



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: sistematización de experiencias

Un análisis crítico sobre el Proyecto “Reconstruyendo un espacio para niños/as usuarios/as de Salud Mental del Hospital Departamental de Colonia.” ¿Cómo impactó en la mejora de la calidad de atención de los niños/as?

Estudiante: Pamela Castillo Ramírez

C.I: 5.212.799-5

Tutor: Prof. Tit. Luis Gimenez Guralnik

Revisora: Prof. Adj. Julia Perea

Montevideo, 2023

Todos los niños tienen derecho

a ser un niño.

Derecho a tener sus sueños:

sueños de niño.

Y no de adultos pequeños,

sino de niños.

Todos los niños tienen derecho

a ser un niño

¡y yo también!

¡Que canten los niños libres

esta baguala!

(Ruben Rada, 2006)

Índice

1. Propósito	3
2. Justificación	3
2.1 La psicología en el campo de la salud.....	3
2.2 Paradigmas que atraviesan al sistema de salud.....	4
2.3 Psicología y Salud Pública.....	4
2.4 El cuidado de las infancias desde una perspectiva de derechos.....	5
2.5 Ley de Salud Mental y Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.....	7
2.6 El análisis de las prácticas desde aspectos éticos.....	8
3. Metodología	9
4. Identificación del problema	10
4.1 El problema dentro de un contexto.....	10
4.2 La psicología de la salud.....	10
4.3 El derecho a la salud.....	11
4.4 Sobre el cambio de modelo de atención y Sistema Nacional Integrado de Salud.....	11
4.5 Modelo de Atención Primaria en Salud como modelo teórico.....	12
5. Objetivo	12
6. Preguntas orientadoras	13
7. Descripción del proyecto	13
7.1 Antecedentes.....	13
7.2 ¿Qué características tenía la atención del servicio hacia niños, niñas y adolescentes previo a los cambios implementados?.....	14
7.3 ¿Cómo se pensó?.....	15
7.4 Síntesis.....	15
7.5 Implementación.....	16
8. Análisis	20
8.1 ¿Cuáles objetivos del proyecto pudieron efectivamente concretarse?.....	20
8.2 ¿Cuáles objetivos no pudieron concretarse y por qué? ¿Qué desafíos quedaron pendientes?.....	28
8.3 ¿Cómo fue el proceso de implementación de los objetivos y qué ajustes se realizaron? ¿Hubo cuestiones no contempladas en un principio que se efectivizaron?.....	31
8.4 ¿Se generaron nuevos apoyos o resistencias a la propuesta?.....	33
8.5 ¿Cómo se desarrolló la implicación como practicante en el proceso de la propuesta (diseño e implementación)?.....	35
8.6 ¿Qué grado de sustentabilidad tienen las propuestas implementadas, una vez que se produce el recambio de estudiantes en el marco de la práctica?.....	38
8.7 ¿Qué balance final puede realizarse?.....	39
9. Referencias bibliográficas	43
10. Anexos	48

1. Propósito

El propósito del Trabajo Final de Grado consiste en analizar experiencias realizadas como practicante de psicología en el Servicio de Salud Mental del Hospital Departamental de Colonia durante el año 2022, en el marco del convenio de Practicantes y Residentes (PPRSS), que tuvieron como objetivo mejorar la calidad de atención de niños y niñas usuarios. Estas experiencias se desarrollan a través del proyecto “Reconstruyendo un espacio para niños/as usuarios/as de Salud Mental del Hospital Departamental de Colonia” (de aquí en más proyecto), el cual es objeto de este trabajo.

Lo significativo de compartir esta experiencia es darle visibilidad a esta práctica pre-profesional interinstitucional (Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) junto a la Universidad de la República (UdelaR)) y sus aportes a la salud, pudiendo compartirla -posterior al egreso de ella- con la red de actores sociales vinculados a los temas que aquí se exponen, con el fin de continuar problematizando sobre ellos. Es indispensable tener en cuenta que los objetivos del programa de PPRS son la guía para que el/la practicante desarrolle y problematice sus acciones en los servicios. Estos se alinean con el camino recorrido en este proyecto así como con el propósito de este trabajo: la producción de conocimientos, la formación y actualización del personal de salud y la posibilidad de elaboración y seguimiento de estrategias que pretendan mejorar la calidad de vida de los usuarios/as, entre otros (Administración de los Servicios de Salud del Estado, 2009).

2. Justificación

2.1 La Psicología en el campo de la Salud

Siguiendo a Calatayud (2015) la psicología en el campo de la salud es un proceso en constante construcción. Es conocida comúnmente desde la especificidad de la salud mental, sin embargo, debe y puede construir resultados en otros ámbitos, como en el diseño y ejecución de programas y/o políticas públicas relacionadas a la salud en general y el trabajo en y con la comunidad. Como resultado se obtendría el fortalecimiento del vínculo salud-psicología-saberes académicos. La realización del proyecto muestra la importancia de pensar acciones que pretendan crear y sostener mejoras en la atención, concretando una idea y articulándola con la producción teórica. Esto se fundamenta desde diversas problematizaciones que coexisten en el ámbito de la salud y que algunas de ellas fueron detectadas en la realización de este.

2.2 Paradigmas que atraviesan al sistema de salud

Dentro de los paradigmas que atraviesan al sistema de salud, Saforcada, et al. (2010) describen y examinan el paradigma individual-restrictivo en contraste con el social-expansivo. Fundamentan las consecuencias en materia del paradigma individual-restrictivo, lo que permite un mejor entendimiento del posicionamiento de este trabajo en lo que respecta a la concepción de salud. Los autores detallan que la psicología bajo el modelo médico-clínico -característico del paradigma individual-restrictivo-, tuvo cuatro consecuencias: 1) cuando los psicólogos/as egresan de su formación lo hacen con una incapacidad para ver aquellas partes de la salud que no están dañadas, imposibilitando el trabajo en protección y promoción. 2) La práctica psicológica se expandió mayormente en el campo de las enfermedades mentales, por lo que la psicología se redujo a ese ámbito. 3) Las prácticas aplicadas han tomado como marco la clínica restrictiva y han trabajado aisladamente como casos cerrados con el sujeto o con su familia, no pudiendo comprender de forma ecosistémica el proceso de salud, por lo que no se pueden tener en cuenta otros aspectos del proceso ni del tejido social del que el sujeto es parte. 4) La práctica cada vez más imposibilitada a compartir con otras profesiones, no logrando integrar equipos multidisciplinarios para atender las demandas de salud.

En contraste, el modelo social-expansivo se desarrolla asumiendo los problemas de salud desde su naturaleza sistémica y como respuesta a la realización de prácticas fundamentadas desde la Psicología de la Salud. Por lo tanto, la importancia de la mirada ecosistémica se fundamenta en que las malas condiciones de salud pueden deberse a factores de naturaleza psicosociocultural y no necesariamente a factores únicamente biológicos. Saforcada, et al. (2010) indican que para lograr un impacto desde la perspectiva ecológica-sistémica, es necesario revisar la influencia del paradigma individual-restrictivo que sigue instaurado en la formación de los recursos humanos de las instituciones de dicho campo, especialmente en el Hospital, lo que provoca en las prácticas incongruencias, mala administración de recursos, improvisaciones tanto de los funcionarios como los académicos y el propio Estado. La falta de acceso a un concepto de ecosistema dificulta la comprensión de las relaciones entre los fenómenos sociales, la naturaleza y los procesos de vida. Aquí es donde la psicología de la salud tiene una relevancia esencial para poder intervenir desde la problematización.

2.3 Psicología y Salud Pública

En relación a la influencia del modelo médico-clínico, las problemáticas actuales de la Salud Pública, así como sus luchas, son condicionadas por los procesos sociales y económicos

derivados del sistema capitalista donde prevalece la medicina privada basada en un enfoque individual-reduccionista centrado en la enfermedad (Morales Calatayud, 1999). Asimismo, los avances tecnológicos han incrementado los costos de la atención, produciendo inaccesibilidad para algunos estratos sociales. Esto deriva en que, en algunas ocasiones, entre la teoría generada sobre el funcionamiento de los servicios y las prácticas de salud cotidianas, se encuentra la existencia de incongruencias, pues se sigue observando falta de reciprocidad entre la estructura y el funcionamiento de la Salud Pública y los problemas de salud frecuentes. Para poder pensar y trabajar sobre estas es necesaria una Psicología de la Salud que asuma como campo a los problemas de la salud, que pueda comprender la naturaleza de estos y desarrollar los enfoques, tecnologías y recursos humanos necesarios para producir herramientas que aporten a contribuir en el ámbito (Saforcada, et al., 2010).

En Uruguay se ha propuesto un cambio de modelo de atención de salud desde 2007 con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este camino ha activado un conjunto de transformaciones en los modelos de atención, de gestión y financiamiento de la salud, y tiene como base su reconocimiento como un derecho humano y al Estado como responsable del cumplimiento de sus objetivos (Gallo, 2015). En este marco, se entiende la necesidad de apostar a la realización de prácticas alineadas al cambio de modelo de salud, pudiendo intervenir en estas incongruencias que repercuten de diversas formas en la atención de los niños y niñas. Parte de la relevancia de esta producción es entender en qué medida se produce una transformación de la realidad en la que se interviene, siendo necesario el análisis de las prácticas y la socialización de las experiencias desde la articulación de saberes. Aquí es donde la lucha aparece como indispensable, lucha por el desarrollo de servicios que se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención de calidad para los usuarios/as con orientación pública sostenida desde el Estado o por sistemas de seguridad social (Morales Calatayud, 1999).

2.4 El cuidado de las infancias desde una perspectiva de derechos

En la Guía de los Derechos de NNA en el área de Salud (UNICEF, 2012) el cuidado de las infancias se fundamenta en normativas internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en normativas nacionales como el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) y la Constitución de la República. La CDN consagra un nuevo paradigma respecto a la condición jurídica de los niños, niñas y adolescentes (NNA), buscando pasar de la concepción de objetos de tutela de la familia y de los Estados, a ser sujetos de derechos y responsabilidades en el marco de su desarrollo psicosocial. Esta nueva reformulación resignifica las concepciones que se tienen de los niños y niñas desde

el mundo adulto, lo que trae consigo varias cuestiones que impactan en las políticas públicas. Las normativas nacionales definen como prioridad la incorporación de esta perspectiva de derechos como marco orientador de las acciones del SNIS. Algunos los derechos fundamentales de este marco normativo son:

- Derecho a la vida, donde el Estado debe comprometerse al aseguramiento de su supervivencia y desarrollo (Constitución de la República, art. 7., CDN, art. 6, y CNA, art. 9).
- Derecho a la salud: en la Constitución (art. 44) la salud aparece referida como deber de cuidado en cada persona y como obligación del Estado para indigentes o sin recursos, por tanto, debe entenderse como el conjunto de condiciones psicofísicas que garantizan el desarrollo pleno de la personalidad y del cuerpo humano. El Estado tiene la obligación de legislar para la salud y para la higiene pública, comprometiéndose a garantizar el derecho de los niños y niñas de disfrutar del más alto nivel de salud y de acceder a servicios de calidad necesarios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación (CDN, art. 24 y 25).
- Derecho a la igualdad: Todo NNA tiene derecho a ser tratado en igualdad de condiciones (CDN art. 2 y 9), a acceder en igualdad de condiciones a los servicios de salud y a recibir una atención de calidad por ser iguales ante la ley (Constitución, art. 8).
- Derecho a la libertad: las personas tienen derecho a decidir por sí mismas en cuanto a los asuntos que le interesen para organizar sus vidas, garantizando su libre elección. En la salud existe el consentimiento informado, el derecho a la privacidad, el secreto profesional, entre otros (UNICEF, 2012, p. 35). El niño/a tiene derecho a la libertad de expresión, de pensamiento, de conciencia y de religión (CDN art. 5, 13 y 14).
- Derecho a la participación: debe brindarse la oportunidad a NNA de ser escuchados en procedimientos judiciales o administrativos que afecten algún ámbito de su vida, teniendo derecho a la libertad de expresión. Los Estados reconocen sus derechos de libertad de asociación, la libertad de celebrar reuniones pacíficas (CDN art. 12, 12, 14 y 15) y a la participación (CNA art. 8 y 9).

Se reconoce además el Principio de Interés Superior del Niño/a, el cual establece que en diversas situaciones el interés de estos/as debe prevalecer y se debe garantizar el pleno ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro, asegurándose las condiciones de posibilidad del desarrollo de la personalidad, ya que la violación de un derecho básico desde la temprana edad puede tener repercusiones a lo largo de su vida. El CNA (art. 6),

establece que "el interés superior del niño consiste en el reconocimiento y respeto de los derechos inherentes a su calidad de persona humana" (UNICEF, 2012, p. 42). Sin embargo, es importante resaltar que los cambios en la atención a la salud no son procesos sencillos ni lineales. Es así que el pasaje del paradigma tradicional del Estado como tutelar al Estado como garante de derechos junto a la familia y la sociedad conlleva un cambio en aspectos formativos, en las gestiones institucionales, en las prácticas cotidianas y en la participación de la comunidad en general, lo que implica, por supuesto, un cambio cultural y de paradigma que promueva el respeto de los Derechos Humanos (DDHH) de NNA en el cuidado de la salud.

2.5 Ley de Salud Mental y Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

Los principios de la Ley de Salud Mental N° 19.529 de 2017 se encuentran en estrecho vínculo con los principios del SNIS. Se define a la Salud Mental (SM) como "[...] un estado bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (art. 2). Todas estas condiciones son resultado de un proceso determinado por factores históricos, socioeconómicos, culturales, psicológicos y biológicos que resultan en el proceso dinámico de la vida del sujeto. La Ley contiene un abordaje de atención organizado a través de niveles de complejidad, priorizando la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y el primer nivel, pues considera a la atención comunitaria como punto de partida para los demás niveles. El abordaje deberá ser interdisciplinar e intersectorial con equipos integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud (art. 16 y 17).

Se detalla en la Ley el consentimiento informado como acuerdo entre usuarios/as padres/madres o tutores y profesionales para determinar la información necesaria sobre el plan terapéutico: intervenciones, resultados, diagnósticos, riesgos, etc. Es un derecho del usuario/a y una herramienta indispensable para las intervenciones de la estrategia psicoterapéutica. Este documento deberá ser parte de la historia clínica de cada usuario/a (art. 23).

El último artículo a destacar son los derechos de los usuarios/as respecto al uso de los servicios. Un recorte de aquellos considerados fundamentales para la justificación de este trabajo y la del proyecto son: el reconocimiento a los usuarios/as como sujetos de derecho; recibir atención sanitaria y humanizada basada en fundamentos científicos con principios éticos; la existencia de alternativas terapéuticas indicadas para su situación, promoviendo la libertad de decisión y la integración familiar, laboral y comunitaria; el

derecho a ser atendido en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad, entre otros (Ley N° 19.529, 2017, art. 2, p 22-24).

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, es el encuadre vigente que pretende mejorar la accesibilidad a la SM con el fin de que todas las personas reciban atención de calidad, independientemente de las condiciones económicas, tendiendo a disminuir diferencias injustas en el acceso. Comparte el concepto de SM vinculado al de salud integral, a pesar de que tenga formas específicas de abordaje y comprensión. El plan implementa intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos que, a través de la interacción de profesionales y usuarios/as, se utilizan procedimientos psicológicos y conocimientos sobre la psiquis con el fin de “promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.” (Ministerio de Salud Pública, 2011, p. 6-8). La inclusión de las prestaciones al SNIS implican: una distinción etárea entre adultos y NNA; que la atención psicológica es un derecho que debe integrarse a las prestaciones de salud; que contribuya al desarrollo saludable de NNA a través de detección de situaciones frecuentes desde la prevención; poner acento en motivos de consulta frecuentes para prevenir y detectar situaciones de exclusión, entre otros. Extraer estos puntos para contemplar el marco vigente para la atención es un intento de mejorar la calidad de esta.

2.6 El análisis de las prácticas desde aspectos éticos

En el análisis de las prácticas como estudiantes cercanos al egreso y como futuros profesionales, la justificación ética es indispensable por varios motivos: en el proyecto se intervino desde el marco de una institución de salud, con orientación a niños y niñas y sus familias, desde un ESM y desde la psicología como profesión. Por este motivo se toma el concepto de la bioética, pues aquí encuentra un gran terreno para realizar aportes conceptuales y operativos de las prácticas desarrolladas en torno a la salud mental. Se la define “en relación a los problemas morales en el campo de las ciencias de la vida y la salud, involucrando desde una perspectiva global, no sólo aspectos vinculados a los procesos de salud-enfermedad, sino también la dimensión medioambiental” (De Pena y Silva, 2017, p.74). En esta línea, la política pública desempeña un papel crucial en la transformación de las condiciones materiales de vida de las personas, así como en términos de justicia e igualdad social. Esta construye una forma de mirar las problemáticas asociadas y sus posibles respuestas. Puede ser a través de la formulación, implementación y evaluación de políticas y/o programas que aborden dichas problemáticas. Ejemplos de estas son la reducción de las desigualdades socioeconómicas y de servicios básicos como educación, atención médica, empleo, el acceso a los servicios esenciales y la participación

comunitaria, entre otros. Es una herramienta poderosa para construir una sociedad más equitativa que debe ponerse en constante análisis.

3. Metodología

La modalidad utilizada para esta producción es la sistematización de experiencias, con el objetivo de producir un análisis crítico de las intervenciones relacionadas al proyecto. Este se ubicó en el terreno de implementar propuestas que se orientaron a mejorar las condiciones de atención en donde se intervino. Para poder comprender si se cumplió con los objetivos, es necesario evaluar obstáculos, facilitadores, resistencias y alianzas de lo producido en la experiencia a través de una modalidad que guíe y enmarque dicho análisis. Jara (2018) define a las experiencias como procesos “sociohistóricos dinámicos y complejos, personales y colectivos” en constante movimiento. Abarcan “dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social” (p. 52). En las experiencias existen condiciones del contexto y sus dimensiones, situaciones específicas, acciones, percepciones, sensaciones, emociones, interpretaciones, resultados o efectos, relaciones sociales y personales en una dinámica histórica de formas de vincularse que nunca concluye. Las experiencias son lugares donde se producen creaciones y saberes.

La sistematización de experiencias es un ejercicio que busca adentrarse en la complejidad de la experiencia, recreando sus saberes en un ejercicio interpretativo de teorización y apropiación de lo vivido. Requiere de la capacidad de distanciarse de la experiencia inmediata para lograr convertir el saber de la experiencia, problematizándolo, en un saber crítico. Esto permite conectar la reflexión experiencial con enfoques teóricos, lo que resulta en una comprensión más profunda más allá de la mera descripción. En este proceso, se reconstruye tanto el objeto como el sujeto, generando una nueva subjetividad que permite a los individuos adoptar una mirada crítica y creadora, convirtiéndose en agentes de transformación. La sistematización comienza con una primera etapa de conceptualización, recuperando y reconstruyendo históricamente la experiencia y valorando tanto los aspectos descriptivos como los interpretativos. Esto posibilita el retorno a la experiencia base con elementos que permiten su transformación, comprensión e interpretación de sus significados, incluyendo procesos, relaciones con otros factores, causas y consecuencias, efectos, contradicciones, ausencias, entre otros (Jara, 2018).

La finalidad de la reconstrucción de esta experiencia surge en una reflexión sobre la importancia de dar a conocer nuestras prácticas desde el convenio PPRSS- ASSE, pues son prácticas ricas en conocimientos y aprendizajes, que buscan generar cambios en donde se inserta el/la estudiante. Por último, cabe mencionar que el proyecto de intervención fue el

recurso utilizado para desarrollar, registrar y pensar las intervenciones desde objetivos, en un marco de teoría, organización y aplicabilidad.

4. Identificación del problema

Es pertinente examinar el impacto que el proyecto tuvo en la mejora de la calidad de la atención proporcionada en SM mediante un análisis de su relevancia. Por lo tanto, resulta apropiado indagar: ¿qué incidencia tuvo el proyecto en la mejora de la calidad de atención para los niños y niñas usuarios del servicio?

4.1 El problema dentro de un contexto

En este apartado se desglosa el contexto de la problemática, respetando un orden lógico que permita identificar desde dónde se sitúa el problema y desde dónde se sitúan los participantes de las intervenciones. Precisamente, se exponen algunos referentes teóricos fundamentales para entenderlo.

4.2 La psicología de la salud

Desde su origen es el resultado de la evolución de la práctica marcada por los cambios que se produjeron en las demandas que los servicios de salud fueron realizando hacia la psicología. Le interesan las variables psicológicas del proceso de salud-enfermedad con carácter multicausal, los problemas de la atención de la salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. (Morales Calatayud, 1999). Se entiende a la salud desde dimensiones amplias que conforman la vida individual y social, de modo que esta psicología debe trabajar en los individuos, pero también en las familias, comunidades, instituciones y grupos, dependiendo de la problemáticas a intervenir y entendiendo las realidades desde una mirada bio-psico-social, cultural y espiritual. Giorgi menciona que en esta psicología, las intervenciones de los profesionales varían dependiendo de a quiénes y a cuántas personas van dirigidas, así como de los niveles de complejidad de las modalidades a trabajar. A su vez se admiten diversas técnicas y estrategias según los marcos de referencia quien interviene, teniendo como norte la concepción integral de la salud (Giorgi, 2003, como se citó en Pimienta, et. al, 2017).

La necesidad de responder ante prácticas promotoras de salud existirá en tanto la salud siga siendo un campo en construcción dentro del entramado de relaciones sociales e interacciones humanas. La realidad se construye y nos construye, nos interpela como sujetos y como profesionales. La Universidad en su formación debe garantizar herramientas que proporcionen sus estudios, como en este caso se cuenta con el programa de PPRSS.

Este es una herramienta que promueve el desarrollo de prácticas y nuevas experiencias desde este marco, impulsando a estudiantes a producir conocimientos.

4.3 El derecho a la salud

La unión entre los DDHH y la salud se basa en la afirmación de que la segunda es un DDHH universal. Este incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención médica de calidad suficiente, según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (s/f). Los Estados tienen la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de este derecho y crear las condiciones para que los individuos habiten los espacios con la mejor calidad de vida posible. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud e incluyen la disponibilidad de servicios, condiciones laborales saludables, acceso a vivienda, alimentación adecuada, acceso a agua potable, acceso a educación de calidad, entre otros.

Para Giorgi (como se citó en Pimienta, et al., 2017) exigir el cumplimiento del derecho a la salud, el involucramiento y su cuestionamiento es y debe ser un ejercicio de los ciudadanos a la vez que se convierte en factor protector de la salud. Desde esta perspectiva se entiende que las acciones realizadas en el proyecto comparten este argumento, ya que se buscó que los usuarios fueran partícipes en la construcción de su propio espacio o el de sus allegados/as. Se reconoce la importancia del trabajo colectivo y promotor de acciones que fueran más allá de depender exclusivamente de las prestaciones de salud. Por lo tanto, la intervención psicológica debe potenciar aspectos que requieren enfoques flexibles y móviles que permitan trabajar en diferentes escenarios. Comprender los determinantes sociales resulta fundamental para abordar las complejas causas de la desigualdad en salud.

4.4 Sobre el cambio de modelo de atención y el SNIS

Anteriormente a la reforma del cambio de modelo de atención, el sistema de salud se conformaba por subsistemas no complementarios que otorgaban cobertura al trabajador privado desde prestadores privados. El modelo de atención era mayoritariamente hospitalocéntrico, no determinado por programas en común ni prestaciones obligatorias. Con la reforma definida se crea el SNIS, conformado por la articulación de los prestadores de salud privados y públicos. Cuenta con un Seguro Nacional de Salud que se encarga de la financiación de la cobertura del trabajador y de su familia, de regular la cantidad y calidad de las prestaciones, a través del Plan de Atención de la Salud, y evalúa el cumplimiento la universalidad el acceso a través de la integralidad y la equidad, el cual es uno de sus objetivos (Ley N° 18.211, 2007, como se citó en Gallo, 2015).

Entre los principios de esta ley se destacan: la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida, la cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud, la oportunidad, equidad y continuidad de las prestaciones, la calidad integral de la atención que respete los principios de la bioética y los DDHH de los usuarios/as. Se orienta a alcanzar el más alto nivel de salud de la población por lo que se han especificado los deberes, derechos y fundamentos que dan una consistencia lógica para poder cumplir con el cometido. Asimismo un punto importante es el de promover el desarrollo profesional de los recursos humanos, de los equipos interdisciplinarios y de la promoción de la participación (SNIS, 2007, art.3 y 4).

4.5 Modelo de Atención Primaria en Salud como modelo teórico

Es relevante mencionar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) en la Declaración de Alma-Ata (1978) como la base de este modelo de atención. En esta declaración se establece que la salud es un DDHH fundamental que requiere intervenciones efectivas para su realización plena. También se destaca que la promoción y protección de la salud son esenciales para el desarrollo económico y social sostenible, así como para la mejora de la calidad de vida y la paz mundial (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 1978).

En este contexto, es importante recordar la relevancia de la estrategia de APS en el SNIS. Cano, et al. (2013) argumentan que, si bien la descentralización de los servicios de salud ha sido un hito importante en el desarrollo de este proceso, no es suficiente. Para lograr un auténtico cambio en el modelo de atención del primer nivel de salud, es necesario adoptar una perspectiva de salud integral y aplicar una variedad de estrategias e intervenciones. Es importante destacar que la descentralización geográfica no garantiza un cambio en el modelo de atención, ya que sin políticas adecuadas en el primer nivel de atención, es probable que se reproduzca el modelo hospitalocéntrico. Para esta transformación se considera una herramienta valiosa el llevar a cabo intervenciones a nivel de la UdelaR como parte de este campo, para la contribución y formulación de estrategias integrales. Estas deben estar respaldadas por la investigación y el conocimiento del entorno social específico en el que se encuentre el ESM en cuestión. Asimismo, es indispensable el fortalecimiento del trabajo de APS desde los ESM tanto en términos de estrategias como en la comunicación y la colaboración entre los servicios.

5. Objetivo

Describir y analizar cómo el proyecto impactó en la mejora de la calidad de atención de niños y niñas en Salud Mental del Hospital de Colonia.

6. Preguntas orientadoras

Se plantean preguntas guía para el análisis respecto al proyecto y la experiencia de su implementación.

- ¿Cuáles objetivos del proyecto pudieron efectivamente concretarse?
- ¿Cómo fue su proceso de implementación y qué ajustes se realizaron? ¿Hubo cuestiones no contempladas en un principio que se efectivizaron?
- ¿Cuáles objetivos no pudieron concretarse y por qué? ¿Qué desafíos quedaron pendientes?
- ¿Se generaron nuevos apoyos o resistencias a la propuesta?
- ¿Cómo se desarrolló la implicación como practicante en el proceso de la propuesta (diseño e implementación)?
- ¿Qué grado de sustentabilidad tienen las propuestas implementadas, una vez que se produce el recambio de estudiantes en el marco de la práctica?
- ¿Qué balance final puede realizarse?

7. Descripción del proyecto

7.1 Antecedentes

Años atrás SM funcionaba en el edificio del antiguo Hospital de Colonia, donde, según lo relatado por las integrantes del ESM, las condiciones de trabajo y de asistencia eran deplorables. Los consultorios se encontraban en el subsuelo, junto a las cañerías de todas las salas, lo que suponía habitar un ambiente constantemente húmedo. Posteriormente se realizó traslado a una casa alquilada que oficiaba de sector de SM, a unos metros de ese Hospital. Con otro tipo de comodidades y posibilidades, se creó una sala de espera y un consultorio enfocados en la atención de niños y niñas. Años después se inauguró el Hospital Dr. Samuel Bertón, aunque ya en sus planos no se contaba con consultorios para SM ni para la implementación de camas de psiquiatría, por lo que el ESM al mudarse tuvo que improvisar lugares donde poder atender a los usuarios/as, compartiendo consultorios con cardiología y vacunación por COVID-19. Las herramientas de trabajo del consultorio y de la sala de espera que fueron utilizados en la casa alquilada se guardaron en bolsas de consorcio en un galpón ubicado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, una distancia mayor del nuevo Hospital, hasta la ejecución del proyecto. Muchos de ellos se estropearon con el tiempo y no se pudieron reutilizar. Para fines del 2021 la policlínica de cardiología emigró a otro sector del Hospital, pero aun así uno de los consultorios disponibles pasó a

compartirse con vacunación. SM contaba únicamente con dos consultorios para sus policlínicas de psiquiatría y psicología de adultos y NNA.

7.2 ¿Qué características tenía la atención del servicio hacia niños y niñas previo a los cambios implementados?

Parte del ESM que trabajaba con niños y niñas se conformaba por tres psicólogas, dos psiquiatras infantiles y una enfermera. Las psicólogas tenían una agenda que cubría casi todos los días hábiles de la semana y las horas de policlínica se dividían entre cuatro a ocho números sin distinción de edad. En ese horario también se cubrían horas de policlínica vinculadas a otras problemáticas de SM. Por su parte, la administrativa agendaba las consultas en un orden de prioridad basado en su experiencia y su conocimiento de los usuarios/as. Más bien se otorgaban números por el nivel de urgencia y el motivo de consulta: internaciones en Hospital, violencia intrafamiliar, problemas de conducta graves, niños y niñas institucionalizados, etc., por ende, no existía un conteo de consultas recibidas por usuario/a, ni tampoco alguna estrategia que pudiera resolver el orden de las prioridades por las cuales otorgar un número. Era quien estaba al tanto de un aproximado de la cantidad que concurrían de forma regular, distinguiendo cuáles necesitaban sostener el proceso terapéutico de forma urgente. Las agendas se abrían una vez al mes y aproximadamente a los dos días se agotaban las fechas disponibles.

Los juguetes utilizados para la atención de los niños y niñas quedaban guardados en una bolsa, que se transportaba de consultorio a consultorio en la medida que se precisara. Estos se encontraban estropeados por el uso cotidiano y sus constantes traslados. Muchas veces, cuando se atendía en simultáneo, la bolsa quedaba en un consultorio no pudiendo ser utilizada en el otro. Obligaba a improvisar el trabajo, utilizando otras técnicas como dibujo libre y juegos de mesa. La sala de espera se ubicaba en un pasillo angosto, que permitía acceder a las tres puertas de los consultorios. Había allí una mesa de plástico para niños y niñas junto a dos sillas. En ella se encontraban algunas hojas, lápices de colores y una caldera eléctrica que utilizaban los miembros del equipo, pues había un enchufe compatible con la misma, debajo de la mesa mencionada. Cuando algún usuario/a se sentaban a dibujar se la retiraba dejándola en el piso o arriba de algún mueble.

Por último, el test utilizado para medir los coeficientes intelectuales (CI) de los escolares era el Wechsler Intelligence Scale for Children tercera revisión (WISC III) con el baremo de Montevideo (Martínez, et. al., 2010). Se empleaba principalmente para las consultas por dificultades de aprendizaje que solicitaban otras Instituciones. Si bien es importante destacar la formación académica de las psicólogas en lo que refiere a su

aplicación e interpretación, este test ya no estaba siendo utilizado en otras Policlínicas y Hospitales del país por encontrarse dos nuevas ediciones actualizadas (Wechsler Intelligence Scale for Children cuarta y quinta revisión).

7.3 ¿Cómo se pensó?

Se comenzó a pensar desde el inicio de la inserción como practicante, en la etapa de “familiarización”, la cual se basó en dedicar cierto tiempo para la habituación y comprensión del modo de funcionamiento del sistema de salud en el lugar de inserción y del ESM. En este adentramiento se pensaron en líneas de trabajo en relación a la atención de niños y niñas. La edad se delimitó al observar el procedimiento de trabajo con esa franja dado que funcionaba de manera distinta respecto a la edad adulta. Para esto se enunciaron preguntas en relación a cómo poder mejorar el servicio para lograr un trabajo más eficiente en la atención, desde el primer acercamiento a solicitar una fecha de consulta, hasta el final de un tratamiento. A medida que pasaron los meses algunos objetivos se fueron reformulando, por tanto el proyecto fue pensándose a medida que surgían nuevos temas o intervenciones.

7.4 Síntesis

El proyecto “Reconstruyendo un espacio para niños y niñas usuarios/as de Salud Mental del Hospital Departamental de Colonia” fue realizado en el marco del programa de PPRSS, durante el año 2022 en el Hospital Departamental de Colonia. Tuvo sus inicios a partir de la realización de un diagnóstico de situación que permitió visualizar desde varios ángulos el funcionamiento y las condiciones de atención de los niños y niñas usuarios de SM. Estas condiciones se problematizaron a través de preguntas. Posteriormente prosiguió el desarrollo teórico donde se plantearon objetivos, teniendo como finalidad mejorar la calidad de la atención. Los mismos fueron:

1. Asignar un consultorio específico dentro de la Institución para la atención de niños y niñas usuarios de Salud Mental.
2. Actualizar la herramienta de trabajo Test de Inteligencia, pasando del WISC III al Test de Inteligencia WISC V utilizado actualmente.
3. Incorporar una capacitación para el ESM con el fin de actualizar conocimientos sobre técnicas proyectivas y procesos de Evaluación Intelectual, logrando minimizar la carga de trabajo a las psicólogas asociadas a la aplicación de estas técnicas.
4. Mejorar las herramientas de trabajo: juegos y juguetes que se emplean en las entrevistas, realizando un inventario de juguetes actuales, faltantes y algunos que pudiesen crearse o recrearse, teniendo en cuenta edades y momentos evolutivos.
5. Obtener herramientas nuevas y faltantes.

6. Trabajar en la sala de espera con distintas intervenciones que contribuyan al proceso psicoterapéutico.
7. Mejorar el espacio físico de la sala de espera.
8. Crear un Comité de Recepción para NNA.
9. Elaborar y poner a disposición un documento de Consentimiento Informado para aplicarse a partir del año 2023, siguiendo el Plan de Prestaciones de Salud Mental y La ley de Salud Mental N° 19529 en Uruguay. (Castillo, P. 2022)

7.5 Implementación

Para sintetizar la implementación de las acciones, se toma el mismo formato del cronograma utilizado en el proyecto, donde se comentan brevemente las intervenciones realizadas.

Mes	Descripción
Febrero	Proceso de familiarización Diagnóstico de situación Reuniones de ESM
Marzo	Se presentaron inquietudes, preguntas y posibles acciones para trabajar desde un formato de proyecto, aprobado por el Coordinador de SM. Se comenzó con la redacción de objetivos y fundamentación.
Abril	Se redactó y trabajó en el marco teórico y se replantearon los objetivos.
Mayo	Se dio comienzo al cumplimiento de los objetivos seleccionados para resolverlos a corto plazo. Se clasificó y depuró las herramientas en mal estado, se crearon más cajas de juegos: dos cajas para consultorios y una caja para sala de espera.
Junio	Se planteó en una reunión de equipo la posibilidad de compra del Test de Inteligencia WISC V. Se conversó sobre la creación de un espacio de supervisión de casos clínicos cada 15 días. Se recibieron donaciones por parte de una Institución de cajas de oficina para reemplazar las cajas de juego actuales.
Julio	En supervisión se decidió suspender el trabajo con el proyecto por un

Mes	Descripción
	<p>tiempo para atender a otro tipo de demandas y problemas vinculados al ESM.</p> <p>Vacunación se traslada de consultorio, quedando el lugar a intervenir disponible de lunes a jueves.</p>
Agosto	<p>Se creó un banner solicitando donaciones de juguetes. Se comenzaron a recibir donaciones desde distintos usuarios, empresas y ONG's.</p> <p>Se le solicitó al Depto. de Mantenimiento del Hospital un mueble para guardar dichas herramientas. Crearon uno con forma de Castillo.</p> <p>Para el día de las infancias se realizó una instancia con la consultora CPA Ferrere donde se juntaron juguetes y otros materiales. Además, se realizaron actividades lúdicas con los niños y niñas de la empresa.</p> <p>Se realizó una instancia en el consultorio donde los niños y niñas de la empresa intervinieron ordenando y decorando el consultorio con los nuevos materiales adquiridos.</p> <p>Se colocaron nuevos materiales para el espacio existente de la sala de espera.</p> <p>Se clasificaron y limpiaron juguetes guardados en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, debido a la mudanza al nuevo Hospital, y se llevaron a SM.</p>
Setiembre	<p>Se corrigieron y adaptaron los primeros objetivos a medida que se denotaba si existían o no las condiciones para realizarlos.</p> <p>Se siguió con el desarrollo del marco teórico.</p> <p>Se tomaron ejemplos de trabajos en salas de espera de otras experiencias de servicios de salud, con el fin de comenzar a trabajar en ella.</p>
Octubre	<p>Se recibió otra donación de juguetes desde una ONG Internacional, "JCI Colonia".</p> <p>Se procedió al rearmado del consultorio.</p> <p>Se creó el primer esbozo del consentimiento informado.</p>
Noviembre	<p>Se dio por finalizado el desarrollo del marco teórico del proyecto.</p> <p>No se realizaron intervenciones en la sala de espera pero se comenzó a utilizar de una forma más frecuente.</p> <p>Comenzó a funcionar el Comité de Recepción de niños y niñas con</p>

Mes	Descripción
	psiquiatra infantil. Se buscaron opciones para adquirir Test de Inteligencia WISC V.
Diciembre	Se prosiguió con la búsqueda de opciones para adquirir test de inteligencia WISC V fuera del país. Contacto con agencias. Se presentaron las opciones de compra al coordinador del ESM. Se esperó respuesta. Se desarrollaron los resultados finales de este proyecto. Se realizaron las últimas modificaciones del espacio del consultorio infantil. Se revisó el Consentimiento Informado para discutirlo en reuniones de equipo posteriores en enero de 2023. Se recibió la última donación de juguetes del año, se clasificaron y guardaron en el consultorio.
Enero	Se entregó proyecto a docente referente.

Se dio inicio en marzo cuando el referente del ESM aprobó el proyecto. A pesar de ello, las acciones específicas comenzaron en mayo, utilizando los recursos ya existentes en el servicio, comenzando con la bolsa que contenía los juguetes; fueron clasificados en dos grupos, aquellos que aún podían utilizarse y los que ya no servían, los cuales fueron desechados. Se utilizó una caja de cartón para guardar los juguetes seleccionados y se decoró para que pudiera distinguirse de otras cajas. No se contaba con presupuesto para comprar objetos de almacenaje, por lo que se pensó en una colecta grupal para comprar algunas cajas y juguetes para reponer, pero finalmente no se llevó a cabo. Posteriormente a solicitud de practicante a otra Institución llegó una donación de cajas de oficina, por lo que permitió distribuir nuevamente los juguetes y asegurar una caja para cada consultorio.

En junio, durante una reunión de equipo, se evaluó la propuesta de implementar el Test de Inteligencia WISC V como una nueva herramienta. Esto se debió a la creciente demanda de las instituciones educativas que buscaban verificar el CI de los escolares a través de informes psicológicos. Estas solicitudes a menudo iban acompañadas de descripciones del comportamiento en las aulas y requerían explicaciones sobre las conductas observadas por parte de las psicólogas. Sumado a esto, desde la coordinación de SM se propuso iniciar un espacio de supervisión de casos clínicos de niños y niñas, idea que fue aprobada por todos los miembros presentes en la reunión. Después de esto, se elaboró un anuncio para solicitar donaciones de juguetes y otros materiales relacionados,

con la especificación de que serían utilizados en el trabajo con los niños del Hospital. Este se compartió a través de las redes sociales, y dos semanas después, se coordinó la entrega de las primeras donaciones de juguetes a SM tras su difusión en la comunidad.

En julio, se tomó la decisión, desde la supervisión docente, de suspender temporalmente el proyecto. Esto se hizo con el propósito de priorizar otros tipos de trabajo, ya que el ESM se encontraba en una situación de vulnerabilidad. Sin embargo, surgió una oportunidad cuando el equipo de vacunación -se recuerda que se compartía uno de los consultorios-, se trasladó a otro sector del Hospital, por lo que quedó disponible para su reacondicionamiento. Es importante destacar que no se emitió una orden directa desde la coordinación de SM exigiendo que el consultorio se destinara únicamente a consultas de niños y niñas. Si bien el proyecto se enfocaría en esta población, también podría utilizarse para otros tipos de consultas. Dada la necesidad de acondicionar las donaciones y la falta de consultorios debido a la superposición de las policlínicas de los profesionales, el proyecto se retomó más adelante, pero con un enfoque más gradual y cauteloso. El proceso de armado del consultorio implicó la reorganización del mobiliario disponible y la disposición de las donaciones de acuerdo a las pautas proporcionadas por la bibliografía teórica en cuanto a cómo debe estar equipado un consultorio destinado al trabajo con niños.

Agosto fue recibido con dos nuevas donaciones de dos Instituciones: una empresa nacional y una Organización No Gubernamental Internacional (ONG). Al notar que no se contaba con más espacio para almacenar, se le consultó al sector de mantenimiento del Hospital si se contaba con algún mueble de tamaño mediano para poder guardar las herramientas de trabajo. A los días crearon un mueble con forma de castillo exclusivo para el consultorio. El 14, el día de las infancias, se coordinó una actividad con la empresa mencionada, para celebrar el día junto a los hijos/as de los funcionarios/as. Fue una tarde con música y actividades lúdicas y merienda. Se compartió y contó el objetivo del proyecto a los niños y niñas para que quienes quisieran pudieran ser partícipes. En una instancia posterior, niños, niñas y familias llevaron las donaciones y las manualidades realizadas al Hospital. Procedieron entre todos/as a decorar el consultorio con el material donado. Sumado a esto, se limpiaron y clasificaron algunos juguetes disponibles que se encontraban guardados por la mudanza en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

El mes de septiembre fue utilizado para realizar correcciones y repensar los objetivos, ya que el tiempo transcurrió y muchos de ellos no lograron completarse; se siguió trabajando en el marco teórico. Para octubre se recibió una segunda donación de la ONG. Se seleccionó el material acorde, se clasificó y guardó. El material sobrante se llevó a la parte de lavandería del Hospital, donde allí las trabajadoras creadoras de una comisión, recibían donaciones para aquellos usuarios/as del Hospital que necesitaran. También se apartaron otras bolsas de ese material para llevar a dos policlínicas. Para finalizar el mes,

se produjo el primer esbozo del consentimiento informado y se le entregó al Coordinador de SM. De la mano con el trabajo de dicho mes, noviembre fue de utilidad para cerrar el marco teórico. Sumado a esto comenzó a funcionar un Comité de Recepción de niños y niñas y adolescentes, mas únicamente lo realizaba la psiquiatra infantil, pues las psicólogas no tenían más horas disponibles y la alta demanda no permitía generar un espacio donde repensar los horarios y acoplarlos a este nuevo espacio. Lo mismo sucedió con la asistente social. Paralelamente se realizó una búsqueda extensa para la compra del Test de Inteligencia WISC V. Se llamó a editoras y librerías, se consultó con profesionales de otras policlínicas sobre su obtención, incluso también a la docencia de PPRSS.

En diciembre, una vez conseguidas algunas opciones de compra en Argentina, pues el test no se encontraba disponible en Uruguay, se redactó una carta con el detalle de las mismas, opciones de traslado y el porqué de la solicitud, para poder ser aprobada por la coordinación de SM y ser enviada posteriormente a la dirección del Hospital. Por otra parte, se acercó el tiempo de darle un cierre al proyecto a pesar de no haber cumplido con la totalidad de los objetivos. Se comenzó con la redacción de este proceso final. Al mismo tiempo se recibe la última donación del año, el día 29 de diciembre, realizando los mismos pasos de las donaciones anteriores. Para finalizar, en enero del presente año se da la última revisión del trabajo y se entrega a la docente referente.

8. Análisis

En este apartado, se abordará el análisis crítico del proceso del proyecto dentro del contexto del PPRSS. Para esto es necesario recordar que el núcleo de estas experiencias se centró en la mejora de la calidad de atención ofrecida a los niños y niñas y en este trabajo se tiene el propósito de comprender el impacto generado en la atención a este grupo etéreo. En este sentido, se dará respuesta a las preguntas planteadas al mismo tiempo que se establecerá una conexión con la fundamentación teórica.

8.1 ¿Cuáles objetivos del proyecto pudieron efectivamente concretarse?

Durante el proceso, se logró cumplir con algunos de los objetivos propuestos. En primer lugar, se asignó un consultorio específico dentro de la Institución para la atención de niños y niñas, lo que permitió una atención más especializada. Además, se llevó a cabo una mejora sustancial en las herramientas de trabajo utilizadas en las entrevistas a través de la realización de un inventario de juguetes existentes, identificando los faltantes y creando o recreando algunos de ellos, teniendo en cuenta la edad y el desarrollo evolutivo de los niños y niñas. Esto resultó en una adquisición de herramientas nuevas. Asimismo, se realizó una mejora en el espacio físico de la sala de espera, creando un ambiente de espera más

ameno. Por último, se elaboró y puso a disposición un documento de consentimiento informado para que pueda ser implementado, siguiendo el Plan de Prestaciones de Salud Mental y la ley de Salud Mental, lo que garantiza una atención con un marco de referencia donde se brinde la información pautada, respetando los derechos de los usuarios/as. Estos logros han contribuido a fortalecer la calidad del servicio de SM en el Hospital.

Los objetivos cumplidos permitieron visualizar un cambio positivo en las prácticas de intervención psicológica con los niños y niñas. Para fundamentar esta afirmación, se mencionan algunas observaciones realizadas durante el proceso. En primer lugar, la aprobación del proyecto con sus objetivos presentados dio cuenta de que era necesario recrear el espacio. En segundo lugar, desde la observación de la participación comunitaria en el armado del consultorio, los niños y niñas que participaron estaban entusiasmados ante el espacio, sintiéndose cómodos al explorar el ambiente, acomodando las herramientas a su manera y utilizando los juguetes que ya se encontraban allí para jugar. En tercer lugar se encuentran los comentarios constructivos de las profesionales del ESM -quienes utilizaron el espacio- fueron positivos, recibiendo incluso mensajes fuera del contexto de trabajo con felicitaciones por lo creado y aportado al ESM. En cuarto lugar, en el seguimiento y participación de algunos casos pudimos, junto a los niños y niñas, generar un ambiente de confianza de forma más rápida que cuando el espacio no estaba, pues al entrar a la consulta y ver el espacio amoldado para su edad, se entusiasmaron con poder jugar y, en el juego, dependiendo el caso, se sumaba la profesional o yo. Fue notoria la diferencia del juego, por ejemplo, al tener completo un juego de cocina, un niño/a que consultaba por tener dificultades en la alimentación, jugaba a cocinar. Antes de adquirir este juego de cocina, el niño se presentaba de forma inhibida y sólo dibujaba pequeños esbozos. El último punto a destacar y que hace a la fundamentación del logro de estos objetivos y su impacto positivo en los usuarios/as como en el ESM, es que en la actualidad, pasado un año, sigo recibiendo comentarios sobre el consultorio. Incluso el equipo de mantenimiento del Hospital creó otro mueble para integrar allí, esta vez con forma de auto.

En la justificación teórica del proyecto se tomaron conceptos que se consideran indispensables para este análisis. Respecto a la realización de estos objetivos, se desarrolló el concepto de entrevista de juego como una técnica que “valora el juego como forma de comunicación, así como la palabra en el adulto” (Muniz, A., et. al, 2018, p. 25). Al ser esta una forma de comunicación, el niño/a expresa sus conflictos, fantasías, deseos, vivencias y sentires a través del acto en los juegos, lo que le permite repetir situaciones y hacer activo aquello que vivió de forma pasiva, en un intento de elaboración que no desarrolla el lenguaje en su complejidad (como el ejemplo mencionado anteriormente del niño que utilizaba los juguetes para preparar comida y alimentar a psicóloga y practicante).

Melanie Klein (1955) fue la primera en introducir la técnica de juego como herramienta en la psicoterapia y en cuestionarse acerca del espacio físico donde se la realiza. A través de las experiencias de sus casos, concluye que el infante es capaz de superar las resistencias del trabajo terapéutico en un espacio neutro, que salga de lo cotidiano del hogar, donde pueda darse una transferencia acorde. Piensa en este nuevo espacio como un espacio analítico, una zona potencial donde el juego opera como mediador entre niño/a y profesional. Concordando con lo planteado, la intencionalidad de estos objetivos, sin haberlo descrito en términos terapéuticos, fue crear este espacio con el fin de mejorar la calidad de la atención que incluye un mejor vínculo usuario/a-psicólogo/a. Este vínculo a largo plazo produciría adhesión a los tratamientos, transferencias positivas, por consiguiente, una mejor evolución en la salud de los usuarios/as.

Siguiendo a Muniz, et. al. (2018) se cree necesario conformar la caja de juegos con los siguientes juguetes: maderitas, hojas, lápices negros y de colores, goma, tijera, cascola, sacapuntas, cuerda, trapo, dos o tres muñecos, animales salvajes y domésticos, autos, aviones, elementos de cocina, pelota y cartas. Carrasco (como se citó en Perpiñá, 2012) concuerda en que deben existir herramientas para dibujar y pintar, bloques de construcción, juegos de mesa, libros, muñecos y marionetas. También es ideal poder contar en el espacio de consulta con distintas zonas para distintas actividades, pero si esto no puede cumplirse, es necesario asegurarse de tener un espacio que permita interactuar con el niño/a su misma altura, preescolares con mesas y sillas de altura apropiada, para los mayores mesa amplia, entre otros. El cumplimiento del objetivo residió en obtener todas las herramientas mencionadas, pudiendo distribuirlas de forma acorde y siguiendo la teoría, en el consultorio. Sumado a esto, fue tanta la cantidad recibida de donaciones, que muchas de ellas se distribuyeron en otras Policlínicas de la ciudad con el mismo fin.

¿Por que no existía el espacio necesario para las consultas con niños y niñas? En varias de las conversaciones que se tuvo con el ESM en referencia al funcionamiento del servicio, su historia, entre otras cuestiones, se menciona que no se volvió a armar el espacio que se tuvo en la casa alquilada antes de la mudanza a este Hospital, básicamente por falta de tiempo para planificar el espacio -pues el tiempo se utiliza mayoritariamente para atender consultas individuales- y que no existía la cantidad suficiente de materiales para su creación. En esta respuesta, sin embargo, se cree pertinente mirar más allá de lo evidente. Para esto se necesita volver al desarrollo de la justificación y problematización de este trabajo, donde se resaltó la necesidad de revisar la influencia del paradigma individual-restrictivo y el modelo médico-clínico que sigue instaurado fuertemente en la formación de los recursos humanos de las instituciones y en el Hospital, siguiendo a Saforcada, et al (2010). Visibles son sus efectos prácticos, tales como incongruencias, mala administración de recursos, improvisaciones de los funcionarios, entre otras. Cabe recordar

las cuatro consecuencias visibles que mencionan: el enfoque existente en la formación de los psicólogos hacia las partes de la salud afectadas, imposibilitando, muchas veces, ver aquellas partes que no lo están, lo que repercute en el trabajo de protección y promoción de la salud; la práctica psicológica enfocada en las enfermedades mentales; las prácticas orientadas mayormente a la clínica restrictiva, teniendo en cuenta al sujeto como un caso cerrado, lo que obtura la mirada ecosistémica del proceso de salud y del tejido social del que el sujeto es parte y por último, la poca apertura hacia la integración de equipos multidisciplinarios para atender las demandas de salud. Para comenzar a cambiar estas consecuencias -que existieron y son, en parte, motivo por el cual se necesitó del desarrollo de diversas intervenciones para mejorar la calidad de atención-, los autores proponen como enfoque el paradigma social-expansivo que se desarrolla asumiendo los problemas de la salud desde su naturaleza ecosistémica:

surge entonces la necesidad de entrelazar, en la búsqueda de comprensión del proceso de salud y sus emergentes, aquellas conceptualizaciones que permitan pensar en forma holística conceptos fundamentales tales como proceso de la vida, medioambiente, participación social y ciudadanía, responsabilidad colectiva, sujeto y subjetividad, entre otros.” (Saforcada, et al., 2010, p. 13)

De esta forma, asumir los problemas de salud desde su naturaleza ecosistémica permitirá repensar las prácticas naturalizadas que recogen partes aisladas de las vidas de los usuarios/as para justificar sus padecimientos, entendiendo el contexto en el cual se encuentran sumergidos, poder trabajar en la prevención y en la promoción de la salud mental. Se enfatiza en la necesidad del modelo teórico en salud que se guíe por el entendimiento de todos los factores que influyen en la vida de estos. Para esto se cita la teoría ecológica que propone Bronfenbrenner (1987, como se cita en Cortés, 2004) quien expresa que los contextos son los que marcan el desarrollo humano y destaca la importancia del estudio de los ambientes en los que se desenvuelve. Estos ambientes conforman la suma del contexto con sus características físicas y sociales, sus idiosincrasias, en una interacción dinámica. Dentro de este contexto se desarrolla la persona y en esta trayectoria el sujeto percibe el entorno y se comporta dentro de él. Por lo que todo trabajo teórico y/o empírico debe estar siempre contextualizado en estas coordenadas

Así, Bronfenbrenner (1987) define a la ecología del desarrollo humano como el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo (en

desarrollo) y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive. Este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los entornos y por los contextos más grandes en los que estos están incluidos. Siguiendo esto, el modelo se estructura por cuatro sistemas: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Para ejemplificar lo que conforma cada uno de estos, se toman variables que se observaron a la hora de definir los objetivos del proyecto. Microsistema es un conjunto de actividades, roles y relaciones que el sujeto experimenta en un entorno determinado, por ejemplo el hogar donde habita. Mesosistema refiere a dos o más entornos donde el sujeto es partícipe, ejemplo hogar e institución educativa. El exosistema sería uno o más entornos que no incluyen al sujeto, pero que lo afectan de alguna forma, por ejemplo el trabajo de sus tutores. El macrosistema refiere a las correspondencias de los sistemas mencionados a nivel de la subcultura o la cultura en su totalidad, junto al sistemas de creencias o ideología que dan sustento a las correspondencias de ésta. Asimismo el autor destaca las transiciones ecológicas, que son, por ejemplo, la llegada de un nuevo hermano, graduarse, cambio de empleo, casarse, etc. Estudiar el desarrollo de los sujetos y las transiciones ecológicas permitirá enfocar la atención hacia lo que necesita. La importancia de estas transiciones deriva del hecho de que con frecuencia implican cambios de rol, en las expectativas de conductas asociadas con determinadas posiciones en la sociedad. Los roles, menciona el autor, tienen un poder para modificar cómo se trata a una persona, cómo actúa, lo que hace, lo que piensa y siente (Cortés, 2004).

Sumado a esto, cabe resaltar el lugar de la política pública como transformadora de las condiciones materiales de la vida, en términos de justicia e igualdad social, a la vez que construye una forma de mirar las problemáticas asociadas y sus posibles respuestas como sostiene De Pena y Silva (2017). Se las entiende, en general, como un conjunto de acciones coherentes y articuladas para cumplir con ciertos objetivos y fines en el marco público de programas e instituciones, desde la gestión del Estado, en función de los intereses implicados en dicha gestión. Esta opera como mecanismo de reconocimiento y efectivización de los derechos, a su vez, habla del compromiso que tiene el Estado con las conquistas “en términos de superación de las condiciones de vida de todo el conjunto social” (p. 82) tanto materiales como la forma de mirar los problemas, sus lecturas y respuestas. Es un espacio indispensable en el proceso de cambio de paradigma, pues su direccionamiento habilitará relaciones de poder concentradas en grupos de interés del campo de la salud mental. Por lo tanto, el análisis de las políticas públicas plantea la necesidad de identificar la complejidad y la multidimensionalidad de los asuntos.

Es importante mencionar que Saforcada, et al. (2010) reflexionan sobre la importancia de erradicar la expresión “salud” mental para utilizar “psicología de la salud” y “lo mental en la salud” (p. 24), pues esto ayudaría a disminuir el divorcio entre profesiones médicos/as y psicólogos/as, cuya unión es necesaria para el desarrollo de la salud desde la perspectiva que se ha analizado. Este cambio también tiene que ver con hacerse cargo de los desafíos actuales que se le presentan a la psicología para poder tener impacto desde la perspectiva ecológico-sistémica en el campo de la salud en América Latina.

El proyecto fue un trabajo que intentó, dentro de las posibilidades como practicante, realizar mejoras en la calidad de la atención, pudiendo tener en cuenta para las intervenciones los diversos focos que atravesaba la atención y la salud de los usuarios/as. Este intento se encontró cruzando entre cuestiones relacionadas a la influencia del modelo clínico y a la dificultad del cambio de modelo para el ESM en sí como para el funcionamiento de la institución. El estudio del desarrollo humano desde el enfoque ecosistémico permitiría comprender de forma integral los problemas de salud que se atendían, permitiendo mejorar aspectos en relación a los tratamientos, es tan importante ir en esa línea además de tener el espacio adecuado para realizar las intervenciones. Se considera necesario seguir pensando y cuestionando el papel de las políticas públicas en la salud. Son una herramienta poderosa para efectivizar los derechos de los usuarios/as y su dirección es crucial en el cambio de paradigma.

Debido al movimiento generado por las donaciones, se logró un acercamiento a otras Instituciones del departamento escasamente vinculadas al Sistema de Salud y también la participación de familiares y usuarios del Hospital. Esto conlleva a generar movimientos en la comunidad, haciéndose partícipes de la creación del nuevo consultorio. En este punto no fueron trabajadas en el proyecto cuestiones como la participación comunitaria, únicamente se hace mención de la cooperación de las personas en las diferentes instancias transitadas. Sin embargo, en este trabajo se cree pertinente analizar sobre qué se entiende por participación comunitaria y si esta corresponde ser trabajada. A saber, la participación comunitaria es un requisito de la APS, que, como se ha mencionado al comienzo, es un instrumento que extiende la cobertura en servicios de salud.

Garré, et al. (2013) definen a la participación comunitaria como el proceso donde los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades (la urgencia de atención psicoterapéutica para niños y niñas) y las de la comunidad (la necesidad de contar con este espacio de consultas para niños y niñas en el Hospital). Esto produce que adquieran un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el del grupo “contribuyendo

conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo” (s/p). La participación social como el proceso social donde los agentes sociales intervienen en la toma de decisiones en la actividad social y de las instituciones “mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior al presente” (Organización Panamericana de la Salud, 1999, como se citó en Garré, et al., 2013, s/p). En los servicios de salud también se debe garantizar el desarrollo social de las comunidades, por lo que es indispensable vincularse con ellas, conocerlas. De caso contrario se corre el riesgo de no cumplir con los objetivos propuestos, restando efectividad a las acciones al no conocer el estado de salud de los habitantes. La comunidad debería tener un rol de cogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la resolución de problemas. El empoderamiento de la comunidad es un requisito de la participación, pues promueve la promoción de la salud al apropiarse de los recursos y acciones que promuevan cambios en esta.

¿Por qué fue pertinente pensar en la mejora del espacio de las salas de espera? Se procedió a pensar en intervenciones para disminuir en los usuarios/as el malestar que generaba la espera. El hecho de ir a un Hospital implica entrar en un nuevo entorno con un funcionamiento diferente, generalmente asociado a la enfermedad. Esto puede generar miedo, inseguridad, ansiedad, estrés y una sensación de desprotección. Además, los factores de incomodidad pueden estar relacionados con el tiempo de espera y las preocupaciones externas que los acompañantes y/o usuarios/as puedan tener, como problemas económicos, llegadas tarde al trabajo o a la escuela, hambre, sed, etc (da Silva, et al., 2007). Estos factores pueden variar entre los usuarios/as, pero se manifiestan en el mismo lugar: la sala de espera.

En el proyecto se menciona la existencia de dos salas de espera: una sala general que forma parte del pasillo del Hospital y otra dentro de SM que es un pasillo que da acceso a los consultorios. En este caso se hará foco en la mejora de la sala de espera. Dado lo observado y descrito anteriormente, se procedió a pensar en intervenciones para reducir la incomodidad que experimentaban los usuarios/as durante la espera. Para eso se investigó la importancia de tener juguetes disponibles, ya que son herramientas que permiten trabajar con las emociones. Según una investigación, los juegos como mediadores en la sala de espera, mitigan el tiempo de espera y generan tranquilidad, desinhibición, relajación, entre otros.

La adquisición y colocación de juguetes en esta sala permitió que, aunque el espacio siguiera siendo limitado, se utilizara más frecuentemente por los niños y niñas. Se agregaron más juegos, sillas y una cartelera para colocar los dibujos y otras creaciones realizadas allí, lo que produjo un sentido de pertenencia en algunos niños y niñas pues al

volver a consulta tiempo más tarde, su producción se había guardado en la cartelera. También contribuyó que, en momentos de crisis de algún niño en la sala de espera, alguien del ESM, tanto la enfermera como practicante y/o residente, o alguna de las psicólogas, se encontraba disponible para ayudar a mitigar la incomodidad producida. Por ejemplo, se sentaban a dibujar con el niño/a, exploraban el entorno para que este/a se familiarizara con el espacio, se utilizaban juegos de mesa y otros juguetes, se generaban diálogos y se creaban cuentos. Estas observaciones permiten afirmar que hubo una disminución en la incomodidad de los usuarios en la sala de espera durante la implementación del proyecto.

En conclusión, las salas de espera pueden ser espacios enriquecedores si se utilizan de manera más eficiente. El proyecto comparte la teoría desarrollada en cuanto a la necesidad de humanizar la asistencia con estrategias creativas y espacios adecuados, los cuales son un medio de comunicación y acercamiento entre usuarios/os y ESM.

El objetivo de la realización del consentimiento informado fue pertinente porque este es el marco regulatorio para el usuario/a y el profesional en referencia a las cuestiones relacionadas a la estrategia terapéutica. Se encuentra en la Ley de Salud Mental (2017) en su artículo 23. En el caso de la población con la que se intervino se requiere que el consentimiento sea trabajado con el padre, madre o tutor/a del usuario/a. Esto produce una mayor comunicación sobre la estrategia, resuelve dudas y da seguridad para ambas partes. Rodríguez (2017) alude a que el proceso de obtención de este consentimiento es un acto de comunicación y la información que se proporcione es diferente para cada usuario/a. La importancia del mismo se corresponde con un proceso de cambio en el modelo hegemónico de la relación clínica, transformándose desde el paternalismo -principio de beneficencia que se sostiene en el conocimiento y los valores del médico- hacia el de autonomía -donde enfatiza el principio de libertad-. Se trata de un proceso que han llamado transición bioética donde los cambios culturales se encuentran rezagados respecto a los cambios legislativos.

En el consentimiento se describieron, según el Plan de Prestaciones de Salud Mental, los modos de abordaje para los usuarios/as que corresponden a la modalidad y la cantidad de sesiones. Asimismo se suma la cantidad de inasistencias permitidas, el reingreso a la prestación y la solicitud de cambio de terapeuta. Se tomó para su realización, el ejemplo brindado por una practicante del programa, de otra Policlínica. Este se entregó a modo de “esbozo” para que sea supervisado y/o corregido anteriormente a su utilización. Las profesionales del ESM estaban al tanto de la necesidad de este marco regulatorio y estuvieron de acuerdo en el esbozo realizado. Se discutió sobre la forma de aplicabilidad, en formato papel y adjunto a la Historia Clínica de cada usuario/a, o de forma virtual. El

documento se creó y entregó, pero no se obtuvieron respuestas o devoluciones por parte de la coordinación hasta la fecha de cierre del proyecto.

8.2 ¿Cuáles objetivos no pudieron concretarse y por qué? ¿Qué desafíos quedaron pendientes?

En un principio, no se logró concretar la actualización de la herramienta Test de Inteligencia WISC V que se emplea en la actualidad. La transición de la utilización del WISC III al WISC V, indudablemente, habría posibilitado una evaluación más actualizada de las capacidades intelectuales de los usuarios/as. El objetivo no se cumplió debido a la falta de respuesta para la aprobación de la compra. Conexamente, se propuso generar una capacitación para el ESM sobre el uso de las técnicas proyectivas y de evaluación intelectual, con el propósito de mantener al día sus conocimientos. Esta iniciativa buscaba no solo mejorar la calidad de la evaluación, sino también reducir la carga de trabajo de las dos psicólogas que aplicaban estas técnicas al tener todos/as el mismo conocimiento.

Durante el proceso de implementación del proyecto, surgió la inquietud de si existía un uso excesivo del Test de Inteligencia, dado que se notaba una alta cantidad de consultas con el único propósito de obtener un informe con el CI del niño/a, para cumplir con los requisitos de las instituciones que solicitaban estos informes. A su vez, en muchos casos, los diagnósticos generados posterior a las evaluaciones se asociaban de manera inmediata a tratamientos farmacológicos, lo que implicaba una consulta con psiquiatría antes de volver a consultar con el/la psicólogo/a. Debido a la falta de un Comité de Recepción específico estos procesos se llevaban a cabo de manera independiente, lo que resultaba en largos períodos de espera, a veces de semanas o incluso meses, para obtener estas consultas y finalmente lograr una respuesta.

Raggio (1994) sostiene que en el ámbito psicológico, las técnicas son consideradas como una parte inherente del proceso, por lo que requieren ser dominadas, aprendidas y aplicadas para demostrar resultados que se encuentran previstos en los manuales de referencia. De hecho, se encuentra tan asentada la tarea que se ha tornado estable, se ha incorporado en el modo de existencia dominante de formas sutiles, siendo altamente valorada tanto por profesionales, estudiantes como por los usuarios/as. Según el autor, da la impresión de que cada intervención está ligada a una o varias técnicas. Sin embargo, esto no implica que las técnicas carezcan de utilidad o sentido. Más bien, señala que cada técnica implica una manipulación específica de algún aspecto, lo que a su vez conlleva un ejercicio de poder. El profesional comprende los alcances, efectos y consecuencias de la técnica, lo que hace que cada técnica anticipe un conjunto de resultados y reduce sus

efectos esperados únicamente al ámbito de la intervención. De esta dinámica surge su carácter violento, al imponer "su orden" al manipular las realidades.

Como alternativa a esta imposición, es imperativo reconocer la necesidad de crear espacios de acercamiento en el ESM, donde se trabaje de manera más profunda con los padres, madres y tutores en relación a las cuestiones que derivan en una consulta, con el objetivo de comprender de forma más completa de la problemática y buscar soluciones que no se limiten a depender únicamente de resultados de técnicas desactualizadas. Es importante considerar que cuando se proporciona a la familia de un niño/a un diagnóstico o un resultado, este pasa a formar parte de la identidad de este en la percepción de la familia. La implementación de esta propuesta atención conllevaría aún más cambios en la atención, como la posible extensión del tiempo de consulta o la cantidad de las mismas, pero estos ajustes son consideraciones menores que pueden ser adaptados contando con un respaldo pertinente. Asimismo se debe tener en cuenta a la interdisciplina como una herramienta esencial, destacando la importancia de la transversalidad del conocimiento como una respuesta a las barreras que obstaculizan el abordaje de los trastornos, pues "redimensiona la red de relaciones de poder entre los discursos técnicos y disciplinarios" (Stolkiner, 1987, como se citó en De Peña y Silva, 2017, p. 84).

Volviendo a Raggio (1994), el autor indica que el desplazamiento del paradigma que crea esta lógica exige un paso hacia la producción de modalidades no violentas que puedan ser un norte para nuestras prácticas. Por este motivo fundamenta tres enunciados éticos que identifica como nodales para la producción de nuevos sentidos en estas y que se toman para el análisis de las intervenciones:

1. La ética de la crítica se basa en remover aquello eterno o inmovil -por ejemplo la normalización del uso de las técnicas- inaugurando nuevas formas de pensamiento. Apuesta a una práctica que transforme aquello que no se ha vuelto a pensar, a lo instaurado como lógica. Ubicarse en este lugar es un posicionamiento ético porque se evalúan los sentidos de nuestras prácticas, "una denuncia de los encargos y demandas que asumimos, una clarificación de los lugares que ocupamos y funciones que cumplimos en relación a otros" (p. 9).
2. El análisis de la implicación se define como "el conjunto de relaciones conscientes e inconscientes que mantenemos con los sistemas institucionales que diagraman nuestro campo de acción y hasta nuestra acción misma" (Lourau, 1975, como se citó en Raggio, 1994, p. 9).
3. La ética de la no violentación como una ética propositiva que entiende a las técnicas como instrumentos. El instrumento adquiere sentido cuando se requiere en una situación concreta, evitando pensar en el tecnicismo de carácter universal. De igual manera se aclara que el abandono de la clínica como referencia práctica

no significa descuidar al sufrimiento humano, sino a su consideración como parte de una realidad social que va más allá de los límites del dispositivo que implementa la medicina. Estos instrumentos éticos se consideran necesarios para la práctica psicológica en los espacios de salud pues aportan al poder pensar las prácticas para no retroceder en la visión de estas, orientadas a los derechos humanos, especialmente en los de los niños y niñas.

¿Cómo se puede utilizar el espacio de sala de espera para lograr un trabajo terapéutico? Para responder a esto y planificar las intervenciones, se tomó como primera referencia un proyecto desarrollado en una sala de espera pediátrica por Rigotti y Torcomian (2019). Este se centró en promover la crianza saludable y el desarrollo infantil a través de intervenciones en la sala de espera. Su fundamento se centró en que la familia interviene en el desarrollo socioafectivo de los niños y niñas a través del aprendizaje, en la convivencia, vínculos e interacciones, y estos vínculos tempranos pueden ser potenciadores del desarrollo neurológico y psíquico. Para esto trabajaron en la creación de un espacio de intervención en la sala de espera, donde un psicólogo estaba disponible para atender a acompañantes y niños y niñas antes de sus consultas pediátricas. El resultado debería ser comprender desde otro ángulo la vida de los usuarios/as para poder generar lineamientos terapéuticos con perspectivas más completas e integradas.

Sin embargo, replicar y adaptar el enfoque de Rigotti y Torcomian (2019) resultaba inviable en el contexto del ESM, por lo que se buscó otra alternativa. Se observó que una parte de la población en la sala de espera pasaba su tiempo utilizando sus teléfonos móviles. Esto llevó a tomar como referencia el enfoque propuesto por Vieira (2015) quien en su artículo describe la presencia de códigos QR en la sala de espera de un Hospital de SM. Estos códigos proporcionaban información sobre los servicios brindados, información sobre la salud, entre otros. Se consideró la posibilidad de ampliar estas temáticas con material adicional sobre promoción de la salud y prevención, en un intento de seguir el lineamiento de la APS, así como consejos sobre prácticas de crianza respetuosa con el medio ambiente, alimentación saludable, prevención de enfermedades y otros temas relevantes para las infancias. Asimismo se contempló la creación de juegos interactivos con preguntas y respuestas para que el aprendizaje se vuelva más didáctico, así como la inclusión de videos educativos.

Esto podría parecer simple y podría realizarse desde los hogares. Sin embargo, el entorno hospitalario y el tiempo de espera disponible se tomaron como posibilidad para que el usuario/a y las familias pudieran aprender, aprovechando la tecnología como recurso. Sin embargo, esta modalidad tampoco pudo llevarse a cabo debido a que la gran cantidad de donaciones recibidas, la necesidad de gestionarlas, ordenarlas y clasificarlas, las diversas

demandas de actividades planificadas, la limitada flexibilidad horaria y la participación limitada del ESM. Estas condiciones llevaron a ocupar la cantidad de horas disponibles, por lo que no se generó el espacio para crear y seleccionar el material adecuado para integrar a los códigos QR. Como resultado, en su lugar, se llevaron a cabo intervenciones ocasionales en la sala de espera utilizando libros de cuentos, juegos y juguetes ya disponibles en los consultorios.

La creación de un Comité de Recepción específico para NNA resultó ser otro de los objetivos que no se logró implementar de manera efectiva. Si bien se discutió su creación y se reafirmó en varias reuniones de equipo su importancia para regular las consultas y dar seguimiento a los casos, así como para actualizar el material de diagnóstico, solo se logró establecer parcialmente. En este sentido, funciona únicamente con la presencia de una psiquiatra infantil, según la disposición de la coordinación. Esta propuso ajustar los horarios de otros/as profesionales necesarios, para su implementación completa en 2023, pero, hasta la fecha, no se dispone de información sobre si este cambio se produjo. Como resultado, el proceso continuó siguiendo la estructura de trabajo disciplinario por separado. En resumen, todos los objetivos mencionados en esta respuesta se consideraron pendientes de realización.

8.3 ¿Cómo fue el proceso de implementación de los objetivos y qué ajustes se realizaron? ¿Hubo cuestiones no contempladas en un principio que se efectivizaron?

El proceso de implementación fue complejo. Se encontraron las dificultades generales que pueden existir en todo proyecto, como por ejemplo cumplir con determinados plazos o adquirir ciertos permisos institucionales, pero en este caso se puede evaluar que gran parte de la demora, del cumplimiento escaso o el incumplimiento de los objetivos, se debió al insuficiente apoyo por parte de la coordinación del equipo, tomando, en varias oportunidades, una postura de resistencia a su realización. Ejemplo de lo mencionado es que en cierto momento cesó la búsqueda de capacitaciones para el ESM respecto a las técnicas de evaluación y el no aprobar el documento de solicitud de compra del WISC V, el cual se encontraba firmado por todos/as los/las integrantes del ESM, pronto para ser entregado a la Dirección del Hospital. La cantidad de firmas en dicha carta indicó que el ESM en conjunto estaba de acuerdo con la renovación del material, no solamente practicante y residente.

En este panorama, se replantearon los objetivos para que fueran más alcanzables, teniendo en cuenta los posibles resultados y de disponibilidad de tiempo y recursos. En consecuencia, el cronograma de actividades fue ajustándose a medida que se encontraban

espacios para lograr los objetivos. Estos desajustes, como la falta de apoyo, generó por momentos inseguridad en lo que concierne a las intervenciones realizadas, si estas se estaban ejecutando de manera correcta. A pesar del entusiasmo y las ganas de seguir trabajando en el proyecto a pesar de los obstáculos, se generaron momentos de desmotivación al no lograr cumplir con ciertos objetivos que se consideraron indispensables para la mejora de la atención, por encontrarse pendientes de aprobación, sabiendo que si se aprobaban generarían cambios positivos para la mejora de la atención como también para el ESM. La importancia de un apoyo técnico e institucional se considera indispensable por el rol y el nivel de poder de decisión que conlleva el cargo, lo que permite, muchas veces, agilizar procesos, pensar estrategias y llevarlas a cabo. Esta falta de disposición con el proyecto tiene relación con que el mismo no tenía relación con las preferencias del coordinador en cuanto al trabajo, lo cual fue mencionado en una reunión de equipo poco tiempo después de la aprobación del proyecto y antes de la suspensión del mismo. El mayor nivel de involucramiento por parte del ESM en el proyecto, se dio meses después de su comienzo.

Por otro lado, una de las acciones no pensadas para el proyecto tuvo que ver con la participación de la comunidad en las instancias de donaciones y en el armado del consultorio. Sin embargo, gracias a este accionar que funcionó de forma espontánea, generó un nuevo capítulo en el desarrollo de la historia que permitió evaluar la escasa comunicación que se tiene con otros actores/as de la comunidad coloniense. Asimismo estas experiencias son parte de un desarrollo personal pues permitió un alejamiento del modelo hospitalocéntrico para funcionar de forma colectiva, pensar con estos actores/as y llevar a cabo el objetivo en común. La sensación de trabajo en equipo se sintió en las instancias, el apoyo y la esperanza de que juntos/as se haya logrado un cambio en el servicio. El desafío que plantea la participación comunitaria en salud es: “apostar a la diversidad, al crecimiento personal, a la circulación del poder en forma horizontal, al diálogo, a la solidaridad y a la absoluta certeza de que los hombres y las mujeres somos irremediablemente sujetos y actores de nuestras propias vidas” (Garré, et al., 2013, s/p). En otras palabras, este trabajo en conjunto operó como facilitador para llevar a cabo los objetivos cumplidos. Asimismo, esta sistematización también es colectiva pues se espera de este trabajo la revisión y/o opinión de posibles actores vinculados, compartiendo esta construcción de análisis y posibles nuevas miradas a los asuntos que nos convoca. En este sentido incluso este trabajo opera como facilitador para analizar y compartir la experiencia.

Sin embargo, pese a todos estos hechos visibles este análisis no cuenta con datos cuantitativos que permitan medir la cantidad o grado de participación comunitaria en el

proyecto, pues no se tuvo en cuenta de forma específica ni como objetivo. Sin embargo se tienen aspectos cualitativos detallados en el párrafo anterior. Para este desarrollo estuvo presente la comunicación entre actores que permitió la organización y el diálogo sobre las actividades. Según la OPS, una de las herramientas para la participación en salud es la comunicación, que se define como “compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud” (como se citó en Garré, et al., 2013, s/p). Esta no es únicamente transmisión de información, debe articularse con otras características para que sea efectiva en la producción de cambio social, tales como la negociación y la construcción de diálogos colectivos. También es un eje transversal para PPRSS y la docencia. Se entiende que sin la comunicación que se produjo durante el proceso, sería inasequible el desarrollo del proyecto. Sin embargo esta no estuvo presente en su totalidad, pues responde a los objetivos que no pudieron cumplirse. Se entiende que su falta también tuvo que ver con la falta de involucramiento en el proyecto por parte de la coordinación de SM.

8.4 ¿Se generaron nuevos apoyos o resistencias a la propuesta?

Como se mencionó anteriormente, el proyecto recibió la aprobación y el respaldo de la Coordinación de Salud Mental al comienzo. Sin embargo, en los meses posteriores, el proyecto no recibió apoyo ni se le dio consideración en ninguna otra reunión de equipo o intercambio con el coordinador -cabe aclarar que además de su rol de coordinador de SM fue el referente en el marco del PPRSS-. A esto se sumó, posiblemente como una resistencia, la falta de atención a los objetivos del proyecto, lo que indicaba que tenía un bajo nivel de importancia. La cooperación del Coordinador resultaba esencial, ya que aspectos como la aprobación para la adquisición del nuevo Test de Inteligencia o la creación del Comité de Recepción requerían su aprobación previa antes de ser considerados por la Dirección del Hospital. Por estas razones, y en base a lo analizado en respuestas anteriores, se puede concluir que hubo resistencias durante el proyecto que afectaron a los objetivos que no pudieron concretarse.

En el proyecto se expuso la distinción teórica entre “trabajo en equipo” y “trabajo en grupo”. En el texto, se destaca que el trabajo en grupo se desarrolla a partir del trabajo en conjunto y que, a través de este proceso, se construye el trabajo en equipo. Por lo que el trabajo en equipo sería el producto del grupo. Algunas de sus características son la integración, la flexibilidad, la cooperación, la firmeza, la construcción facilitada desde la deconstrucción de modelos estructurados para modificar ciertos esquemas de pensamiento y acción, que permitan generar nuevas creaciones de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios (Novoa, et al., 2007, como se citó en Castillo, 2022, p.6).

Dentro de esta distinción, se observa un claro contraste en la respuesta del ESM: mientras algunos miembros brindaron su apoyo, otros no se involucraron en ninguna etapa del proceso. Entre quienes respaldaron el proyecto, se pueden identificar dos grupos: aquellos que mantuvieron una cooperación constante a lo largo del mismo y quienes colaboraron en objetivos específicos. Durante la fase de implementación de los cambios en el consultorio y la gestión de la mayoría de las donaciones, practicante y residente asumieron la responsabilidad de estas tareas, con algunas colaboraciones puntuales. Este contraste en la participación puede atribuirse tanto a la falta de interés de ciertos miembros como a las limitaciones de tiempo, en vista de la carga diaria de consultas de cada profesional.

En base a esto se puede concluir que no se logró formar un trabajo en equipo unificado. Si se hubiera construido una dinámica de trabajo en equipo más sólida, es probable que se hubiera tenido éxito en la realización de algunos de los objetivos que no se lograron cumplir. Sin embargo, para comprender plenamente la dinámica, es necesario examinar diversos factores internos y externos que influyeron en cada miembro, incluyendo su función en el equipo, su motivación o la falta de ella para las tareas, y su disposición a participar en asuntos que podrían estar por fuera de sus intereses personales. En última instancia, se manifestaron más resistencias, tanto conscientes como inconscientes, que apoyo en general. En contraste es importante destacar la contribución de la residente del programa, quien tuvo un papel fundamental en el impulso y la consecución de los objetivos, así como en la motivación durante el desarrollo del proyecto.

Considerando algunos de los factores mencionados, especialmente desde el punto de vista Institucional, Bibbó (2015) reflexiona sobre las diferentes manifestaciones de la angustia en los equipos que trabajan en Instituciones, en particular aquellas que se dedican a "aquello que lo social excluye" (p.1). Todo esto conduce a la formación sintomática que forma parte del sufrimiento Institucional. Comienza mencionando al primer obstáculo que enfrenta alguien que se incorpora a un equipo de trabajo: la identificación con la meta institucional. La institución introduce al individuo singular al orden ya establecido, con leyes y un lenguaje particular que establece una serie de limitaciones, generando así sufrimiento. Asimismo, el ser humano se estructura como tal en la inserción institucional. La institución tiene un rol de sostén y proporciona modelos de identificación y pertenencia, así como la tarea en sí misma es una fuente de identificación que refuerza el sentimiento de pertenencia al colectivo. "El pensar juntos es una de las funciones centrales de las instituciones y una de las más disfrutables, probablemente porque se trata del reencuentro con la experiencia del espacio transicional" (Kaës, 2005, como se citó en Bibbó, 2015, p. 2-3). También se

movilizan otras cuestiones como ansiedades y defensas, y todo esto contribuye a la complejidad de la realidad psíquica en la institución.

Inevitablemente aparece la angustia. El sufrimiento activa mecanismos de defensa institucionales, lo que hace que la práctica cotidiana se perciba como natural, con frases como -"acá la cosa es así"- . "Se sostiene lo impensado e impensable" (Bibbó, 2010, p. 3). Los efectos hacen que la angustia pierda su potencial transformador, se convierta en un obstáculo y se reconoce cuando afecta a la tarea y dentro de este malestar se encuentran las quejas, el cansancio, la automatización de la tarea, la desmotivación, entre otras. Estos signos pudieron observarse en el ESM, por ejemplo la desmotivación a nivel general, que pudo ser consecuencia de no colaborar con el proyecto. También se observó el cansancio mental y físico producido por realizar la misma tarea durante muchos años, específico el caso de quienes se encargan de las Evaluaciones de Inteligencia, la tarea se volvió repetitiva. La angustia apareció en varias ocasiones después de discusiones dadas en las reuniones de equipo, también la desmotivación y el sentimiento de resignación. Se escucharon frases como "hace años pasa lo mismo", "eso no va a cambiar". Se considera indispensable considerar estas cuestiones a la hora de analizar las resistencias y obstáculos presentados en el desarrollo del proyecto. Para finalizar, una reflexión importante es que siempre se busca contribuir de diversas formas para mejorar la calidad de vida y la atención de los usuarios/as, pero muchas veces se descuida la calidad del trabajo y a los síntomas que este produce. Para Kaës es importante distinguir que el sufrimiento institucional es muy complejo y que no es la institución la que sufre, sino sus integrantes de su relación con esta institución.

8.5 ¿Cómo se desarrolló la implicación como practicante en el proceso de la propuesta (diseño e implementación)?

Se percibe a la implicación como la noción que refiere al análisis de las líneas que envuelven al sujeto, y que pertenece al ámbito del análisis institucional (Granese, 2018), así:

La implicación viene con nosotros en tanto sujetos sociohistóricos y políticos, y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, las instituciones, en fin, todo aquello que involucre un pronunciamiento o una acción de nuestra parte. Lo deseemos o no estamos involucrados intelectual y afectivamente, sujetos a una particular manera de percibir, pensar y sentir en razón de nuestra pertenencia [...] y

esas implicaciones condicionarán nuestros juicios y nuestras decisiones (Acevedo, 2022, p. 9)

El análisis de la implicación es pertinente porque abre el camino hacia la crítica del y la comprensión del sujeto. Este interviene desde la lógica en la que piensa, la cual está dirigida por marcos teóricos, experiencias de vida y los contextos institucionales. Además, aporta material para el estudio de las instituciones y sus procesos de producción, ya que la forma en que las personas se involucran en la institución y las influencias que reciben reflejan procesos y dinámicas institucionales, desplazamientos de sentidos, significaciones sociales, entre otros (Gastaminza, s/f).

Desde el momento en que comienza un proyecto se indica su proceso, que dependerá de las características mencionadas anteriormente, así como de cómo las personas que intervienen, sienten, actúan, piensan y se relacionan entre sí. El proceso se convierte en su componente vital y factores como novedades, cambios, resistencias, impulsores externos o internos (como las donaciones recibidas) influyen en la rapidez de la ejecución. Por lo tanto, debe existir una relación entre el proyecto y su proceso. También la sistematización reconoce las implicaciones del sistematizador/a y cómo influyen en su trabajo, "evaluamos el proyecto y sistematizamos la experiencia vivida durante el proceso." (Jara, 2018, p. 125-126)

En lo que respecta a mi implicación en el proyecto, quiero comenzar destacando mi profundo interés en el trabajo psicoterapéutico con niños y niñas. Desde el inicio, he tenido una clara visión de que mi futuro profesional estará estrechamente ligado a la mejora de la calidad de vida de las infancias. La interacción con los niños y niñas es una fuente constante de aprendizaje, una práctica desafiante y una experiencia enriquecedora. Tener la oportunidad de contribuir a la mejora de la atención de al menos un niño/a al crear un espacio seguro para expresar sus emociones y al generar el Consentimiento Informado, marco regulador de sus tratamientos, es gratificante tanto desde una perspectiva profesional como personal. Asimismo, experimenté una gran satisfacción al observar el consultorio una vez terminado y al presenciar la llegada de las donaciones y con las coordinaciones para establecer instancias de participación tanto dentro como fuera del Hospital. Fue emocionante ver a los niños y niñas felices jugando con los materiales nuevos. Se destaca el compromiso y el apoyo de la residente del programa, así como la dedicación de este pequeño equipo, se tradujeron en la promoción de la escucha activa, el fomento de la participación, la aplicación de autocrítica y la aportación de conocimientos teóricos al trabajo desarrollado, así como en un impulso para seguir a pesar de los obstáculos.

A pesar de la suspensión temporal del proyecto, se generaron movimientos que superaron la pausa prevista, lo que nos llevó a retomarlo con la esperanza de lograr un cambio significativo y encontrar alternativas para cumplir, al menos en parte, algunos de sus objetivos. En relación a esta suspensión y en cuanto a los obstáculos y resistencias que surgieron, puedo afirmar que varias de las consecuencias de la angustia institucional me afectaron durante el proceso. La falta de apoyo básico para concretar todos los objetivos me llevó a invertir una cantidad considerable de esfuerzo extra en pensar y buscar alternativas que pudieran ayudar a la realización de estos. En ocasiones, esto hizo que el proceso resultara agotador. Un ejemplo de este malestar se dio cuando recibimos una gran cantidad de donaciones y el tiempo disponible resultó insuficiente para clasificarlos, limpiarlos y ordenarlos, lo que me llevó a quedarme hasta la noche para completar la tarea. Además, debido a mi residencia en la capital del país, tuve que ajustar el horario de llegada a mi hogar, a dos horas de distancia. Reflexiono que si hubiera tenido la ayuda necesaria, ciertos momentos del proceso habrían sido menos desgastantes. Las manifestaciones de angustia se hicieron presentes cuando me di cuenta de que los objetivos relacionados con la compra del Test de Inteligencia, la creación del Comité de Recepción y la implementación del Consentimiento Informado podrían haberse materializado si la coordinación lo hubiera tenido en cuenta. A pesar de estos desafíos, en general, siento un profundo orgullo por la creación y el desarrollo de este proyecto, que contribuyó de alguna manera a la mejora en la atención de esta población.

Ardoino (1997) menciona la existencia de la implicación libidinal en practicantes de psicología, pues cada uno siente, observa, escucha a partir de su estructura psicológica y esto es lo que lo diferencia de otras personas. A su vez se encuentra el compromiso con la tarea, que es consciente y voluntario. La suma de estas cuestiones y retomando lo mencionado respecto a la falta de apoyo para concretar el resto de objetivos -lo que produjo en mí un gran esfuerzo extra, teniendo en cuenta que sin el apoyo del grupo realicé todas las instancias e intervenciones sola, o con la compañera del PPRSS-, se expone en este proceso la noción de sobreimplicación. Se refiere a esta:

“cuando la relación con el objeto ocupa todo el espacio y evacúa otros campos de implicación (Manero, 1987), a saber, la demanda de la institución, la relación con la teoría, la relación con la escritura, se psicologiza y se sobreimplica un campo.”
(Lourau, 1991, p. 4).

Dentro de sus productos puede llegar a generar sobretrabajo, estrés, enfermedad y beneficio al crecimiento de la institución. Es notoria la aplicabilidad de esta definición que

propone Lourau en el proceso del proyecto. Considero que esta sobreimplicación fue un armado entre mis condiciones personales y de estudiante en una práctica pre-profesional, como las condiciones que brinda la institución en el contexto de PPRSS, así como del ESM. Las condiciones del contexto y del ESM existían previamente al comienzo del proyecto. Llevar esta “novedad” al equipo me hizo pensar, al comienzo, que quizá podría servir de motivación y de integración, permitiendo un compromiso y un disfrute, pero no fue así. Por esta sobreimplicación no pude -o no quise- ver desde el principio que estas condiciones delimitaban ciertas intervenciones. Cuando pude ver estas resistencias, no planifiqué una estrategia particular para encontrar otras formas de abordaje, pues es difícil ingresar a un ESM integrado, a una institución con sus lógicas y sus formas de funcionamiento, a integrar o cambiar aspectos que se han ido normalizando, como se ha mencionado en la justificación de este trabajo. La premisa fue “hacer lo que está a mi alcance como estudiante” y así fue.

Para concluir, me gustaría hacer referencia a la canción utilizada al comienzo de este Trabajo Final de Grado, la cual aprendí en el jardín de infantes a la edad de cuatro años. A lo largo de los años, esta canción permaneció en mi memoria y la fui cantando sin prestarle atención a su significado. Ahora logro entender por qué mi mente la recordaba de forma recurrente: la canto con el objetivo de comprenderla y, mejor aún, aplicarla para proteger y promover sus derechos, ya que todos tienen el derecho a ser niños y niñas y de disfrutar de infancias saludables.

8.6 ¿Qué grado de sustentabilidad tienen las propuestas implementadas, una vez que se produce el recambio de estudiantes en el marco de la práctica?

Las evaluaciones de los proyectos deben ir más allá de observar el cumplimiento de los objetivos propuestos. También debe valorar el impacto transformador de los procesos a mediano plazo. En este sentido, es importante estimar, siguiendo el ejemplo de Jara (2018) el nivel de apropiación del proyecto. Por lo que es pertinente responder a la pregunta, pues los aprendizajes también deben buscar ser útiles para otras prácticas, de modo que lo realizado sirva de inspiración para la creación de nuevos objetivos o para reinventarlos y evaluarlos evitando así repetir modelos no convenientes o reproducirlos de forma automática.

En este caso, se tuvo en cuenta que, posteriormente a la realización del proyecto y al recambio de estudiante, el consultorio infantil seguiría fijo en su espacio, al igual que las herramientas. Se puede concluir que ese objetivo pudo cumplirse a mediano plazo, aunque no se tiene la certeza de si seguirá igual en los próximos años. No se dispone de información sobre si se modificó y/o aplicó el documento generado para el consentimiento

informado. Se entiende que es una aprobación necesaria que va más allá de las decisiones de practicante y residente. Asimismo se desconoce si los objetivos que no pudieron concretarse se retomaron. Algo que se puede destacar del PPRSS es que el/la practicante tiene el espacio -según los acuerdos que se generen con los ESM- para proponer ideas y enfocarse en lo que le interesa. Por lo tanto, no es una obligación que en el recambio los nuevos/as retomen los trabajos del/la anterior. Sin embargo, se considera que los objetivos de este proyecto son necesarios de aplicabilidad a largo plazo ya que se rigen por la normativa vigente, nuevamente, necesitan de confirmaciones formales que van más allá de los intereses del practicante y residente.

8.7 ¿Qué balance final puede realizarse?

Nada puede definir mejor lo aprendido en el transcurso de la práctica que esta cita:

La práctica es fuente de conocimientos y aprendizajes, de interpretaciones y de teorías, de confluencias y de conflictos, de aprendizajes y de desaprendizajes... no se trata de partir de un marco teórico férreo, elaborado a priori, dentro del cual la práctica tiene que calzar de cualquier manera. [...] Al meternos en nuestros procesos y en los procesos de otros, también nos re-encontramos con nosotros mismos. Descubrimos que las tensiones, inherentes a las prácticas, son tensiones vividas por sujetos, personas de carne y hueso, que buscamos y construimos, muchas veces, en medio de incertidumbres y desde las incertidumbres. De ahí que la sistematización sea también escenario de nuestras subjetividades, expresión de nuestros deseos, posibilidad de recrear nuevos vínculos sociales, diálogos con otros educadores y educadoras, encuentro con nosotros mismos". (Rebellato, como se citó en Jara, 2018, p. 51)

La práctica permitió un aprendizaje tanto a nivel formativo como a nivel personal. Se trabajaron aspectos teóricos necesarios, pero el trabajo más fuerte tuvo que ver con vencer las resistencias presentadas durante el desarrollo del proyecto, sosteniendo la meta, atravesando diversas preocupaciones y sentimientos, obturaciones de permisos y de tiempos, entre otros. El trabajo con la comunidad permitió el desarrollo aún mayor del sentido de pertenencia a la institución, a la labor y a la meta de contribuir a la mejora de la

calidad de atención de los niños y niñas. Ese apoyo no esperado resultó ser uno de los pilares fundamentales del proyecto. Permitted entender algunas lógicas Institucionales que comúnmente no se ven si no son atravesadas por el personal de salud, permitió dar y recibir.

Conceptualmente, el proyecto comparte los planteos de la Psicología de la Salud, que implica el estudio de las dimensiones psicológicas como la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en el proceso de enfermar y su recuperación así como en las dinámicas interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud. Para ello, se propuso generar acciones orientadas a la promoción de salud, la mejora en la atención a los usuarios/as y la adecuación de SM a las necesidades de, en este caso, los niños y niñas (Giménez y Suárez, como se citó en Pimienta, 2017). Asimismo se intentó generar espacios y estrategias de trabajo en prevención, entendiendo como indispensable para trabajar cualquier dimensión de la salud.

El objetivo de este Trabajo Final de Grado tuvo que ver con generar esta sistematización de experiencias con el propósito de dar a conocer la experiencia y generar un intercambio, crear diálogo con otros/as y un re-encuentro con la experiencia. Así lo indica Jara (2018) quien comunica que la sistematización posibilita que los sujetos de las experiencias puedan apropiarse críticamente de su sentido. Este sentido se construye de forma personal o colectiva en la manera que se recupere e interprete de manera crítica lo vivido. Esta apropiación del sentido implica ser sujeto de la historia y no meramente objeto de ella. La sistematización es una condición de posibilidad para comprender teóricamente la particularidad de la experiencia, con intencionalidad transformadora proyectada hacia el futuro, que se posibilita comprender mejor el entramado de relaciones que explican el quehacer. Al identificar aquellas cuestiones que dificultan o facilitan, las tensiones, se obtienen nuevas pistas sobre cómo y dónde enfocarse para la producción de cambios, la superación de resistencias, la creación de sinergias. En otras palabras, se concuerda con el autor en que la sistematización potencia las capacidades como sujetos protagonistas de la historia que se quiere edificar. Se considera que hubo distancias entre lo planeado y lo realizado en el proyecto, ya que surgieron nuevas ideas, modificaciones y cancelaciones de ciertas circunstancias que marcaron y dirigieron de alguna forma el proceso de la ejecución real, de lo concebido de forma ideal, y así transcurrió la ejecución del proyecto.

Respecto al trabajo del ESM se destaca un accionar notable a la hora de trabajar con la demanda, abriendo espacios para que la mayor cantidad de usuarios/as posibles tengan su momento de consulta, sin embargo no se observa en totalidad una apropiación de los principios orientadores al cambio de modelo de atención, quedando en muchas

ocasiones obturados en la consulta clínica individual, donde las propuestas en relación al abordaje comunitario son escasas. Por esto se considera necesario poner sobre la mesa la necesidad de abordajes nuevos y creativos, estrategias que se acoplen tanto a las demandas como a las posibilidades de trabajo, entendiendo el rol del estudiante supervisado por otros profesionales con la autoridad de decidir. En este sentido, el trabajo sería más dinámico si el equipo pudiese apropiarse de las propuestas innovadoras que se reciben a lo largo de los años por diferentes practicantes.

También se sigue enfatizando en la necesidad de mejorar la calidad en la atención para sostener espacios de consulta y seguimiento, así como sostener y diseñar de forma apropiada el Comité de Recepción para NNA que permita distinguir con claridad el mejor proceso para cada uno/a, a través del diálogo interdisciplinar. Las resistencias que se mencionan a lo largo del análisis, pueden asociarse al cambio de visión en la reforma del sistema de salud que conlleva un cambio cultural grande. Implica pasar de una lógica implementada, hacia la comprensión integral de los problemas de salud, por lo que es más abarcativa y necesita aún más tiempo para su aceptación y aplicabilidad. De la mano se encuentra el trabajo multidisciplinar, en la complementación de y entre los servicios de salud, teniendo como primer foco al primer nivel de atención. (Giménez y Suárez como se citó en Pimienta, 2017).

Lo mencionado tiene que ver con una posición ética, donde se promuevan prácticas transformadoras desde el paradigma de la complejidad y el modelo de autonomía. Rebellato y Gimenez (1997) proponen estos posicionamientos para trascender de las prácticas asistencialistas que operan según el modelo neoliberal. En este paradigma, el sujeto se construye desde la intersubjetividad dialógica. De la misma manera es importante el paradigma ético de la acción comunicativa, que supone que los profesionales orienten sus prácticas a través de relaciones dialógicas que partan de la comprensión y el conocimiento de los contextos, la valoración de conocimientos mutuos, la superación del modelo racional instrumental y la elaboración de conocimientos y nuevas acciones que partan desde el entendimiento (o sea, la complementación de y entre los servicios de salud). A su vez, un modelo centrado en la autonomía se enfoca en las comunidades y sus iniciativas como principal componente ético en la determinación de las prácticas de los técnicos. Es un modelo orientado a la participación de los sujetos y de la comunidad. Esto supone un concepto de salud autogestivo logrado a través de esta participación y del diálogo. Lo cual se relaciona a la participación de los actores en el armado del espacio y a los movimientos generados durante meses, por ellos mismos, para concretar el objetivo.

¿Por qué contemplar estas cuestiones del cuidado de la niñez puede verse como mejorar la calidad de la atención? El cumplimiento de estos objetivos y la proximidad buscada hacia la mejora de las condiciones de atención son cuestiones que se consideran que aportan al cuidado de las infancias. Se intentó acoplar fielmente a los principios del SNIS, pero fundamentalmente en captar aquellas fallas o posibles mejoras en el trabajo cotidiano y en el espacio, enriqueciendo el aquí y ahora de las consultas para que los espacios terapéuticos y el equipo de trabajo funcionen con mayor armonía. Se trabajó pensando en los enfoques y los objetivos desde el entendimiento del trasfondo de las nuevas formas de vinculación y subjetividades que traen consigo la modernidad, pues es necesario tener en cuenta los cambios del contexto a la hora de tomar decisiones respecto al cuidado de la salud y de todos los ámbitos competentes de los niños y niñas (Press, 2010).

Por último, dentro del enfoque de derechos y desde una concepción de lo mental en la salud, se comparte lo fundamentado por Saforcada, et al. (2010) en cuanto a que, por cómo se encuentra el contexto social actual, se cree fundamental revisar el papel de los poderes públicos que deben garantizar la protección de los DDHH y sus vigencias. Asimismo, la importancia de hacer efectivos los cambios también reside en la actualización y formación constante de los recursos humanos, el fortalecimiento de la científicidad y la tecnología, el compromiso social de las instituciones, la participación de actores institucionales y la difusión y reflexión de los instrumentos de promoción de los DDHH como eje de las políticas públicas en salud.

Referencias

- Acevedo, M. J. (2002). *La implicación. Luces y sombras del concepto lourauniano*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. [La implicación. Luces y sombras del concepto lourauniano.](#)
- Administración de Servicios de Salud del Estado. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado y la Universidad de la República. Facultad de Psicología*. [Convenio entre la Administración de los Servicios del Estado y la Universidad de la República - Facultad de Psicología](#)
- Ardoino, J. (1997). [La implicación](#). Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad. UNAM, México.
- Barrasa, A., Belloch, A., Carrasco, A., Carrió, C., Castro, A., Cortés, M., Fornés, G., Gallardo, L., García, S. G., Morales, Z., Pascual, L., Perpiñá, C. (coord). y Roncero, M. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide. [Manual de la entrevista psicológica](#)
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del Desarrollo Humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Ediciones Paidós.
- Calderone, M. (2013) *La subjetividad de la época: dilemas éticos en la práctica clínica actual con niños*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. [La subjetividad de la época: dilemas éticos en la práctica clínica actual con niños](#)
- Cano, A., Evia, V. y Apud, I. (2013). *Modelos de atención y condiciones de accesibilidad a los Servicios de Salud Mental. Estudio de caso en un servicio de Montevideo, Uruguay*. Revista diálogos. Universidad Nacional de San Luis. [Modelos de atención y condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental. Estudio de caso en un servicio de Montevideo](#)
- Castillo, P. (2022). *Proyecto de Intervención: Reconstruyendo un espacio para niños/as usuarios/as de Salud Mental del Hospital Departamental de Colonia*. Uruguay

- Castillo, P. (2022). *Actividades capturadas vinculadas al proyecto*. [Fotografías]. Colonia, Uruguay.
- Centro de Información Oficial IMPO. (1967, febrero 02). *Constitución de la República*. [Constitución de la República Oriental del Uruguay](#)
- Centro de Información Oficial IMPO. (1990, septiembre 28). *Convención sobre los derechos del niño*. [convencion sobre los derechos del niño](#)
- Centro de Información Oficial IMPO. (2004, septiembre 14). Ley n° 17.823. *Código de la Niñez y la Adolescencia*. [Código de la Niñez y la Adolescencia N° 17823](#)
- Centro de Información Oficial IMPO. (2007, diciembre 13) Ley n° 18.211. *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. [Ley N° 18211](#)
- Centro de Información Oficial IMPO. (2017, septiembre 19). Ley n° 19.529. *Ley de Salud Mental*. [Ley N° 19529](#)
- Cortés, A. (2004). La herencia de la teoría ecológica de Bronfenbrenner. Universidad de Zaragoza. Innovación Educativa N° 14. [La herencia de la teoría ecológica de Bronfenbrenner](#)
- da Silva, C., Castanheira, L., Capelani, L., Garcia de Lima, R., Falleiros de Mello, D. y Mendonça, F. Jugando en la sala de espera de un servicio ambulatorio infantil bajo la perspectiva de niños y sus acompañantes. Rev Latino-am Enfermagem. 15(2). [jugando en la sala de espera de un servicio ambulatorio infantil bajo la perspectiva de niños y sus acompañantes1](#)
- De Pena, L. y Silva, C. (2017). *Perspectiva bioética y sus aportes para el campo de la Salud Mental*. En Salud mental, comunidad y DDHH. Psicolibros Universitario. [Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos](#)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia., Ministerio de Salud Pública., Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay., Sociedad Uruguaya de Pediatría y Universidad de la República. (2012). *Guía: Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de Salud*. Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay.

- Desarrollo Editorial. [Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de Salud](#)
- Fuentes, D. (2023). *Mueble para el consultorio realizado por el equipo de Mantenimiento del Hospital de Colonia*. [Fotografías]. Colonia, Uruguay.
- Gastaminza, F. (s/f). *El análisis de la implicación: barrer dicotomías para pensar sus aportes*. Anuario Temas en Psicología. Dossier Digital Jornadas de Investigación. [El análisis de la implicación: barrer dicotomías para pensar sus aportes](#)
- Gallo, L. (2015). *El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro*. Revista Monitor estratégico. N°7. [El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro](#)
- Garré, L., Fontes, A., Mota, S., Sosa, A. (2013). *Participación Comunitaria*. En: Vignolo J. y Lindner, C. Medicina familiar y comunitaria. Capítulo 5. [Participación comunitaria](#)
- Granese, A. (2018). *Análisis de la implicación*. Cursos Construcción de Itinerarios y Referencial de Egreso. [Análisis de la Implicación](#)
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias. Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Ediciones Populares para América Latina. [La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles](#)
- Klein, M. (1955). *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. Revista L'Interrogant. [La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado](#).
- Lourau, R. (1991). *Implicación y sobreimplicación*. Conferencia en "El Espacio Institucional. La dimens.
- Martínez, S. y Ramírez, R y Álvarez, R. (2010). *El WISC III en los escolares. Baremo* Montevideo. Waslala. [El Wisc III en los escolares](#)
- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Programa Nacional de Salud Mental. Uruguay. [Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud](#).

- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires. Paidós
- Morales, F. (2015). *La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria*. Psiencia revista latinoamericana de ciencia psicológica. [La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria](#)
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Salud y derechos humanos*.
[Salud y derechos humanos](#)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (s/f).
Determinantes sociales de la salud. [Determinantes sociales de la salud](#).
- Pimienta, M. y Viera, E. (compiladores). (2017). *Avances y desafíos. Psicología de la Salud*. Editorial Psicolibros.
- Press, S. (2010). *Desafíos del Psicoanálisis Contemporáneo. Psicoanálisis y Psiquiatría de niños: la eficacia terapéutica de la entrevista de juego*. VI Congreso y XVI Jornadas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. [La eficacia terapéutica de la entrevista de juego](#)
- Rada, R., 2006. Tengo derecho [Canción]. En *Rakata. Rada para Niños*. Montevideo Music Group.
- Raggio, A. (1994). *Por una ética de la intervención. Notas acerca de la dimensión ética de la práctica psicológica*. 2° Congreso de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica.
- Rebellato, J y Giménez, L. (1997). *La ética de la autonomía*. Editorial Roca Viva.
[Ética de la autonomía](#).
- Rigotti, H., Torcomian, C. (2019). *La sala de espera pediátrica. Un espacio de intervenciones clínicas*. Integración Académica en Psicología, vol. 7. N° 19. Facultad de Psicología de la Universidad de Córdoba. [La sala de espera pediátrica. Un espacio de intervenciones clínicas](#).
- Rodríguez, H. (2017). Consentimiento informado en la práctica clínica. Facultad de

Medicina, Universidad de la República. [Consentimiento informado en la práctica clínica | Anales de la Facultad de Medicina](#)

Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C. y Frontera, G. (2007). *El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. [El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental](#)

Saforcada, E., De Lellis, M., Mozonancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.

The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas y Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. [Declaración de Alma-Ata](#)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. En Keyeux, G. (Coord). *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Red Latinoamericana y del Caribe: Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Genética. [Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública](#)

Vieira, M. (31 de diciembre de 2015). *Una sala de espera interactiva para pacientes y familias*. Diario Enfermero. [Una sala de espera interactiva para pacientes y familias - Noticias de enfermería y salud](#)

Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa. [Winnicott Realidad y Juego | La Cátedra](#)

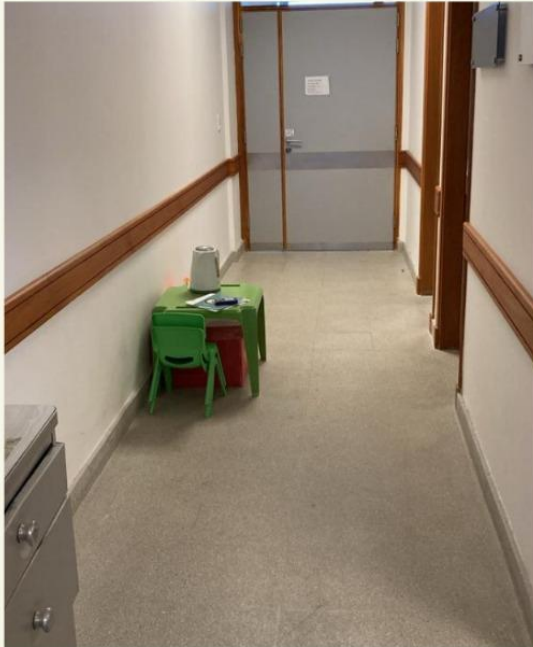
Anexos

A continuación se presentan imágenes capturadas de algunas de las intervenciones realizadas, desde el comienzo del proyecto hasta su finalización.

Fotografía 1: consultorio compartido entre SM y vacunación en febrero de 2022.



Fotografía 2: primeras intervenciones realizadas.



Fotografía 3: intervenciones en el consultorio.



Fotografía 4: intervenciones con la comunidad: construcción del espacio infantil e instancia del día de la niñez.



FERRERE
Transforma

Multiplicá Sonrisas

En el marco del Día del Niño, este miércoles 10 los integrantes de la oficina de Colonia recibimos a los hijos de nuestros compañeros para hacer un taller de plástica y pintura. Sumate ese día y traé tu donación, que luego entregaremos al hospital de Colonia, donde se inaugurará un espacio infantil en el consultorio de psicología infantil.

¿Qué podés donar?

Desde mesitas y sillas, hasta juguetes, alfombras, libros, materiales para manualidades, y cualquier material que pueda ser útil para el trabajo con niños.

10 de agosto
17.00 horas



Fotografía 5: herramientas conseguidas en las instancias de donación colocadas en el consultorio para organizarlas. Creación del mueble para almacenaje de herramientas por el equipo de Mantenimiento del Hospital.



Fotografía 6: antes y después del consultorio.



Fotografía 7: mueble para el consultorio realizado por el equipo de Mantenimiento del Hospital de Colonia el 6 de julio de 2023.

