de paso en que se cruzaban con otro profesional, por ejemplo,

Luego en la cocina uno de los profesionales conversó con “T” por el caso de un bebé que está desnutrido, su mamá no lo alimenta bien. La mamá había sido paciente de “T”, ella se enojó un poco con la situación demostrando preocupación por el bebé y sabiendo que se podía haber prevenido (Registro N° 39, 07/10/25).

El autor menciona que no suele ser lo más recomendado, pero es el abordaje que más se realiza. Generalmente sucede así porque son cuestiones que se tratan de resolver en el mismo día o a la brevedad y aprovechan cualquier encuentro para poder comunicarlo.

Siguiendo con las intervenciones del psicólogo sanitario, nos encontramos con la intersectorialidad como parte del modelo de trabajo en APS. La misma, implica la relación entre diferentes sectores, tanto públicos como privados, en este caso el sector salud y otro sector (trabajo, educación, estado). Los autores, Ferrer y Morejon (2021) plantean a la intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de la comunidad, buscando a través de acciones específicas a abordar problemas vinculados a la salud, bienestar y calidad de vida.

En relación con mi experiencia, el centro de salud y en particular “T”, interviene desde un enfoque intersectorial, con escuelas, fundaciones, hospitales, programas municipales, entre otros. Ejemplificando,

“T” llama a “N” que la sala de espera. Es referente barrial y suelen realizar eventos o campañas en conjunto con el centro de salud. Comienzan hablando acerca de los talleres (apoyo escolar, arte, taller de juegos, entre otros) que se realizan en el barrio, que tienen buena convocatoria (Registro N° 12, 26/06/25).

Otra situación que hace referencia a lo mencionado tuvo lugar cuando:

Asiste una menor de 14 años, por la cual habían solicitado turno varios meses antes diversas veces y nunca asistieron. Esta última solicitud había sido pedida por una trabajadora social de su colegio, quien demostraba preocupación por la misma. “T” dice “Este es el equipo que tenemos entre la escuela, la familia

y el centro de salud, lo aprovechemos” “hay que acompañar y sostener, con el ritmo que ella marque, pero estar” (Registro 41, 16/10/25).

Por lo tanto, en los dos extractos mencionados (aunque diferentes) se puede percibir una articulación activa entre diversas instituciones del círculo programático que comprende el centro de salud, posibilitando una lectura más integral de las situaciones y/o problemáticas vinculadas al bienestar y calidad de vida que influyen de manera social o individual. Destacando así, la importancia de la existencia de redes para sostener intervenciones integrales y centradas en las personas.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es importante destacar, que la práctica del psicólogo sanitario debe sostenerse en el enfoque de derechos sustentado en principios y estándares de derechos humanos. Según Abramovich (2006) este enfoque es relevante ya que es un marco conceptual aceptado socialmente y a su vez, sitúa a la persona como sujeto activo de sus derechos, superando la visión asistencialista. En relación con el trabajo del psicólogo sanitario desde un enfoque de derechos, significa situar a los derechos humanos como eje central de todas sus intervenciones, individuales, grupales, comunitarias, interdisciplinarias e intersectoriales. Implica actuar con un marco ético legal que prioriza la dignidad, no discriminación, participación y acceso a la información.

De este modo, durante mi experiencia acompañando a “T” como observadora en consultas individuales pude reconocer en ciertas ocasiones, indicaciones que ella brindaba basadas desde una perspectiva de enfoque de derechos. Por ejemplo,

(en una entrevista con una mamá) es su obligación y su derecho, los niños tienen que ir a clase, sino lo hacen yo tengo que activar el SPD, si una niña no se quiere quedar en el colegio, hay que adaptar para que ella y cualquier niño pueda asistir. Los niños tienen derecho a que los despeguen de su madre, porque eso los lanza al mundo. (Registro 7, 05/06/25).

De esta manera, se puede divisar mediante este diálogo, como su intervención es basada en un enfoque de derechos. Es ese caso, reconociendo obligaciones y derechos de la menor (acceso a la educación), como también inclusión y no discriminación (“hay que adaptar para que ella y cualquier niño pueda asistir”). Además, activar posibles intervenciones intersectoriales (SPD) y entendimiento del desarrollo autónomo de la niña.

Continuando con otro caso, una señora que asistió al centro de salud por IVE y se encontraba con mucha angustia, “T” dice

nosotros las personas que acompañamos, que estamos en salud, entendemos lo difícil que es para la economía, para la vida, para las decisiones, criar algo cuando no estaba en tus planes. Por eso es un derecho, por eso el estado lo avala como tal y es legal. No tiene ningún juicio de valor (Registro N° 22, 07/08/25)

Se infiere de este extracto, como “T” además de ofrecerle contención emocional, acompaña la decisión que la consultante había tomado sin realizar juicios de valor, centradas en derechos, “es un derecho... el estado lo avala como tal y es legal”.

Por otro lado, en el marco de APS, las intervenciones del psicólogo sanitario adquieren relevancia central al orientarse hacia un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad. Desde esta perspectiva, sus intervenciones incluyen acciones individuales, prevención de problemáticas psicosociales, trabajo en comunidad y articulación con otros profesionales e instituciones. De este modo, en el entramado de sus prácticas, el secreto profesional constituye un pilar ético fundamental que atraviesa todas las intervenciones. El código de ética (FePRa, 2013), en su Art 2, refiere al secreto profesional de la siguiente manera:

Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, y resguarda los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño (p.6)

Por otro lado, en el inciso 2.5 del Art 2, se expone:

Cuando los psicólogos comparten información confidencial como resultado del trabajo en equipo, supervisiones o bien por las características de la

Institución en que se desempeñan, la obligación de guardar secreto se extiende a todos los profesionales participantes (p.6)

De manera que, a lo largo de mi experiencia tanto “T” como yo tuvimos que aclararle este principio a cada consultante que asistía, sobre todo a personas que son recurrentes del centro de salud y notaban mi presencia. Para ejemplificar, “llego “M”, una señora que es paciente de “T” hace alrededor de dos años. Nos saludamos y ella le comentó que yo las iba a estar acompañando, que se quedara tranquila porque estaba ahí solo para escuchar. (Registro N° 6, 03/06/25). En esa misma consulta, mientras comentaba acerca de lo que le sucedía dice,

- M: angustia, querer golpear (me mira y me dice perdón) Yo le digo que tranqui, que puede hablar lo que sea. “T” refuerza diciendo, “sabemos todas acá que lo que se dice acá queda en estas paredes, vos podés decir lo que quieras” (Registro N° 6, 03/06/25).

De este modo, se puede observar la importancia de que la persona usuaria sea informada previamente sobre mi presencia y otorgue su consentimiento. Asimismo, la psicóloga a cargo es responsable de transmitir esta normativa y yo que me encontraba como observadora estaba igualmente comprometida con este principio, debiendo mantener la confidencialidad de lo escuchado y observado.

En adición a esto, en una consulta de una adolescente derivada por la trabajadora social de su colegio, “T” expresa:

contame lo que quieras, nada de lo que se hable acá lo va a saber ni tu papá, ni su pareja, ni la TS. Se llama secreto profesional, lo único que me preocupa es si hay riesgo de vida, todo lo demás lo hablamos nosotras, Meli también cumple con el secreto profesional. (Registro 41, 16/10/25)

De ahí que, este principio garantiza la confidencialidad de la información brindada por los usuarios, promoviendo un espacio de confianza indispensable para el vínculo. A su vez, en el contexto de APS, donde el trabajo interdisciplinar e intersectorial son parte, el secreto profesional implica un delicado equilibrio entre compartir la información pertinente para favorecer una atención integral y resguardar la intimidad del paciente.

9.2.2 ALCANCES Y LIMITES DEL PSICÓLOGO SANITARIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Durante mi proceso de prácticas unas de las inquietudes que me movilizaban eran acerca de la incidencia del quehacer del profesional psicólogo en atención primaria, qué es lo propio de esta área, que se debería y/o puede hacer y que no, como también, como determinadas acciones del rol se veían obstaculizadas por diversas variables.

Como he mencionado anteriormente, el trabajo del rol del psicólogo con APS es complejo y requiere responder a múltiples demandas. En cuanto a los alcances y según Pérez Ayala (2019) éstos se relacionan con la capacidad para responder a contextos individuales, grupales y comunitarios poniendo acento a la prevención y promoción. Uno de los relatos que dan cuenta del alcance del psicólogo en atención individual, es el siguiente, ante la consulta de una madre sobre el tratamiento de su hijo que estaba manifestando problemas de conductas, “T” firmemente le dice,

no puede no ir a entrenar, esto lo hablamos la primera sesión, yo los puedo acompañar en tratamiento, pero él tiene que ir a entrenar. El fútbol no puede ser un castigo para él, al menos que sea algo muy grave. Ahí se siente bien, se siente valorado, respetado, no hay que sacarle esa posibilidad (Registro N° 10 (17/06/25)).

Dejando entrever la importancia del trabajo en conjunto (entre ellas y con el menor) y el fortalecimiento de redes familiares para promover acciones más saludables. A su vez, este extracto demuestra el alcance que tiene o debería tener una indicación

profesional de un acompañamiento individual que exige ser respetado. En adición a esto, “T” mencionaba a una consultante, “los profesionales esperamos ciertos resultados, sino los vemos es difícil continuar, a lo mejor no es el tratamiento adecuado”. (Registro N° 42, 21/10/25)

Continuando con lo planteado por el autor (2019), entre los alcances del profesional menciona la capacidad de generar acciones en contextos grupales y comunitarios. De modo articulador, durante mis prácticas pude asistir a diversos eventos de esta índole planificados por “T” desde el centro de salud, como, por ejemplo, “fue día de taller en barrio providencia, realizado entre la fundación Runakay y el centro de salud. El taller era sobre “prevención de accidentes en la infancia”, dado por un pediatra y “T””. (Registro N° 35, 23/09/25). Donde se demuestra de forma práctica lo expuesto sobre el autor y, además, el trabajo cooperativo con otros miembros del equipo con énfasis en la prevención y promoción de la salud, propio del trabajo en APS.

Por otro lado, uno de los alcances como herramienta fundamental de la actuación del psicólogo sanitario en APS tiene que ver con la capacidad de realizar derivaciones para garantizar una atención integral y articulada entre los distintos niveles de atención y disciplinas. En concordancia con esto, en el centro de salud se observa de manera regular esta dinámica, por ejemplo, en una consulta de una madre por su hijo, “T” le comenta porque no va a poder ser atendida allí (porque no era del barrio y porque su hijo al tener diagnóstico no corresponde al primer nivel de atención) y deriva a su hijo al centro infanto juvenil (Registro N° 44, 28/10/25). A su vez, en un encuentro con otra consultante aclaró, “yo ya atiendo a mucha gente de tu familia, no la puedo atender, además tu hija tiene una discapacidad, eso ya es segundo nivel de atención... Ella no es paciente del primer nivel, es de otra complejidad” (Registro N° 38, 1/10/25).

Desde esta perspectiva de atención primaria de la salud, las derivaciones no implican desvinculación con los pacientes que asisten o de sus familiares, sino que forman parte de una red de cuidados cuando la situación lo requiere por el nivel de complejidad y/o excede las posibilidades de resolución en el primer nivel de atención.

Además, entre los alcances del rol del psicólogo en APS de manera general, se encuentra la capacidad de responder por la propia institución y apoyar el desarrollo saludable del propio establecimiento (Pérez Ayala, 2019). Generando así un orden frente

a ciertas demandas que lo exceden, por ejemplo, ante la exigencia de una consultante, “T” aclara, “Esta bueno que vos sepas que acá, en atención primaria de salud, hay ciertas cosas que tienen que funcionar a nivel u orden institucional que no tienen que ver conmigo sino con un reglamento interno”. (Registro N° 32, 09/09/25). Como también, a una adolescente que fue derivada por su colegio, “T” indica desde el centro de salud que se reincorpore a clases o sino llamarían al SPD (servicio de protección de los derechos) (Registro N° 7, 05/06/25). Evidenciando de este modo, una práctica situada orientada en la promoción de la salud, el trabajo interdisciplinario y el fortalecimiento de redes.

Sin embargo y continuando con la articulación de este apartado, el rol también se encuentra atravesado por variadas limitaciones. El autor Pérez Ayala (2019) plantea entre ellas, la sobredemanda de atención en el área de salud mental y la baja cantidad de profesionales que hay para cubrir la misma. En el terreno se pudo ver reflejado en un diálogo del profesional “T” con una consultante, “Si vos te vas, tu lugar se ocupa, ¿sabes la cantidad de gente que hay en lista de espera?” (Registro N° 40, 15/10/25). A su vez, en otra consulta “Tenes que venir temprano y sacar turno, lo dan en el día y se ocupan rápido” “además hay que fijarse que no es del orden de la urgencia, es del orden de lo importante” (Registro N° 28, 26/08/25). Dejando vislumbrar en estos testimonios como la organización del servicio (listas de espera, turnos, priorización) operacionaliza la limitación señalada, con consecuencias en la asistencia y continuidad de consultantes como también la carga laboral de profesionales.

Además, otras limitaciones planteadas por el autor son la precariedad con que se concibe la red de derivación, apoyo formal y redes asistenciales de salud. Por ejemplo, en mi toma de notas podemos encontrar citas como, “Algunos de los profesionales del centro de salud no están a favor del aborto, por lo cual es una problemática para las chicas que asisten, el profesional “T desde su lugar trata de derivarlas o que obtengan ayuda”. (Registro N° 3, 22/05/25). Lo cual daría cuenta de la falta de apoyo ante ciertas temáticas recurrentes que surgen en el dispensario. Como también, a una adolescente que había concurrido por ILE, uno de los médicos del centro de salud la derivó con “T” para que le indique como seguir, ante esto, le menciona, “Los profesionales tienen que resolverlo el día que asistis, vos no te podés ir sin respuestas por eso me llama un poco la atención esta derivación, pero para que lo sepas”. (Registro N° 12, 26/06/25). Reflejando así, la falta de protocolos para el trabajo en red y derivaciones dentro de la misma institución.

Asimismo, demuestra dificultades generadas por barreras ideológicas y estructurales, “T”: “acá hay médicos, pero ninguno realiza la práctica que vos necesitás, eso no debería ocurrir, pero te lo cuento porque vas a tener que ir al “Benito Soria””, (Registro N° 22, 07/08/25), generando así que un número variado de obligaciones sean responsabilidad del mismo profesional.

A su vez, otro de los obstáculos planteados por el mencionado autor estaría dados por la precariedad de recursos, de infraestructura, económicos y humanos. En cuanto a la infraestructura, en el centro de salud donde realicé las prácticas, el área de salud mental no cuenta con consultorio propio por lo que muchas de las actividades se tenían que realizar fuera de la institución (si eran grupales) o en consultorios libres por ausentismo del profesional o prestados por el mismo. Ejemplificando, “nos dirigimos al consultorio de “C” (otro profesional) a pedirle permiso para que nos preste el lugar por esa hora ya que es uno de los más amplios del lugar” (Registro N° 8, 12/06/25). Asimismo, dificulta la atención psicológica individual, el profesional “T” había acordado con una de las doctoras que le cediera el consultorio dos días a la semana para poder realizar estas intervenciones; aunque en ocasiones si alguna demanda lo necesitaba, debía restituir el espacio. Lo que daría cuenta de un obstáculo planteado por Parra (2012), el cual estaría relacionado con la falta de igualdad del psicólogo con relación a otras profesiones y la falta de valoración de la salud mental.

En relación con los recursos humanos, Pérez Ayala (2019) indica que existe una sobredemanda de atención en el área de salud mental y baja cantidad de profesionales. Esto se pudo observar durante mi experiencia por las largas listas de espera que habían anotadas en el centro de salud, como también la falta de profesionales psicólogos en los diversos centros de salud en la ciudad. En Córdoba hay alrededor de 100 centros de atención primaria y solo 25 de ellos cuentan con asistencia psicológica. En las capacitaciones que presencie en DAPS en diversas ocasiones daban cuenta de esta limitación, como también de la falta de otros profesionales necesarios como suelen ser los trabajadores sociales.

En concordancia, en una entrevista realizada a una Dra. del centro de salud mencionaba,

No todos los profesionales estamos formados en atención primaria y por otro lado el escaso personal más el escaso lugar físico hace que tengas que atender la demanda espontánea, lo que surge, estamos agarrando la punta del iceberg de todo lo que genera esos determinantes de salud (Registro N° 16, 08/07/25)

De esta manera, en esta cita se puede vislumbrar que además de aludir al escaso recurso humano en este nivel de atención, se pone de manifiesto otro obstáculo mencionado por Parra (2012) en relación con la falta de formación en particular en APS por parte de los profesionales como también la falta de espacios institucionales de formación.

Siguiendo esta línea, entre las limitaciones que delimita el autor indicado anteriormente, menciona la distancia entre un discurso que promueve prácticas basadas en un enfoque de APS y una práctica que no necesariamente puede responder a ese discurso. Además, muchas veces la realización de acciones en APS implican recargar a los profesionales con otras responsabilidades y tareas y no una reorganización de esta, como también, exigencias burocráticas que obstaculizan las actividades en este nivel de atención. Lo hasta acá mencionado en este párrafo, se puede relacionar con el siguiente relato de “T” hacía una paciente que le exigía cumplir el horario asignado,

lo que pasa es que esto no es un consultorio privado, surgen cosas emergentes, me manda algo tribunales que tengo que dar un turno sí o sí. Tengo la justicia metida en el medio, son lo que en el territorio se llaman “urgencias”, por orden de mis superiores... no funciona esto como una guardia, pero son cosas que yo tengo que resolver (Registro N° Registro N° 32, 09/09/25).

Lo que da cuenta, que su trabajo muchas veces no concuerdan con la planificación sanitaria basada en las necesidades del territorio, sino que estas “urgencias” como lo son responder a derivaciones provenientes del ámbito judicial imponen prioridades y a las cuales debe responder.

Por otra parte, continuando con las limitaciones, en la declaración de Alma Ata (1978) sobre atención primaria de salud, se destaca a la accesibilidad como una de las características fundamentales para orientar su práctica. En el primer encuentro que tuve con el profesional “T”, comentó:

uno de los problemas es que el círculo programático de esta zona es muy amplio y por supuesto no pueden abarcarlo, por lo cual redujeron su radio. La zona abarca desde barrios aledaños a Villa Páez hasta Urca aproximadamente, siendo atravesados por puentes y río, lo cual además de las grandes distancias, dificulta la llegada a los asistentes del centro. (Registro N° 1, 14/05/25).

Lo cual, demostraría que este principio mencionado se encuentra obstaculizado por una mala disposición geográfica, dejando a una parte de la población sin el acceso a los servicios de salud en este nivel.

9.2.3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN UTILIZADAS PARA PROMOVER Y POTENCIAR LA SALUD MENTAL DE LOS USUARIOS.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, me parece importante destacar en este apartado algunas de las estrategias de intervención utilizadas por el profesional “T” durante las prácticas, buscando promover y potenciar la salud mental de los consultantes. En este sentido, en el marco de APS, la promoción y el fortalecimiento de la salud mental constituyen ejes fundamentales de la práctica del psicólogo sanitario.

Desde una perspectiva integral, las intervenciones no se limitan al abordaje de la enfermedad, sino de generar acciones preventivas como también potenciar recursos individuales, vinculares y sociales de los usuarios, favoreciendo su bienestar y calidad de vida.

Por lo tanto, las estrategias de intervención utilizadas por los psicólogos en APS no están claramente tipificadas ni estandarizadas, sino que son múltiples y adquieren un carácter diverso según su implementación, respondiendo a las particularidades de cada situación. Incluyendo tanto, dispositivos individuales como lo son los acompañamientos y la clínica situada, talleres grupales y trabajos en red. Buscando a través de estas, promover la participación activa de los usuarios en sus propios procesos de salud y acompañar para generar cambios en los sujetos y contextos de vida.

De esta manera, Rydel et al. (2021) plantean que las estrategias de intervención que se utilicen dependerán del perfil del profesional, de la institución, del equipo y de las realidades y problemas que atraviesan el barrio del cual forma parte como agentes de salud. Además, constan de un carácter “inacabado” y flexible, habilitando la adaptación permanente adecuándolas a lo que el contexto demande.

9.2.3.1. El dispositivo taller como estrategia de intervención utilizadas para promover salud.

Para comenzar con las estrategias de intervención utilizadas, tal como plantea Ander- Egg (1991), el taller configura un espacio de producción conjunta donde el aprendizaje se construye a partir del trabajo con los otros del grupo. Esto, se pudo observar en propuestas como el taller con las adultas mayores acerca de “prevención de caídas” (Registro N° 5, 29/05/25) y una actividad orientada al fortalecimiento muscular que fue planteada de la siguiente manera,

este día se trabajaría en ideas para una rutina de cómo fortalecer los músculos para el día a día, para poder abrir los frascos, agarrar cosas, etc. ya que como menciona “T” “estar quietas entumece el cuerpo”. Les acerca las banditas y mancuernas que había traído, aclarando que no es necesario contar con ellas, sino

que también los ejercicios se pueden hacer con botellas de agua, harina, azúcar, cancanes viejos, entre otros. “T” expone “los movimientos las van a ayudar a que tengan un cuerpo con mayor disposición” (Registro N° 8, 12/06/25).

Donde no solo se brindó información teórica, sino que las concurrentes participaron mediante la práctica de diversos movimientos con los elementos brindados. Para luego, poder realizarlo en sus vidas cotidianas, posicionándose como agentes activas en el cuidado de su salud. Se evidencia así, una fuerte impronta de promoción de salud al trabajar sobre la autonomía funcional donde el cuerpo es pensado desde sus posibilidades y no solo desde sus limitaciones. A su vez, a través del cuidado prevenir futuras lesiones y “tener un cuerpo con mayor disponibilidad”.

Asimismo, en esta línea del cuidado y trabajo del cuerpo, en otro encuentro posterior, con “T” habíamos planificado trabajar sobre la motricidad fina, aportando así, una mirada integral sobre el cuerpo,

vamos a empezar con la actividad, ya hicimos la de prevención de caídas, también la de actividades físicas, ahora siguiendo con eso, les voy a repartir plastilinas. Vamos a usar las manos hoy, se acuerdan de que trabajamos la motricidad más gruesa, rodilla, codos...ahora vamos a trabajar con la motricidad fina, por ahí si cosen, para pelar, para enhebrar una aguja... Esto sirve también para tener el cuerpo armado (Registro N° 15, 03/07/25)

Mientras realizaban diferentes formas y movimientos que les indicamos, una de las participantes “N”, menciona “Esto hoy me trae recuerdos que no me acordé ni en terapia...” (Registro N° 15, 03/07/25). Haciendo mención a situaciones que le recordaban a cuando era pequeña. Lo que da cuenta de la importancia de, tal como señala Fuks (1995), diversificar las dinámicas para favorecer la creatividad y generar movimientos subjetivos cargados de sentidos, tal como expresa “N”.

De este modo, la actividad propuesta no solo apunta a un objetivo físico, sino que también habilita la posibilidad de rememorar a través de la emergencia de asociaciones significativas, potenciando así, en términos de Fernández Moreno (2024), su poder terapéutico. A su vez, este taller permite el diálogo, el intercambio entre pares,

fortaleciendo el lazo social como factor protector. Por otro lado, integrar los “movimientos gruesos con los finos” da cuenta de una concepción del cuerpo como unidad integrada, promoviendo mayor conciencia corporal y de la posibilidad de sostener en esta etapa de la vida la autonomía para las actividades de la cotidianidad.

Continuando con lo formulado por Fernández Moreno (2024), refiere que el grupo como dispositivo actúa como elemento motivador, permitiendo a las personas exteriorizar en un contexto sin prejuicios y de respeto. Con relación a esto, una mañana de taller coincidió con el “día del cuarteto”, por lo que la actividad de ese encuentro fue planificada vinculada al mismo, “T” puso música de los primeros años del cuarteto y se pusieron a bailar con “F”. Luego, nos sentamos todas y comenzaron a charlar acerca de esa época y su juventud. (Registro N° 7, 05/06/25). Así pues, situaciones como el momento de baile, en el cual rieron y evocaron su juventud demuestra de manera práctica lo planteado por la autora, también, refleja una construcción de sentido compartido fortaleciendo la identidad grupal a través de una circulación de la palabra más horizontal.

De esta manera, entendiendo a los dispositivos taller como estrategia de intervención, en muchas ocasiones trascienden las actividades de manera grupal institucional hacia intervenciones vinculares y/o comunitarias, inscribiendo una red de prácticas que promueven la inclusión y autonomía de las participantes. Una de ellas se puede entrever en acciones como, ante una consultante que perdió la visión y no se animaba a circular sola, “como todos los jueves, fuimos a buscar a “J” a su casa para que venga al taller” (Registro N° 26, 21/08/25) garantizando así su asistencia y demostrando un trabajo activo sobre accesibilidad, buscando generar condiciones que posibiliten la participación y reducir dificultades que se le presenta. En consonancia con lo mencionado, en el siguiente extracto, ““J” hacia dos semanas que no salía de su casa, desde el último taller que se había realizado, por lo que se sintió contenta con la actividad” (Registro N° 40, 15/10/25) permitiendo a través de estas intervenciones promover salud mediante la integración social, evitando el aislamiento y generando una participación sostenida en el taller donde también encuentra sostén e intercambio grupal.

Asimismo,

En un taller planificado con plantas por el comienzo de la primavera, “T” le dice a “J” (perdió visión) que de a poco se va a ir acostumbrando a su nueva realidad y que se enfoque en las cosas que sí puede hacer que son muchas.

También de compartir con otras personas y dice “las plantas, como las personas, crecen y viven mejor cuando están juntas” (Registro N° 36, 24/09/25).

Se puede vislumbrar como la intervención de “T” estaba dirigida a potenciar o dar luz a ciertos recursos que “J” no estaba pudiendo percibir, resignificando su nueva situación en todo lo que sí puede hacer, favoreciendo así una posición más activa y autónoma. Como también la metáfora, “las plantas, como las personas, crecen y viven mejor cuando están juntas” pone en valor que el encuentro con los otros, no solo acompaña, sino que potencia el bienestar individual, reforzando lo social como componente de salud.

Además, en los talleres de las chicas +60, realizamos algunas caminatas por el barrio y un paseo por el jardín botánico, mencionados en los siguientes recortes;

“T propuso a las chicas +60 realizar una caminata en el parque de la energía renovable, llegaron “N” y “A”, y fuimos a buscar a “J” a su casa. “T” antes de salir les entregó repelente a cada una en nombre del centro de salud y les compartió protector UV (Registro N° 40, 15/10/25).

Otro caso similar sucedió cuando,

En el paseo al jardín botánico con las “chicas +60” fui acompañando a “J” todo el camino, le iba relatando lo que íbamos viendo, las plantas que había, los colores, también la invité a tocar algunas de ellas y a oler, sobre todo la parte de aromáticas. (Registro N° 45, 30/10/25)

De esta manera, en ambos relatos, se evidencia la promoción de la salud en propuestas de actividad física como parte de prácticas de cuidado y de bienestar. A su vez, eran recreativas planteadas en un contexto grupal, por lo que permitían conectar con el disfrute, el contacto con las pares y con el entorno; demostrado así también en la estimulación sensorial en el ejemplo de “J” para que de manera inclusiva pueda ser parte de la experiencia. Por otro lado, la entrega de repelente y protector solar da cuenta de acciones concretas de prevención y cuidado, promoviendo hábitos que disminuyen riesgos.

9.2.3.2. Acompañamientos individuales como estrategias de intervención de promoción de salud en usuarios del centro de salud.

Siguiendo con las estrategias de intervención, nos encontramos con la que más se destaca en APS según Parra (2012), y es la vinculada con la atención individual. La autora destaca que es la modalidad privilegiada de intervención por parte de los profesionales, aunque enmarcada en este nivel de atención adquiere una complejidad que excede el modelo tradicional, integrando dimensiones de promoción, prevención y asistencia desde un enfoque situado.

En primer lugar, durante mi experiencia en el centro de salud, a través de diálogos con el profesional “T” y parte del personal, pude dar cuenta de lo planteado por Tizon (2000) y Fernandez Moreno (2024) respecto al aumento de la demanda en salud mental y del incremento en el interés de esta en un nivel social general, lo cual, por cercanía y accesibilidad, acuden a los centros de salud para ser asistidos por profesionales psicólogos. En este sentido, la práctica observada confirma que el espacio individual en APS se constituye como parte de la entrada al sistema de salud.

En relación con fragmentos de mi toma de nota, se observan diversas intervenciones enfocadas en promoción de salud, por un lado, en el siguiente donde “T” expresa,

Pero los humanos no nos conformamos con solamente estar vivos... los humanos nos conformamos con sentirnos más alegres, con tener alguna cosita linda en la casa, con comer algo rico, con que nos den un abrazo (M asiente y llora) ... digo estar vivo es la base de todo, pero no es el techo y para vos que siempre has sido amorosa, hablas con tu amiga la vecina... para vos no es suficiente (Registro 6, 03/06/25)

Ante la angustia de la consultante, se entiende una intervención orientada a resignificar su concepto de salud, otorgando una mirada más abarcativa e integral. Teniendo en cuenta valores como la alegría, los vínculos, pequeñas cosas materiales y los afectos como parte del bienestar subjetivo y que hacen a la salud individual.

Por otro lado, en el sucesivo relato de “T” hacia una paciente que asistió a la consulta por derivación de la médica del centro de salud, por preocupación de síntomas biológicos pero relacionado adicciones,

Me parece que tenemos dos procesos en este momento, lo que se va dando de manera subjetiva y lo que está pasando de manera biológica/orgánica en tu cuerpo y no porque sean cosas separadas, entiendo que el cuerpo es una cosa más integrada (Registro N° 6, 03/06/25)

Como también en el siguiente, citando a “T”,

A vos lo que te importa de tu salud es la parte de no sentir tanto el peso de la depresión, pero la depresión no es algo que viene como cae la manzana del árbol, es algo que tiene que ver con la integralidad de la salud (Registro N° 38, 1/10/25).

Se puede observar en ambos, el enfoque biopsicosocial propio de la APS en la articulación de las dimensiones subjetivas con las biológicas. Promoviendo un abordaje que contemplan la complejidad de los procesos salud-enfermedad y una perspectiva integral de la salud (Castellanos, 1990).

Asimismo, tal como señala Rydel et al (2021), la consulta psicológica en APS responde a un encuadre flexible, los tiempos suelen ser más acotados y se incluyen procesos de entrevista y resolución, intervenciones breves, orientación, seguimiento y derivación. Esto se puede reflejar en preguntas realizadas por “T”, tal como “¿Qué puntitos de esto se puede tocar para acomodar algo de lo que pasa ahí en ese malestar?” (Registro N° 6, 03/06/25), que tienen un carácter orientador para también poder generar algún cambio con eso que le aqueja. Además, se puede ejemplificar con otra indicación concreta hacia un consultante menor, “vos no te vas a poner a pelear si después tenes que tener el cuerpo divino para jugar a la pelota, ¿no? (Registro 6, 03/06/25) articulando y

promoviendo hábitos de autocuidado con intereses personales y la posibilidad de crear otro modo de resolución de conflictos, evitando poner en riesgo su bienestar.

También en esta línea, la intervención de “T” hacia una adolescente que juega al fútbol y se tenía que operar, pero no lo hizo,

habría que hacerse ver... o ¿no? sobre todo porque es tanpreciado el fútbol en tu vida, ver como tenes eso... si quieres te derivo al doctor y averiguas”

(Registro N° 19, 30/07/25).

En la cual, además de fomentar el cuidado por el cuerpo, se puede apreciar la articulación interdisciplinar y trabajo en red con otros profesionales a partir de sugerirle la derivación con el doctor, propio de las intervenciones en APS.

Siguiendo con lo planteado con los autores previamente mencionado y en articulación, a una mamá que consulta por su hija, a “T” le llama la atención porque había visto en la sala de espera a “M” (niña pequeña) con el celular, le indica que no lo use, que es chica y se tiene que estimular jugando, que haga algún deporte, “estamos en un periodo de desarrollo super importante”. (Registro N° 7, 05/06/25). Esto también se relaciona con otra consulta similar en donde “T” responde:

(dirigiéndose a una mamá que consulta por su hijo de 4 años): ¿qué te parece que tu hijo use tantas horas de pantalla al día? vos sos el adulto responsable, las pantallas están casi prohibidas a esa edad. Te dejo la indicación de que veas que puede hacer el, una actividad más física, que lo haga poner ir al cuerpo con otros y toda la preparación para eso... otra propuesta (Registro N ° 19, 30/07/25)

Donde, a través de esas intervenciones e indicaciones, se pone en evidencia la promoción del desarrollo integral mediante la orientación a las adultas sobre prácticas de crianza y también informando del riesgo del exceso de pantallas en infancias, promoviendo así un entorno más saludable para el crecimiento a través de la actividad física, lúdica/ recreativa o de encuentros con los otros.

Además, Rydel et al. (2021) plantean que las intervenciones en los acompañamientos individuales en APS, pretende centrarse en los aspectos sanos y en las potencialidades de los sujetos, teniendo en cuenta al entorno como parte de ello. En relación con los registros, se observa esto en diversas situaciones, como, por ejemplo, “le

pregunta si tiene amigas y alguien en que confiar” (Registro N° 10, 17/10/25) promoviendo el fortalecimiento de redes vinculares y sociales, especialmente en situaciones de aislamiento o tristeza como era el caso de esa chica porque se autolesionaba. De igual forma, en otros casos diferentes, “T” dice “te puedo atender el miércoles a las 7 y después te vas al cole, ¿te parece?” (Registro 6, 03/06/25); “T” retoma el tema del colegio, “estaría bueno que lo termines porque te queda poco” (Registro N° 17, 23/07/25), ejemplificando así mediante estas citas, la importancia del entorno y en fortalecer aspectos sanos de quienes consultan, como también el acompañamiento e incentivo en proyectos vitales y trayectorias importantes, como es asistir y finalizar la etapa escolar.

De otra manera, en consonancia con lo planteado por De la Parra (2019), en el contexto de atención psicológica en APS como estrategia individual, es fundamental poner en práctica la “indicación adaptativa”, en tanto las intervenciones van a estar planteadas en relación con las necesidades del paciente, como, por ejemplo, “T” expresó “a mí me parece que lo mejor en este caso es empezar por mejorar algunas cosas de tu salud y después vamos viendo” (Registro N° 46, 06/11/25). A su vez, el autor menciona que implica adaptarse también al contexto del consultante y a sus modelos explicativos de enfermar, orientando así a realizar tratamientos breves. A modo articulador, a una señora que manifiesta estar muy sedentaria y con picos de tristeza, “T” le dice “estar con otras personas me parece necesario y algo del movimiento que te pueda sacar de la cama. Me parece que retomar un poco la actividad física y con otros, esta bueno.” (Registro N° 21, 05/08/25) Reflejando así, como la indicación adaptativa implica considerar recursos accesibles y posibles para la consultante, priorizando acciones concretas, lo cual se vincula con la lógica propia del primer nivel atención de realizar intervenciones breves.

Por último, los registros mencionados previamente permiten identificar la presencia de la clínica situada conceptualizada por López (2024), la cual tiene la particularidad en un centro de salud con ser parte del territorio y conocer la trama que abordan. Según el autor, el profesional cuenta con haber sido participe de procesos que lo vinculan previamente allí donde sucede la vida de la persona, familia. De esta manera, se manifiesta en el dialogo de “T” con una usuaria,

somos varias las que te vamos a acompañar ahora, las doctoras de allá, yo,

“P” (médica del dispensario), vos principalmente estás haciendo cosas para estar

mejor. Yo no te voy a decir que dejes de ver a esta gente, pero a lo mejor vas a reducir algo de eso o tomar otros recaudos. (Registro N° 46, 06/11/25)

Demostrando así, la articulación con otros profesionales a través del trabajo interdisciplinar e intersectorial, como también, tener en consideración la red vincular que frecuente y generar cuestionamientos preventivos para tomar futuros cuidados; también, promover mejoras en aspectos de su salud.

9.2.3.3 El trabajo interdisciplinar e intersectorial como estrategias de intervención para promover salud de los usuarios.

Continuando con este apartado y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, entendemos la importancia del trabajo interdisciplinar e intersectorial como estrategia de intervención en APS para promover salud, permitiendo abordar los procesos salud enfermedad de manera integral. Favoreciendo de esta manera, la creación de intervenciones conjuntas donde se comparten miradas y se planifican acciones coordinadas para un bien común, en este caso, de quienes asisten al centro de salud.

Tal como lo plantea Sirera (2008), la APS se sustenta en el trabajo en equipo desde una mirada multidisciplinar y biopsicosocial. Esto se puede evidenciar en el siguiente extracto, ““T” se comunicó con “P” (profesional del centro de salud) y con quien iba a dar el taller de “prevenciones de caídas” “(Registro N° 5, 29/05/25). A partir del cual, se observa una acción de manera conjunta entre psicología y medicina, orientado no solo a brindar información, sino a través de la prevención, fortalecer, reforzar capacidades y evitar ciertos riesgos de las señoras que asistían al taller.

Siguiendo esta línea, los aportes de Trujillo, Cardenas y Restrepo (2023) permiten comprender la interdisciplina como una estrategia que favorece mejores respuestas a las problemáticas que se presentan, mediante la integración de saberes. En relación con mis prácticas, se pudo observar como “T” trabajaba de manera interdisciplinar e

intersectorialmente según creía necesario para el usuario, como, por ejemplo, “¿hubo algo que te pusiera en peligro en algún momento? ¿Alguien sugirió interconsulta con psiquiatría alguna vez?” (Registro N° 17, 23/07/25). Asimismo, en otro caso, sobre una señora que asistía a la segunda consulta,

“T” me comenta que quería abordar con ella pronto y con más tiempo la problemática con la que había asistido la primera sesión, que tenía que ver con ideaciones suicidas, por lo que también tenía en cuenta la posibilidad de hablar con psiquiatría (Registro N° 14, 01/07/25).

De esta manera, en ambos registros, queda demostrado la posibilidad del trabajo en conjunto con psiquiatría, poniendo énfasis en esta intervención, la detección temprana y el abordaje preventivo ante situaciones de alto riesgo como lo son las ideaciones suicidas. Así también, se promueve un cuidado más abarcativo mediante la articulación con otros profesionales.

Por otro lado, Stolkiner (2005) plantea que trabajar interdisciplinariamente obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. En consonancia a esto, a una usuaria de larga trayectoria en el centro de salud, “T” le plantea:

Hable con el “Dr. O” (psiquiatra), me dijo que es muy difícil trabajar, que lo mejor es pasar tu caso a un hospital, a un segundo nivel de atención. Hay que pensar juntos si está funcionando, yo le dije que vos no tenías ganas de venir, que querías dejar... Los profesionales esperamos ciertos resultados, sino los vemos es difícil continuar, a lo mejor no es el tratamiento adecuado (Registro N° 42, 21/10/25).

Demostrando a partir de esto, que reconoce los límites de su intervención y la necesidad de otros saberes o espacios, cuando de manera conjunta los profesionales se plantean la posibilidad de no continuar con el tratamiento por no ver resultados. A su vez, en este ejemplo se puede vislumbrar la intersectorialidad, a partir de la idea de pasar su caso a otro nivel de atención, como sería un hospital. Por un lado, esto implicaría reconocer los límites profesionales y por otro, los del primer nivel de atención; buscando

así garantizar la continuidad del cuidado como parte de promoción de la salud al facilitar el acceso a los recursos adecuados para esa persona.

Por otra parte, Ferrer y Morejon (2021) en la definición planteada sobre intersectorialidad, exponen a la misma, como una intervención coordinada de instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas a gestionar problemas relacionados con el bienestar y la calidad de vida. Con relación a mis prácticas, lo puedo articular con la siguiente nota de registro,

(“T” a una mamá que fue por su hijo por una derivación del colegio): si acá capaz esta más complicado con la compulsividad que tiene, capaz es más un caso para hospital que lo atiendan de manera integral. A lo mejor tenga que ver otros colegas, psiquiatría infantil, es muy chiquito. Está haciendo un uso muy dañino de su cuerpo... vamos a tener que mandarlo al infanto juvenil (Registro N° 32, 09/09/25).

A partir del cual, se evidencia la articulación con otros sectores, teniendo en cuenta que la consulta se origina como consecuencia de una derivación por parte del colegio del niño, los sectores que quedan involucrados en este caso serian educación, centro de salud y centro infanto juvenil. Asimismo, este abordaje integral permite pensar la promoción de salud desde una perspectiva que contempla la complejidad del sujeto y su contexto, planteando estrategias de cuidado más adecuadas para él. Como también, da cuenta del trabajo interdisciplinar puesto que “T” plantea la necesidad de intervención de psiquiatría infantil.

De igual forma, se puede entrever el trabajo interdisciplinar e intersectorial, en el siguiente ejemplo, “comenzamos a hablar sobre temas que habían abordado la sesión anterior, sobre asistir a “medicina preventiva”, “vas a ir al programa municipal de control de ITS” dice “T”” (Registro N°46, 06/11/25). Desde el cual, se promueve la asistencia a un programa del sector municipal, articulando así con políticas publicas locales donde se muestra una intervención orientada a la educación para la salud, al control y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

10 CONCLUSIONES

A partir de la sistematización realizada sobre la experiencia de prácticas preprofesionales en un Centro de Atención primaria de la Salud de la ciudad de Córdoba, es posible arribar a una serie de conclusiones integradoras vinculadas a los objetivos planteados. Luego, se presentarán reflexiones finales que sustenten lo aprendido.

Desde el primer momento que comencé la experiencia en las prácticas preprofesionales, me surgieron interrogantes en relación con el rol del psicólogo sanitario, tales como, ¿Qué es lo propio de este rol en APS? ¿Cómo debe intervenir? ¿Cuáles son sus intervenciones en APS? ¿Qué diferencias y/o similitudes tienen los acompañamientos individuales en este contexto con el modelo clínico? ¿Cómo se trabaja desde promoción de la salud?, entre otras. A partir de ello, el objetivo general consistió en analizar las intervenciones del psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de salud. Para responder a este objetivo, fue necesario elaborar tres objetivos específicos.

Como primer objetivo específico, se buscó describir las intervenciones del psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de la salud. A partir de ello, pude dar cuenta que el rol del psicólogo sanitario en este marco se caracteriza por su complejidad, por la amplitud a responder a múltiples demandas y por su carácter integral, que abarcan acciones de prevención y promoción de salud. Aunque las intervenciones que se realizan mayormente son en relación con el trabajo individual, su accionar comprende también contextos grupales y comunitarios. Esto se evidenció en la diversidad de prácticas observadas, tales como la elaboración de proyectos preventivos, las propuestas de actividades en sala de espera y los talleres llevados a cabo, tanto en la institución, como en una fundación del barrio.

En segundo lugar, el trabajo interdisciplinario e intersectorial emerge como eje central en la práctica del psicólogo en APS. A lo largo de la experiencia, pude observar una constante articulación con médicos del propio centro de salud y de otras instituciones, también el accionar conjunto con trabajadores sociales, referentes barriales, establecimientos educativos, proyectos municipales e instituciones de otro nivel de atención. Sin embargo, muchas de estas articulaciones se dan de manera informal o de “baja intensidad”, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer dispositivos

institucionales para la interacción cooperativa. A partir de esto, pude advertir que esta modalidad de trabajo permite abordar las problemáticas desde una perspectiva biopsicosocial, favoreciendo intervenciones más integrales y ajustadas a las necesidades de los usuarios que asisten.

En tercer término, todas las intervenciones del psicólogo sanitario deben sostenerse en el enfoque de derechos, el cual orienta la práctica hacia el reconocimiento de los usuarios como sujetos activos de sus derechos, promoviendo su autonomía, dignidad y acceso a la salud. Durante mi experiencia pude apreciar como este enfoque se materializó en intervenciones concretas donde se priorizó la no discriminación, el acompañamiento sin juicios de valor, la garantía de acceso a derechos (educación, salud sexual y reproductiva, entre otros) y la activación de redes cuando era necesario. Además, las intervenciones están atravesadas por la confidencialidad y secreto profesional, resguardando la intimidad de los consultantes.

Con respecto al segundo objetivo específico, el cual se basó en delimitar los alcances y límites del psicólogo sanitario en un centro de atención primaria de salud, se pudo dar cuenta que los alcances del rol del psicólogo poseen una capacidad de incidencia en distintos niveles: individual, grupal, comunitario e institucional. Dentro de las cuales se incluyen, poder acompañar procesos subjetivos, generar espacios grupales, promover hábitos saludables y realizar derivaciones, entre otros.

Sin embargo, se pudo demostrar que estos alcances se ven tensionados por diversos límites estructurales e institucionales, tales como la sobredemanda en salud mental, la falta de recursos materiales y de infraestructura, la escasez de profesionales, la falta de conocimiento o de capacitaciones basadas en el trabajo en APS, la debilidad en las redes de derivación y ciertas barreras ideológicas entorno a ciertas demandas que se presentan en el centro de salud. Además, pude dar cuenta que existe una brecha entre el modelo teórico en APS y su implementación práctica, ya que muchas veces las obligaciones institucionales condicionan el accionar profesional, dificultando el desarrollo pleno de intervenciones planificadas y se centren la atención en demandas espontáneas. A su vez, se demostró la imposibilidad de cumplir con una de las características fundamentales en la atención primaria de salud, que es la accesibilidad.

En cuanto al tercer y último objetivo específico, se pudieron identificar las estrategias de intervención que se utilizaron para promover y potenciar salud mental de

los usuarios, a través de las cuales se pudo demostrar que no se reducen al tratamiento de la enfermedad, sino que apuntan a fortalecer recursos subjetivos, vinculares, institucionales y grupales. Por otro lado, pude dar cuenta que las estrategias poseen un carácter flexible, situado y creativo, adaptándose a las particularidades de cada situación.

Asimismo, destacué tres grandes modalidades de estrategias de intervención: los dispositivos taller, los acompañamientos individuales y el trabajo interdisciplinar e intersectorial. En relación con los talleres, se reflejaron como espacios de producción colectiva, fortalecimiento de lazos sociales, construcción y mantención de hábitos saludables, evidenciando así un fuerte potencial preventivo con énfasis en la promoción de la salud.

Por otro lado, los acompañamientos individuales, se utiliza como estrategia más frecuente, aunque adquieren características propias en APS, como la brevedad, el enfoque biopsicosocial, la realización de intervenciones orientadoras y situadas, el trabajo sobre recursos con énfasis en las potencialidades de los sujetos y la promoción de hábitos saludables, redes vinculares y proyectos vitales. Se concluye, además, que el quehacer del psicólogo sanitario en APS se inscribe en lo que se denomina “clínica situada”, la cual demuestra que las intervenciones en ocasiones están ligadas al territorio, a las redes y a las condiciones de vida de los usuarios.

Por último, el trabajo interdisciplinar e intersectorial se encuentra como una estrategia fundamental para garantizar abordajes integrales. Permitiendo, la articulación de saberes, el abordaje de problemáticas complejas, el reconocimiento de los límites del primer nivel de atención, el cual favorece a derivaciones oportunas y a la continuidad del cuidado mediante esta conexión de sectores.

En este sentido, la sistematización no solo permitió ordenar y conceptualizar la práctica realizada, sino también resignificar el lugar del profesional dentro de un sistema de salud complejo, con múltiples obstáculos, reconociendo la importancia de generar intervenciones que promuevan salud, accesibilidad, enfocadas en el bienestar de las personas teniendo en cuenta la singularidad de cada sujeto.

Entre otras cosas, me parece importante destacar, el desarrollo del presente trabajo implicó una revisión exhaustiva del material teórico disponible, lo que me permitió evidenciar la escasez de producciones en torno al rol del psicólogo sanitario en el contexto de la atención primaria de la salud y sus modos de intervenir. Esta limitación teórica no

solo da cuenta de un área aún en construcción dentro del ámbito profesional en el área de salud, sino que también pone de manifiesto la necesidad de continuar profundizando sobre la generación de conocimiento que contribuya a consolidar las prácticas del psicólogo sanitario en APS.

Por otro lado, el haber transitado las prácticas en un Centro de Salud municipal, permitió visibilizar la complejidad inherente a estos espacios, donde generalmente se configuran escenarios de intervención dinámicos, diversos y muchas veces, impredecibles. En este contexto, lejos de pensarse como un obstáculo, la incertidumbre se constituyó como condición al trabajo en salud, que requirió sostener una posición flexible y abierta, con capacidad de adaptarse a las particularidades de los acontecimientos.

Finalmente, lo vivenciado en esta experiencia me permitió reconocer y poner en práctica lo aprendido teóricamente a lo largo de la carrera, como también posibilitó la apertura a nuevos conocimientos e interrogantes. A su vez, implicó dar cuenta de nuevas aristas del rol del psicólogo, en particular del psicólogo sanitario en atención primaria de la salud específicamente y sus maneras de trabajar, con todo lo que ello implica en un contexto de salud pública. En efecto, este trabajo pretende dejar abierta la posibilidad de seguir profundizando acerca de las intervenciones que se realizan en este ámbito, teniendo en cuenta la prevención y promoción de la salud, propias de APS, como también del territorio donde se desempeñan.

Por todo lo expresado anteriormente, posicionarme en el rol me permitió ser parte de múltiples realidades diversas, lo cual no solo me enriqueció teóricamente, sino que constituyó un espacio de formación clave y acompañará mi ejercicio como futura profesional.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovich (2006) *Una Aproximación al Enfoque de Derechos en las Estrategias y Políticas de Desarrollo de América Latina*. Derechos y Desarrollo en América Latina: Una Reunión de Trabajo” Santiago, Chile Diciembre 9 y 10 del 2004

Ander-Egg, E. (1991). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Magisterio del Río de la Plata

Castellanos, P.L (1990) *Sobre el concepto de salud- enfermedad. descripción y explicación de la situación de salud*. Boletín epidemiológico. Organización panamericana de salud.

Código de Ética Nacional. Federación de Psicólogos de la República Argentina. 30 de noviembre de 2013 (Argentina).

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2023). *Reglamento de especialidades*.
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2023/06/Reglamento-de-Especialidades.pdf

De la Parra, G. (2019) *Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica*. Centro de políticas públicas. Universidad de Chile.

Fernandez Moreno, A. (2024) *El Papel de los psicólogos clínicos en la atención primaria, de los enfermeros y los farmacéuticos en el manejo de la ansiedad*. Atención Primaria Práctica. Madrid, España

- Ferrer Lozano, Y; Morejón, Y. (2021) *Gestión intersectorial, herramienta para la gestión de políticas públicas*. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=107157#>
- Fuks, S. (1995). *El coordinador de talleres: El oficio de armar espacios grupales*. Buenos Aires: Paidós.
- Garzatini, R (2019) *El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: una revisión sistemática*. Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Argentina.
- Grau Abalo, J; Hernandez, E (2005). *Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud
- Giraldo Suárez, G., Rendón Ramírez, L., & Franco Henao, J. D. (2020). Rol del psicólogo en atención primaria en salud: Estado del arte de la APS en el Oriente Antioqueño. Universidad Católica de Oriente.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta Ed.). Mc Grow Hill Education.
- Jara, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. *Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencia*. [Archivo PDF]. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/orientaciones-teorico-practicas-para-lasistematizacion-de-experiencias%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/orientaciones-teorico-practicas-para-lasistematizacion-de-experiencias%20(6).pdf)
- Laurell, A. C. (1987). *La salud-enfermedad como proceso social*. Editorial Siglo XXI.93
- Ley Nacional N° 26.657. (2010, 25 de noviembre). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación

Ley Provincial N° 9.848. (2010, 20 de octubre). Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Lopez, Alfredo. (2024, 22 de octubre). Es tiempo de APS [Discurso principal]. 3° *congreso de salud pública municipal*. Córdoba, Argentina

Marchiori Buss, Pablo (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En “Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias” Czeresnia D y Machado de Freitas (org). Lugar Editorial, Buenos Aires.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de salud. Versión 1. Madrid. Pp 33:37

Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Editorial Paidós.

Organización Mundial de la Salud (s.f). *Promoción de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Alma-Ata*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Parra, M (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*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Pérez Ayala, M. (2019), *Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud*. (1): 85-94

- Rydel, D; Dogmanas, D; Casal, P; Hidalgo, L (2021) *El psicólogo en el primer nivel de atención de salud: desafíos para Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* - 12(1), 132-158
- Saforcada, E. (2012). *Psicología sanitaria: Historia, fundamentos y perspectivas*. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2).
- Stolkiner, A (2005). *Interdisciplina y salud mental*. IX Jornadas nacionales de salud mental. Posadas, Argentina.
- Suarez, G; Rendon Ramirez, L; Henao, J (2024) *Rol del psicólogo en atención primaria en salud*. <https://repositorio.uco.edu.co/items/37e8aea8-4cd4-4760-bd53-ff355164de63/full>
- Tizon, J (2000). *La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7679597/pdf/main.pdf>
- Trujillo Hoyos M, Cárdenas Velásquez N, Restrepo Avendaño SL (2022). *Ruta metodológica para prácticas interdisciplinarias integradas en Atención Primaria en Salud*. *Salud UIS*. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/12131/12710>
- Yañez, M (1998) *Atención primaria de la Salud, la Salud mental y el psicólogo*. <https://www.topia.com.ar/articulos/atenci%C3%B3n-primaria-de-la-salud-la-salud-mental-y-el-psic%C3%B3logo>