

V Jornadas de Recursos Humanos en Salud del SNIS

**Eje: La contribución de los RHS a la
calidad de los servicios asistenciales**

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD

Prof. Agdo. Psic. Luis Giménez
Asist. Lic. Psic. Zulema Suárez

Agosto 2017

Proyecto: Intervenciones psicológicas en el segundo nivel de atención en salud de los prestadores privados del sistema nacional integrado de salud (2015)

- Programa Concepciones, Determinantes y Políticas en Salud, del Instituto Psicología de la Salud de la Fac. de Psicología (Udelar).
- Se inscribe en las líneas estratégicas del Programa, poniendo el foco en el estudio del quehacer profesional actual de la Psicología, sus características, límites y desafíos a futuro.
- Integra Investigación y Enseñanza.
- Antecedente inmediato: Proyecto Intervenciones Psicológicas en el Hospital de Clínicas (2014-15)

Fundamentación

Procura generar insumos **conceptuales** que contribuyan a los procesos de **cambio del modelo de atención**, tal como es planteado por la Reforma de Salud en Uruguay, específicamente en lo que respecta a la inserción y el tipo de aportes que desde la **Psicología** es posible hacer.

Proyecto de investigación: Objetivos

Objetivo General: Caracterizar la actividad profesional de los psicólogos que se desempeñan en los segundos niveles de atención en prestadores de salud privados incluidos en el SNIS.

Objetivos específicos:

- 1.Describir las actividades desempeñadas y las diferentes modalidades de intervención.**
- 2.Identificar trayectorias formativas y profesionales de los psicólogos y delimitación del campo de trabajo, así como posibles necesidades formativas.
- 3.Conocer el vínculo institucional y contractual de los psicólogos y sus modos de organización para el trabajo.
- 4.Conocer la valoración que los profesionales realizan de su propio trabajo.

CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN

De la reducción biologicista a la integralidad

De lo monodisciplinar a lo interdisciplinario

De lo sectorial a lo intersectorial.

De la fragmentación a la complementación

De lo curativo a lo preventivo y promocional

De lo hospitalocentrico al énfasis en el primer nivel de atención.

De la “deriva” a la continuidad asistencial

De la pasividad del paciente objeto de prácticas al usuario como
sujeto de derechos

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

“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.” (Morales Calatayud 1997)

Estudio de las dimensiones psicológicas involucradas:

- en la determinación del estado de salud,
- en el riesgo de enfermar,
- en el proceso de enfermar y en su recuperación,
- las dinámicas interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud.

Acciones psicológicas orientadas a:

- promoción de salud,
- prevención de las enfermedades,
- atención a los enfermos y personas con secuelas
- adecuación de los servicios de salud a las necesidades de las personas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Metodología cualitativa

Estudio exploratorio – descriptivo.

- Entrevistas semidirigidas a psicólogos según pauta. Selección de la muestra de acuerdo a criterios de riqueza, representatividad y saturación.
- Análisis de datos y elaboración de informe



Categorías cualitativas

Categorías	Definición
Modalidad de intervención	Concepción y características del abordaje psicológico desarrollado en el prestador privado. Soportes teóricos, metodológicos y técnicos reportados. Relación con otros abordajes disciplinarios y sectoriales.
Formación	Formación del sujeto, a nivel de grado y postgrado, capacitación permanente.
Inserción laboral	Relación formal del sujeto con la organización, vínculos laborales y contractuales, ingreso y evolución laboral.
Vivencia del trabajo	La manera como el sujeto percibe cognitivamente y experimenta emocionalmente su relación con el medio laboral (Prestador privado) y lo que este trabajo significa para él.

ALGUNOS RESULTADOS

- Se realizaron 25 entrevistas
- 7 hombres y 18 mujeres,
- 20 pertenecientes a prestadores con los cuales se acordó el acceso a los entrevistados y 5 a otros prestadores.
- 8 eran funcionarios de los prestadores, 17 tenían contratos

Modalidades de intervención

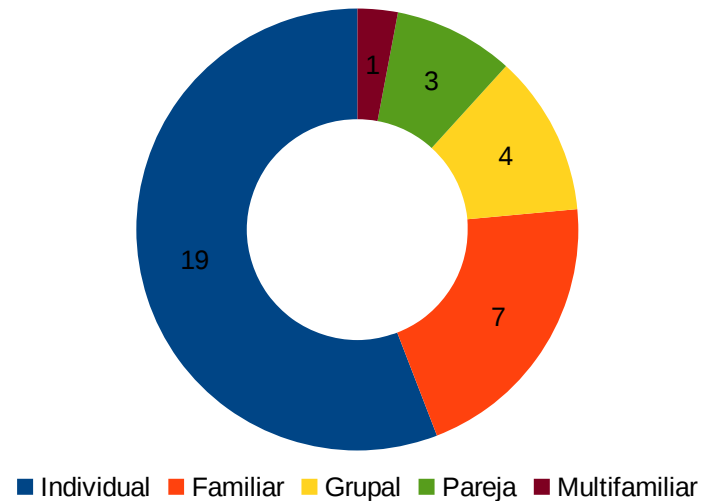
MODALIDAD DE ABORDAJE

Predominan los abordajes individuales (19), seguidos por el familiar (7). Pero el foco no se pone en la familia sino que son intervenciones que apoyan el trabajo con el paciente.

“(...)cuando se hace un abordaje, una invitación a la familia, la idea no es hacer un trabajo psicoterapéutico a nivel familiar ni un taller, la idea es consolidar o generar un apoyo al proceso individual del paciente.”

Los abordajes propiamente grupales son poco mencionados, generalmente vinculados a tratamiento de adicciones.

Psicólogos entrevistados
Modalidades de abordaje mencionadas



MARCO TEÓRICO

La amplia mayoría de los entrevistados refieren tener un único marco conceptual (21 en 25) y refieren al psicoanálisis o teorías afines al mismo. (17 en 25). El dato no resulta nada sorprendente en principio, dada la tradición formativa de la psicología uruguaya.

No hay referencias específicas a la Psicología de la Salud o a la Psicología Sanitaria, existiendo únicamente dos menciones, que suponen aproximaciones específicas de la Psicología en la salud (Psicosomática y Psicología Médica).

MARCO TEÓRICO

Más allá que el número de quienes señalan la posibilidad de utilizar herramientas provenientes de distintos marcos es minoritario, resulta interesante la conjunción de marcos psicoanalíticos con herramientas cognitivo conductuales, a partir de la lectura de las necesidades que presentan algunos pacientes

Es un mix, no es algo predefinido en función de lo que te venga, del paciente vas utilizando diferentes herramientas, (...) o sea a la hora de la intervención y las necesidades en ese momento tenés que utilizar diferentes herramientas, diferentes marcos, utilizas un montón de todo. Soy muy ecléctico en eso, lo que a unos le sirve a otros no y viceversa entonces no tenes más remedio que hacerlo y aparte vas aprendiendo.”

AUTONOMÍA PROFESIONAL

Consenso que cuentan con total autonomía en las intervenciones que realizan: “todas” “total”, “absoluta”, incluso “independencia”.

Valor positivo asociado a libertad para el ejercicio profesional, a confianza en sus capacidades y también la responsabilidad que conlleva.

Para algunos hay dependencia de:

- Cantidad de sesiones definidas por el PPSM.

- Comité de Recepción o con el Psiquiatra que definen la derivación.

“Las decisiones son completamente mías (...) tenemos instancias de ateneos (...) donde podemos llevar los casos que consideremos necesarios, pero en la decisión tengo una autonomía profesional absoluta.”

MOTIVOS DE INTERVENCIÓN

Dificultades para precisar los motivos de consulta y las problemáticas más frecuentes. En algún caso, refieren a la existencia de estadísticas, que saben que se llevan pero no manejan.

La forma de denominar las situaciones también resulta muy general, utilizando denominaciones distintas para, aparentemente, demandas similares.

Fue frecuente, encontrar respuestas que remiten a un recibir “todo” tipo de demandas, en un abanico demasiado amplio y diverso de problemáticas, como para responder de forma concreta.

Agrupando las problemáticas mencionadas, se destacan dos grandes tipos de motivos de intervención.

Distintas formas de depresión, angustia y cuadros de ansiedad, entre los que se mencionan especialmente las crisis de pánico, y los intentos de auto eliminación.

En el caso de niños y adolescentes: trastornos de la conducta y del humor, conflictivas propias de la edad, duelos y dificultades de aprendizaje.

A veces en estrecha relación con los cuadros anteriores o con otros, en tanto problemática subyacente: situaciones de conflictivas vinculares (familiares, interpersonales y de pareja) incluyendo abandonos y violencia doméstica.

OTRAS MENCIONES

Uso problemático de drogas, enfermedades de manifestación predominantemente orgánica (diabetes, cancer, HIV, adhesión a los tratamientos, entre otras). stress laboral (salud y educación), psico patologías graves ("psiquiátricas").

MOTIVOS DE INTERVENCIÓN

La mayoría relaciona las demandas con problemáticas sociales, como expresión de situaciones más extendidas. El problema que aqueja al paciente y lo motiva a consultar, estaría buena parte de las veces, vinculado con situaciones no siempre visibilizadas por los consultantes.

En el caso de niños y adolescentes, se plantea problemáticas que hacen a las dinámicas familiares del presente, los roles adultos, estilos de crianza, las formas de comunicación.

“Los principales motivos de consulta, se podría, haciendo cortes gruesísimos, si, si se podría decir que (son) las dificultades de límites con los niños(...) el que cada uno esté en su lugar, no como que , el desdibujamiento de los lugares y de las funciones parentales, en esta época es un gran tema.(...) Como que las, el motivo de consulta sería como los efectos complicados, jorobados del desdibujamiento de la función parental en muchas familias. Porque generalmente tiene que ver con eso, casi siempre.”

MOTIVOS DE INTERVENCIÓN

“Yo estoy como super asombrada de la cantidad de niños y adolescentes que recibimos en el comité porque fallecieron uno de los padres, porque asesinaron a integrantes de su familia, es una población de nivel socioeconómico bajo, es la población que hace algunos años estaba en salud publica (...) me he quedado de cara, de padres que consultan porque han asesinado a sus hijos y consultan y consultan para... solicitando ayuda para elaborar este duelo que es terrible es muy frecuente (...) Padres con consumo de sustancias, privados de libertad”

Se mencionan nuevas problemáticas a partir de la población que estaría ahora accediendo al mutualismo.

El asombro y la sensación de no estar preparado para enfrentar ciertas complejidades que se presentan en el cruce de múltiples vulnerabilidades, emerge como un desafío para la atención psicológica.

ACCESIBILIDAD

En general, no la ven como una problemática relevante.

En muchos casos remiten al proceso de acceso a la atención psicológica mediatizada por el Comité de recepción o precedida por el médico general o el espacio adolescente.

Proceso sin cuestionamientos, algunos incluso los justifican:

“Digo por algún lado tiene que entrar. O sea no va a venir directo, si se te antoja vas a pedís un diagnostico, (antes) paso por otros lados.”

Algunos destacan barreras económicas:

“Sigue siendo una barrera lo económico, hay gente que no accede hay gente que a veces falta a una sesión porque no tenía para el ómnibus o si llovió no tenían ropa para ponerle al niño porque no se le había secado la ropa”

La insuficiente difusión de los servicios es señalado como un obstáculo.

“Hay falta de información de que existe la prestación en psicología, hay muchos socios que no saben que tienen ese beneficio, que pueden sacarlo más económico”

Otro entrevistado señala barreras administrativas pero las naturaliza:

“Burocráticas como cualquier mutualista pero no lo sé”

ACCESIBILIDAD

No siempre parece comprenderse las distintas dimensiones que supone el concepto de accesibilidad.

El diálogo siguiente, es expresivo de cómo, luego de señalar aspectos que evidentemente hacen a la accesibilidad, el entrevistado no parece identificarlos como parte de la misma.

“P- algunos sí no saben, pero te preguntan cuándo te llaman, “yo nunca fui a un psicólogo ¿qué es lo que tengo que hacer?”

E-¿Le parece que existen barreras para la accesibilidad a la atención psicológica?

P- Ninguna.”

Para otro entrevistado, el acceso a la consulta psicológica es el logro de un derecho:

“(...) yo diría que el 90% de los que llegan al consultorio de otra forma no llegarían sino fuera a través de ésto que si bien capaz que no es todo el tiempo necesario, pero bueno es un paso muy importante que se ha dado. Se le ha dado el derecho a la subjetividad a muchas personas que no la tenían.”

TRABAJO EN EQUIPO

La mitad de los entrevistados ante la pregunta por el trabajo en equipo, respondieron con distintos ejemplos que a su juicio estaría hablando de trabajo en equipo. Sin embargo, los mismos muestran diversidad de situaciones, algunas de ellas claramente distante a la configuración de equipos.



“ (...) el trabajo en equipo sería....hay una chica que estudia psicología o que esta recibida no lo se ...que es la que me hace llegar las derivaciones. Con ella resuelvo todas las situaciones concretas, si el paciente no vino mas, o te va a llamar tal persona, tiene esta dificultad horaria, etc., con ella resuelvo todas esas cosas y funciona excelente, es muy rápida muy práctica, y ella se comunica a su vez con los referentes de ella”

TRABAJO EN EQUIPO

Son frecuentes las coordinaciones, en algunos casos de tipo operativo, en otras formas de derivación o interconsulta. La dinámica de las instituciones y el tipo de contrato de los psicólogos dificulta que se desarrollen formas de trabajo más colectivas, a pesar que los vínculos interpersonales pueden ser adecuados y se generan mecanismos de apoyo mutuo.

“No hay mucho trabajo en equipo, sí hay mucho nivel de interrelacionamiento, hay cierto nivel de interconsulta, de apoyo cuando uno lo requiere, podés plantear tus dudas o pedir una intervención de otros profesionales, o derivar para que lo atienda otra persona o derivar para que le hagan un psicodiagnóstico más profundo, o derivar para que, no se, le hagan un examen psicopedagógico, pero no es un trabajo en equipo donde estén las personas constantemente en contacto.”



TRABAJO EN EQUIPO

Solo en pocos casos se da cuenta de la configuración de equipos estables con funcionamiento regular de reuniones, en temáticas específicas: psicoprofilaxis quirúrgica, en adicciones, en dificultades del aprendizaje, y en IAE.

“Si, tenemos reuniones de equipo que son todos los martes (...) hay un intercambio y si hay alguna situación o algo que no sepas como resolverlo entre nosotros, en Psicología Médica, tenemos el apoyo digamos en ese sentido. Empieza por el médico que ve al paciente y ahí después empiezan las derivaciones, llamar a los especialistas a que vengan acá. (...) Con las psiquiatras tenemos más vinculación que con el resto de los especialistas. Y ahí trabajamos y vemos, hay situaciones que las compartimos, otras que son intervenciones puntuales (...) hay apertura, una escucha bastante importante, acá en el equipo por lo pronto.”



INTERDISCIPLINA

La amplia mayoría plantea que no existe trabajo interdisciplinario, aunque si multidisciplina, e interconsulta. Destacan la apertura y las posibilidades que se abren en contacto con otros.

Describen llamadas telefónicas, mails y encuentros personales (menos frecuentes), a veces fugaces (“nos cruzamos y hablamos”) o en un marco informal (“nos juntamos en un bar”).

Generalmente la interconsulta se da en el marco de la “salud mental”, básicamente con psiquiatría y es menos común con otros especialistas (pediatra, fonoaudiólogo, trabajo social)

Las reuniones regulares resultan poco frecuentes, lo que lleva a que algunos relativicen el caracter interdisciplinario de los abordajes y el funcionamiento como equipo.

INTERDISCIPLINA

Para quienes funcionan como psicólogos externos, las posibilidades de interacción con otros es más difícil, y el trabajo con otros profesionales parece limitarse al contacto telefónico o por correo electrónico, orientado a las coordinaciones mínimas de seguimiento de los casos.

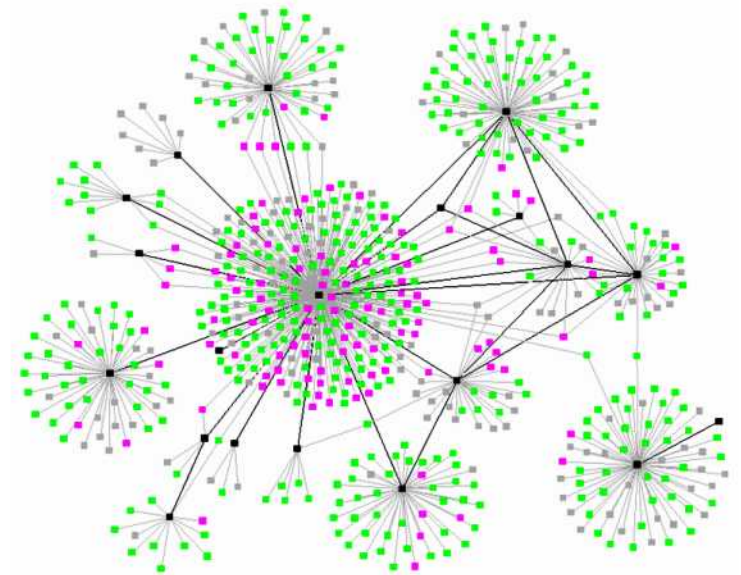
La organización de espacios regulares de intercambio dependen de cada prestador. Los entrevistados de uno de ellos describen reuniones semanales y de otro, bimensuales.

INTERSECTORIALIDAD

La tercera parte de los entrevistados o no menciona esta dimensión del trabajo o reconoce que no se trabaja con esa perspectiva.

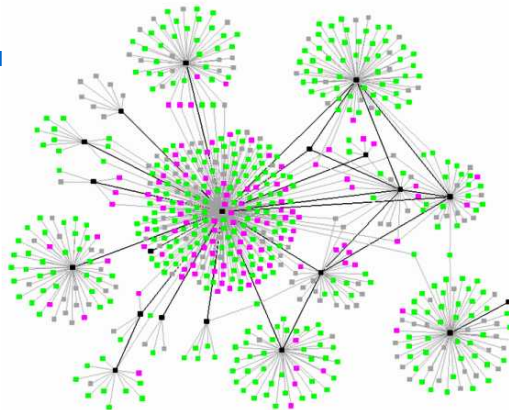
Dentro de los que pueden referir experiencias, es llamativo la reiteración del pronombre “alguno”, expresivo del carácter esporádico, o puntual de los relacionamientos con actores externos al sistema sanitario.

Por ocasiones, la tarea le es adjudicada a otro integrante del equipo.



INTERSECTORIALIDAD

“Algunas veces sí, o sea me he contactado con asistentes sociales, (en lo) educativo yo soy de ir a la escuela a hablar con las maestras, (...) dependiendo de la necesidad del caso, y es parte de la intervención de repente poder ir a la escuela cuando hay muchas dificultades de conducta, sostener desde ahí. (...) Lo más frecuente es (con) el psiquiatra, después lo educativo, y después lo social. En lo social recurrimos más que nada cuando hay una situación crítica, (...) una situación de vulnerabilidad, o es necesario apoyar a la madre que está sola, bueno esas cosas, se recurre a la asistente social de la mutualista.”



INTERSECTORIALIDAD

En varios casos, estos vínculos distan de una intersectorialidad: derivaciones del poder judicial o solicitudes de peritajes. Más cercana al concepto son los vínculos con lo educativo por necesidad de coordinar acciones o recabar información de los pacientes.

En la mejor de las situaciones se trata de coordinaciones o intercambios que no se traducen en estrategias de intervención o seguimiento compartido. Si bien, puede considerarse que estas respuestas evidencian ciertas aperturas que años atrás, podían no ser comunes, el panorama parece bastante alejado de este principio rector del cambio de modelo de atención.

Concluyendo o no ...

CONCLUSIONES PRELIMINARES

1. El marco teórico predominante fue el psicoanalítico
2. Las intervenciones psicológicas en la mayoría de los casos van en continuidad con la lógica del consultorio particular, reproduciendo el modelo clínico típico.
3. Se valora positivamente la autonomía con la que pueden llevar adelante sus tareas.
4. No se evidenciarían prácticas acordes con algunos principios claves en el cambio de modelo de atención: APS, continuidad atención, intersectorialidad.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

6. Ausencias de espacios de intercambio (especialmente en externos) para la conformación de equipos interdisciplinarios
7. Dificultad para especificar las demandas que reciben, así como para pensar las intervenciones psicológicas a la vista de las problemáticas sociales complejas que están en la base de las mismas.
8. Satisfacción en las tareas cumplidas.
9. Temores a pérdida de autonomía profesional, por límites impuestos por la lógica del sistema de atención.

Gracias!