

## “¿Hasta dónde?”

### Explorando los abordajes de problemáticas de salud mental por Médiques Generalistas en el Primer Nivel de Atención

#### **Autores**

Antonielli, Leandro G. - DNI 36345252 - Médico (Instructor, Residencia de Medicina General)

Herrera, Julián - DNI 31870297 - Médico (Residencia de Medicina General)

Miretti, Edurne - DNI 36001308 - Médica (Residencia de Medicina General)

Noval, Juan Manuel - DNI 33104365 - Médico (Residencia de Medicina General)

Rodriguez Maury, Melisa - DNI 38996339 - Médica (Residencia de Medicina General)

Rodriguez, Valentina - DNI 38438719 - Médica (Residencia de Medicina General)

**Lugar:** CeSAC N° 24, Pasaje L 2300, Villa Soldati, CABA, Argentina. CP: 1407

Tel: 4637-2002 - Mail: [rmgp.cesac24@gmail.com](mailto:rmgp.cesac24@gmail.com);

**Año:** 2022-2023

**Tipo de trabajo:** Descriptivo, transversal con enfoque cualitativo

**Categoría temática:** Clínica ampliada

**Trabajo inédito**

**Tutor temático/metodológico:** Chera, Silvia

**Tema:** Abordaje de problemáticas de salud mental por médicos generalistas del Primer Nivel de Atención del área programática del Hospital Piñero, CABA.

#### **Acerca de los autores:**

Este trabajo de investigación se enmarca bajo la formación de la Residencia de Medicina General del CeSAC 24. Como parte del programa formativo de la sede, los residentes cuentan con un espacio de investigación que se desarrolla durante media jornada laboral, una vez a la semana. El equipo de investigación fue conformado por cinco residentes de medicina general y/o familiar de segundo y tercer año, y un médico generalista, actualmente instructor de la misma residencia. También contamos con una tutora temática y metodológica en lo relacionado a la investigación quien a su vez es la coordinadora de las residencias de medicina general y/o familiar de CABA.

**¿Hasta dónde? Explorando los abordajes de problemáticas de salud mental por Generalistas en el Primer Nivel de Atención**

**Antonielli, Leandro; Herrera, Julián; Miretti, Edurne; Noval, Juan M.; Rodriguez M., Melisa; Rodriguez, Valentina**

CeSAC nro 24, Pasaje L 2300, CABA, CP. 1407, 4637-2002, rmgp.cesac24@gmail.com

**Trabajo de investigación con enfoque cualitativo**

**Clínica ampliada**

**Trabajo inédito**

Partimos de la **pregunta problema**, “¿Cómo es el abordaje de problemáticas vinculadas al malestar subjetivo y el padecimiento mental por médicos generalistas del Primer Nivel de Atención (PNA) del área programática del Hospital Piñero?”, con el propósito de identificar recursos/herramientas/estrategias para su abordaje; reconocer cuáles se abordan; reconocer posibles escenarios de formación y aportar a la construcción de estrategias de abordaje. El objetivo se resume en caracterizar el abordaje de problemáticas vinculadas a la salud mental por generalistas del PNA.

**Metodología:** se eligió el enfoque cualitativo mediante la realización de un Grupo Focal como técnica de recolección de información.

**Discusión:** el abordaje de la salud mental se vuelve indivisible del abordaje de la salud integral. La definición de los problemas de salud mental, las herramientas y recursos, vacancias y formación, son todas dimensiones atravesadas por el intento de definir el campo de la Medicina General y Familiar y su desempeño en el abordaje de estas problemáticas.

**Palabras claves:** Salud mental, Medicina general, Medicina familiar, percepciones, grupo focal, padecimiento subjetivo, Primer Nivel de Atención

## Índice

<b>Introducción</b>	4
<b>Pregunta problema</b>	4
<b>Propósito</b>	4
<b>Objetivo General</b>	5
<b>Objetivos específicos</b>	5
<b>Escuela de pensamiento</b>	5
<b>Estado del arte</b>	5
<b>Marco teórico:</b>	7
1. Salud Mental	7
2. Salud integral	8
3. Clínica ampliada	8
4. Perfil del Especialista en Medicina General y Familiar	9
<b>Metodología</b>	10
<b>Resultados</b>	11
1. Definición de salud mental y problemas de salud mental	12
2. Recursos/herramientas/estrategias	13
3. Vacancias	14
4. Formación	16
<b>Apreciaciones previas a la discusión final</b>	17
<b>Discusión</b>	18
<b>Propuestas</b>	20
<b>Relevancia para la Medicina General</b>	20
<b>Referencias bibliográficas</b>	21
<b>Anexos</b>	23

**Aclaraciones sobre el uso del lenguaje:** este trabajo se piensa y elabora desde una perspectiva de género y diversidad, por lo tanto se define por implementar términos que no marquen diferencias entre géneros. Es indispensable que sigamos resignificando nuestro lenguaje entendiendo que toda producción de conocimiento es una posible vía para potenciar u obstruir la construcción de sentido y la reformulación de nuevas formas de comunicación, que contemplen la diversidad de personas y su contexto.

## **INTRODUCCIÓN**

Les profesionales especializados en Medicina General y/ Familiar (a partir de ahora *les generalistas*) del primer nivel de atención (PNA) del área programática del Hospital Piñero abordan una diversidad de consultas vinculadas a la salud mental (SM) a través de herramientas y recursos adquiridos tanto en la formación médica como a través del recorrido personal. Sin embargo, se considera que existe una tensión entre lo que ocurre en la práctica y la formalización de esas aptitudes y esa formación, tanto en las residencias como en el ejercicio de la especialidad, dificultando el despliegue de esa competencia y su valorización como praxis generalista.

### **Pregunta problema**

¿Cómo es el abordaje de problemáticas vinculadas al malestar subjetivo y el padecimiento mental por médicos generalistas del PNA del área programática del Hospital Piñero de CABA?

### **Propósito**

Explorar las características del abordaje por profesionales de Medicina General y/o Familiar en las consultas relacionadas a problemáticas de Salud Mental en el PNA, identificando recursos, herramientas y estrategias de los que disponen para el abordaje de dichas problemáticas, en pos de aportar a la mejora de de dichas estrategias a través del reconocimiento de las mismas.

## **Objetivo General**

Explorar las formas de abordaje que tienen profesionales de la Medicina General y/o Familiar de los padecimientos asociados a la salud mental, en el primer nivel de atención del área programática del Hospital Piñero

## **Objetivos específicos**

1. Identificar qué situaciones/problemas se caracterizan dentro del área "salud mental" y cuáles se reconocen en la práctica diaria.
2. Reconocer recursos, herramientas y/o estrategias que utilizan para ese abordaje.
3. Indagar sobre su formación y cómo lo asocian con la utilización de dichas herramientas.
4. Identificar las vacancias de conocimiento que perciben para el abordaje de estas problemáticas en su propia práctica diaria.

## **Escuela de pensamiento**

Para este trabajo se adhirió a un marco epistemológico con enfoque interpretativo. El mismo implica que su objeto de estudio son los conceptos que ayuden a comprender los fenómenos sociales en su contexto, dando la importancia a las intenciones, experiencias y opiniones de todos los participantes.

## **Estado del arte**

Se utilizaron las plataformas de búsqueda de Pubmed, Google Académico y Lilacs. Mencionamos tres estudios relacionados:

1. ***“Percepción de los profesionales de un servicio de salud mental, respecto a las fortalezas y obstáculos que identifican para la implementación de la ley nacional de salud mental y su relación con los niveles de responsabilidad.”*** Fotia, G. y col. Facultad de Psicología (UBA), Argentina, 2018.

Este trabajo busca poner en relevancia la mirada de los profesionales del servicio de salud mental de un Hospital General de la CABA, en relación con lo que ellos identifican como obstáculos, fortalezas y responsabilidades que se ponen en juego a la hora de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Conclusiones: Gran parte de los entrevistados dice concordar con el paradigma que plantea la ley, aunque en varios puntos la creen utópica

y establecen diferentes deficiencias: en recursos materiales se identifica la falta de espacio físico para trabajar con los usuarios; y en humanos la poca voluntad de los demás servicios de darles una atención integral.

**2. “Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria”. Latorre Postigo, J.M. y col. Albacete. España, 2004**

Este trabajo tuvo como objetivo conocer la opinión de profesionales de la medicina de atención primaria (AP) sobre la demanda asistencial en salud mental, sus necesidades de formación y sus actitudes ante dichos trastornos. Conclusiones: Una elevada proporción considera que los equipos de AP no pueden hacerse cargo de la demanda existente, sobre todo cuando la presión asistencial es elevada. La mayoría opina que debería haber mayor formación específica en SM y mayor coordinación con los servicios especializados.

**3. “Uso de medicamentos relacionados con la salud mental en el primer nivel de atención”. Fauda, m. y col. Ciudad de Santa Fe, Argentina, 2018**

En este trabajo se analizaron las prescripciones de psicofármacos realizadas en 49 efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe y se realizó una encuesta a médicos del PNA. Como conclusión, estiman que la mitad de los problemas de salud mental (PSM) podrían resolverse con propuestas e intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales, sin acudir a la medicalización de la población, no obstante aclaran no tener herramientas suficientes para resolver satisfactoriamente los PSM y no sentirse “respaldados” con la respuesta de los equipos matriciales de SM.

A partir de la búsqueda realizada encontramos que en recientes trabajos se investigó sobre distintos aspectos del abordaje de problemas vinculados a la salud mental en primer nivel de atención (PNA). En concreto, se ha enfocado sobre la falta de capacitación formalizada tanto en las instancias de grado como posteriores, en el uso de medicamentos en el PNA, y en la aplicación de las propuestas planteadas en la nueva ley de salud mental.

Se plantea así que la falta de capacitación es una de las causas por las cuales varios puntos de la ley fallan (interdisciplina, tratamientos, abordaje del paciente, etc.). A partir de lo cual, surgen los interrogantes sobre si se podría solucionar con cursos de capacitación o es un problema más estructural de la formación académica que se recibe en la universidad.

También la mayoría de los médicos del PNA de los trabajos citados, dicen no tener herramientas y conocimientos suficientes para el diagnóstico e intervención eficaz de los

PSM, planteando que no hay respuesta integrada, ni interdisciplinaria y que existe déficit en la construcción de redes interinstitucionales, considerando que la atención sigue siendo asistencialista y medicalizadora, siendo entonces necesaria una mejor interrelación con equipos matriciales.

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. Salud Mental:**

La salud mental es una dimensión del campo de la salud que toma como eje principal el proceso de subjetivación, a través del cual se construyen los individuos en relación con su entorno social, y se manifiesta en su experiencia personal en distintas instancias de la vida. Instancias que pueden configurarse como padecimiento o como satisfacción, si bien en el campo de la salud, tanto en la demanda como en su abordaje suele preponderar el carácter más problemático. Algunos ejemplos de estos que se enlistan en programas de medicina general y/o familiar de distintas residencias, nacionales e internacionales son: abordaje de personas con problemas vinculares y/o de salud mental persistentes; dimensiones subjetivas de los padecimientos; recursos para la gestión de las emociones; crisis vitales en el contexto actual; duelo; problemas asociados a vínculos primarios, de parejas y grupales; patologización y medicalización de la vida cotidiana; problemas asociados al soporte y al hetero y auto cuidado; prevención de violencias; entre muchos otros.

Se entiende a la salud mental desde una perspectiva de derechos, la cual supone estrategias que permitan afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. Esta perspectiva propone superar la identificación y satisfacción de las necesidades básicas de un grupo poblacional determinado (enfoque de necesidades, lógica de beneficiarios), y optar por políticas sustentadas en el reconocimiento de que toda persona es titular de derechos. Se comprende la consumación de los derechos humanos y sociales de las personas como una parte inherente de la salud mental, conceptualizando a los sujetos como actores sociales capaces de transformar las condiciones de existencia.

Desde esta perspectiva, el abordaje de problemas vinculados a la salud mental, excede las herramientas técnicas de nuestra formación y nuestra práctica, y exige la incorporación de otros recursos y otros participantes. Tal como lo dice la Ley Nacional de SM

N° 26.657 “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.” (Capítulo V, Artículo 9, 2010).

## **2. Salud integral**

Se entiende a la salud integral como un derecho humano fundamental, producto de una construcción histórica, social, cultural, subjetiva y de carácter multideterminado, cuyo significado y percepción es propia de cada sujeto en relación con las condiciones de existencia, imposible de separar de la forma en que desarrolla su vida.

La ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires (1999) incluye como principio para la garantía del derecho a la salud “la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” y la participación comunitaria como medio para promover y potenciar el desarrollo de la población.

A su vez, el equipo coincide con la mirada que incorpora el sanitarista Floreal Ferrara (2010) al expresar la relación existente entre la salud y la capacidad de lucha. En palabras del autor, la salud se expresa correctamente cuando las personas viven comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación de las personas frente a sus conflictos y a la solución de los mismos. Esto es lo que este equipo entiende como salud integral.

## **3. Clínica ampliada**

Esta perspectiva ubica la salud como hecho dinámico en la vida de las personas, incorporando a la misma en la dimensión integral de salud. De este modo busca evitar la reducción de la existencia de las personas en meras enfermedades, aplicando una perspectiva integral y con articulación de las redes de atención, añadiendo así el carácter ampliado del pensamiento clínico por partes de generalistas. Tal como dice el programa de Medicina General y/o Familiar “Lejos de fragmentar, es una especialidad que se propone asegurar la integralidad y continuidad de cuidado mediante el trabajo clínico propio e integrado con otras especialidades, disciplinas y saberes que operan en ese sentido.” (2023)

En concordancia a esta perspectiva Souza Campos propone evitar poner el foco en la enfermedad como última definición del sujeto padeciente, con extensión del mismo y su sufrimiento en su contexto, lo cual demanda prácticas contextualizadas y situadas en los mismos “Se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al Sujeto y su Contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica.” (1996)

#### **4. Perfil del Especialista en Medicina General y Familiar**

Los especialistas en Medicina General y Familiar comparten y defienden un perfil que practica la atención integral en procesos de cuidado. Para esto, promueve la ampliación y el cumplimiento del acceso a los derechos en salud de las personas, ejerce la clínica desde una perspectiva ampliada, actúa en equipos interdisciplinarios del primer nivel de atención, sumando sus acciones a redes que incluyen recursos del sistema de salud, las personas, las familias y las comunidades. Este perfil se compone con la integración de competencias. Se entienden a estas competencias como capacidades complejas, multidimensionales y dinámicas que integran habilidades, valores y actitudes propias de la persona y que son observables en el desempeño de las tareas propias del campo de la práctica (Programa Docente General, 2023).

Una de estas competencias que es pertinente resaltar es la de andamiaje, ya que la misma hace referencia a la capacidad de mediar en los distintos actos de salud y teniendo en cuenta las singularidades de las personas y sus contextos, con el fin de generar una mejora en la salud y en la autonomía de las personas y comunidades. La misma guarda estrecha relación con los cambios realizados en la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), donde se propone específicamente formar profesionales que puedan trabajar en equipos interdisciplinarios para abordar en el seno de la comunidad problemáticas vinculadas al malestar subjetivo y el padecimiento mental, a su vez que promover la salud mental de las personas a través del reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Teniendo en cuenta esto y sumado al posicionamiento del equipo respecto a la definición de salud integral y clínica ampliada, se considera necesario favorecer la adquisición y consolidar la formación de competencias vinculadas a la dimensión subjetiva

del proceso de salud/enfermedad/atención por parte de los profesionales que constituirán el equipo de atención en el primer nivel.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño de investigación:**

Diseño no estandarizado, no experimental, de enfoque cualitativo, de alcance exploratorio-descriptivo, de dimensión temporal transversal de fuente primaria correspondiente a grupo focal. Población: Médicos generalistas del Primer Nivel Atención del Área Programática del Hospital Piñero de la CABA. Como criterios de inclusión se establecieron que sean Médicos Generalistas ejerciendo actualmente en centros de salud y acción comunitaria (CeSACs) del área programática del Hospital Piñero.

### **Recolección de datos:**

Se planificó un grupo focal en el período comprendido entre Agosto y Septiembre de 2023 de 8 participantes. Para la conformación del grupo se convocó vía mail. Para garantizar la voluntariedad en la participación y el anonimato, se entregó un consentimiento informado y una hoja de información para cada participante, explicando el desarrollo y finalidad del mismo. El grupo focal se llevó a cabo en la sala de estar de la residencia de Medicina General del CeSAC 24.

La metodología se desarrolló según lo propuesto por Escobar y Bonilla (2011): el grupo investigador distribuyó roles, contando con 2 moderadores y 2 observadores, uno de los cuales registró todos los diálogos por completo y la otra registró lenguaje no verbal y citas en contexto. El equipo así conformado junto a los participantes, se dispuso en ronda alrededor de una mesa. Se utilizó una guía de preguntas que los moderadores utilizaron para guiar el intercambio del grupo focal. El encuentro fue grabado en audio y desgrabado posteriormente. (Anexo 2: guía de preguntas)

Una vez realizado el encuentro, como primera medida se transcribió el audio completamente y se generó un solo archivo para su análisis posterior junto con las citas en contexto y la transcripción inicial del encuentro. Posteriormente, se utilizaron distintos instrumentos para el análisis: análisis clásico de contenido; palabras clave en contexto; análisis del discurso; microanálisis: entre pregunta y participante, consenso/disenso/neutro; declaración sustanciosa.

Se realizó una codificación de los participantes para referenciar en las citas (Anexo 3) y además una codificación en 4 dimensiones que fueron definidas de la siguiente manera:

- **Definición de salud mental y problemas de salud mental:** aquello relacionado a la conceptualización de salud mental y situaciones asociadas a la misma que requieran un abordaje por un profesional de la salud.
- **Recursos/herramientas/estrategias:** aquello que los generalistas aplican para el abordaje de PSM.
- **Formación en salud mental:** instancias formativas relacionadas a la salud mental por las que transcurrieron.
- **Vacancias de conocimiento:** aquello que creen que deberían saber hacer en relación a PSM.

### **Consideraciones éticas:**

El presente estudio se realizó conforme a los principios emanados de la Ley nacional 25326/2000 (Protección de los datos personales) (Ley nacional 25326/2000) y la Declaración de Helsinki (1964) de la Asociación Médica Mundial y actualizaciones posteriores (Declaración de Helsinki) y conforme a la legislación local (Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud ley 3301 (Ley 3301) y Decreto 58/11(Decreto No 58/11). Para participar del presente estudio, se firmó un consentimiento informado por escrito, previa explicación del mismo para decidir de forma autónoma su participación.

### **Algunas aclaraciones:**

Llamaremos **Educación formal** a todo aquello referido a lo aprendido en espacios académicos (escuela primaria, secundaria, universidad, residencia, posgrados, maestrías, cursos, etc).

Llamaremos **Educación informal** a todo lo adquirido en su recorrido personal, es decir el vivir en sí de las personas entrevistadas, sus experiencias, sus aprendizajes fuera de la educación formal, sus hobbies, espacios de militancia, etc.

### **RESULTADOS:**

A continuación se desarrollará el análisis según las dimensiones descritas en la metodología:

## 1. Definición de salud mental y problemas de salud mental

Los generalistas plantean la salud mental desde una perspectiva de salud integral, como parte indivisible de un todo. Una participante responde a nuestra pregunta inicial: ¿Qué es para ustedes la salud mental? con otras preguntas: *“¿Por qué la salud mental sería diferente al concepto de salud?, ¿Por qué siempre está segmentada?”* (P1, 43, 2010), abriendo la idea de salud mental englobada en la salud integral. El resto acompaña mediante distintas expresiones verbales y no verbales, indicando acordar con la postura. Dos participantes agregan la idea de salud mental como *“posibilidad de llevar adelante los proyectos”* (P4, 37, 2016 y P8, 32, 2022). Por último, una participante menciona que en su práctica diaria identifica que *“la salud mental es lo que ocurre en la entrevista y a nivel del diálogo”* (P7, 32, 2020).

Al indagar sobre los PSM que abordan en su práctica diaria, algunos participantes traen la sensación personal de que en estos últimos años adquirieron otra relevancia socio-cultural las problemáticas de salud mental. Una participante comenta: *“Hoy por hoy cualquier pibi puede referirte que siente angustia, ansiedad, antes ir a terapia tenía otra connotación. Hoy por hoy está mucho más naturalizado. Cuando empecé la residencia, hablarle a pacientes de acceder a salud mental, era más tabú. Hoy la gente lo pide un poco. Hay necesidades. Toda la sociedad se fue apropiando un poco del concepto y de las necesidades en cuanto a eso”* (P3, 32, 2020). Resulta interesante cómo se profundiza la idea de PSM como demanda social actual. Esto último abre otra discusión entre los participantes que tiene que ver con quiénes, dónde, cuándo y cómo se responde esa demanda. Surge la falta de accesibilidad a turnos de salud mental como problema del área, pero no surge el abordaje en salud mental por generalistas como respuesta posible.

Hay consenso entre los participantes respecto a que los problemas socioeconómicos, la violencia machista, la violencia vecinal y la inseguridad son los problemas que en mayor medida inciden en la salud mental (SM) de la población del área. En cuanto a PSM que refieren abordar, se mencionan problemas que fácilmente se enlistan dentro de la nosología médica como ansiedad, angustia, crisis de pánico, depresión, trastornos de la conducta alimentaria/imagen corporal, psicosis, conductas autolesivas, acoso entre pares. Además de problemas individuales, se incluye el abordaje del entorno familiar/social de algunos problemas. Una participante menciona *“muchas pacientes adoles, bullying, situaciones de los padres de cómo abordar esas situaciones, la angustia que genera el acompañamiento de los*

*hijos, las problemáticas con la escuela. Angustia, ansiedad, trastorno de pánico en el chico, se van sumando patologías” (P5, 59, 2000).* Otra participante profundiza aportando que sus abordajes de PSM intentan ir “más allá” de estos diagnósticos. Menciona: *“Lo que quizá más estoy pensando en el consultorio, ¿y con esto qué te pasa?, ¿y con esto qué?, ir re preguntando. Capaz no es una obviedad que la persona tiene una depresión, la situaciones sociales-económicas que nos atraviesan de formas distintas. Está ahí, esa situación más desesperanzada, esa falta de proyectos, espacios, ni siquiera pensarse en la posibilidad de divertirse. (...) Es un trabajo de hormiga que no sé a dónde voy. No estoy buscando un diagnóstico. Estoy buscando tratar de desarmar algo. Es super blando lo que digo. Eso es lo que representa mi acompañamiento en su salud mental hoy en día” (P7, 32, 2020).* En concordancia con esto otra participante (P2, 32, 2020) trae como PSM el acompañamiento en diagnósticos de problemas biomédicos, duelos y cambios familiares.

Les generalistas refieren abordar diversos PSM de distintas complejidades y con diferentes estrategias en su quehacer diario. A través del andamiaje que construyen consulta a consulta en el seguimiento longitudinal, acompañan personas con diferentes problemas, atravesando diferentes procesos, con las consecuencias que conlleva. El seguimiento longitudinal además les permite entender los PSM como problemas dinámicos.

## **2. Recursos/herramientas/estrategias:**

A lo largo del grupo focal, se mencionan gran variedad de herramientas entre las cuales se destaca en relevancia la escucha activa: *“Cualquier profesional debería tener algo para pensar o aportar ante situaciones de salud mental que surjan. Una intervención en salud mental es la escucha.” (P1, 43, 2010).* Al ser la escucha una parte inherente de la práctica generalista, resulta entonces no solo una herramienta en respuesta de abordaje de problemas de salud mental, *“Coincido con vos. La escucha es algo que trabajamos muchísimo, captar las señales, ¿pasa algo más?” (P3, 32, 2022),* sino también una forma que permita captar los padecimientos subjetivos de la persona *“Si uno tiene la escucha permanente, puede detectar” (P5, 59, 2000).*

Hay consenso en la escucha como la herramienta principal pero insuficiente para el abordaje de los PSM, donde surgen preguntas como *“¿Tenemos las herramientas para manejar eso que escuchamos?” (P6, 49, 2008),* donde por más que se continúa ponderando la escucha como herramienta fundamental, se cuele la percepción de cierto agotamiento de

esta estrategia para el abordaje *“Me resulta más compleja la respuesta, no la escucha en sí, sino la herramienta desde la palabra para que uno pueda abordar una situación.”* (P8, 32, 2022).

En un momento en relación a estrategias, la participante (P2, 32, 2020) menciona una anécdota trabajando con la participante (P6, 49, 2008) cuando ésta fue su tutora en la residencia. Le pregunta cómo abordar situaciones complejas en relación a PSM y recibe como respuesta *“La herramienta que tengo es estar y seguir estando. Estar parece que es poco pero es un montón”*(P2, 32, 2020). Es entonces así que surge como estrategia valiosa el hecho de estar, como forma clave de generar referencia *“Si pasa tal cosa podés venir, si yo no estoy va a haber otra persona que te va a poder escuchar”* (P3, 32, 2020), trayendo no solo la referencia individual frente a los profesionales sino también la respuesta institucional, *“Hacer propio un espacio físico institucional”* (P3, 32, 2020). Esta estrategia se relaciona con otra que se menciona que es el seguimiento longitudinal de pacientes, el poder usar los turnos programados para seguir abordando PSM, el poder pensar los abordajes a largo plazo.

Se pueden mencionar otras herramientas valoradas como el lenguaje corporal, el diálogo, el ofrecer otra mirada. *“Hay un montón de intervenciones que quedan solapadas, la escucha, el efecto terapéutico, la palabra, hacer un chiste, bajar un cambio, relativizar un poco tal o cual situación”* (P4, 37, 2016).

A lo largo del grupo focal, surge el trabajo interdisciplinario, el trabajo con otros y los equipos territoriales, como herramientas fundamentales en la práctica diaria, habiendo consenso general en que estas son estrategias necesarias para el abordaje de PSM en PNA. En primera instancia para poder abordar PSM para los cuales no tienen herramientas como generalistas, pero donde a su vez, las incorporan e involucran en su quehacer diario.

### **3. Vacancias**

En cuanto a las vacancias de conocimiento, los participantes identifican con mayor facilidad aquellas relacionadas con temáticas específicas de la práctica diaria como consumos problemáticos, episodios agudos, manejo de medicación. Por otro lado, hay quienes observan instancias propias del esquema de la consulta, por ejemplo, cómo proceder luego de habilitar una escucha activa de un problema o qué plan terapéutico seguir, *“me faltan herramientas en la devolución, un psicólogo tiene más herramientas que nosotros”* (P8, 32, 2022).

Estos puntos se complejizan en la dificultad de visualizar con claridad y poder conceptualizar el campo de la especialidad de la medicina general. *“La angustia eterna de la medicina general de no saber nuestros límites... No los sabemos, ¿hasta dónde? Pasa el tiempo y seguimos preguntándonos lo mismo”* (P7, 32, 2020). En ese enfoque se pueden objetivar dimensiones que se expresan en la representación de lo que deberíamos saber hacer, la idea de tener que dar una respuesta en la consulta médica y el acuerdo social de la misma *“Es más de la medicina sentir que tenemos que dar una respuesta”* (P2, 32, 2020). La primera engloba desde aspectos técnicos y programáticos hasta coyunturales. En parte, deriva en no identificar herramientas y competencias en los abordajes de la propia práctica cotidiana y asumir estas vacancias *“va más allá de nuestra especialización, nosotros somos muy amplios pero hay un terreno en el que tenemos muchas limitaciones”* (P6, 49, 2008), *“al no poder hacer un check list de las herramientas que adquirimos, sentimos que no lo aprendimos”* (P7, 32, 2020). A su vez, hay quienes expresan una lectura más afirmada en reconocer sus abordajes, y en todo caso analizan sus limitantes, que en su mayoría entonan con la coyuntura actual. La mayor visibilización de las problemáticas vinculadas al malestar subjetivo y su expresión en la demanda, la falta de profesionales de la salud mental en el sistema de salud de CABA, la falta de espacios conjuntos de intercambio y reflexión, son algunos de los ejes que exponen la situación actual. *“Antes no estaba esa necesidad de atender los padecimientos de salud mental. Ahora no tenemos apoyo de profesionales. Necesitamos ciertas competencias que antes no teníamos.”* (P8, 32, 2022)

La otra dimensión, esa tensión con la expectativa de una respuesta, se enmarca en un plano cultural, asociado a un proceso de construcción social y a la práctica generalista, en tanto práctica social. *“El sentido común de ese encuadre es distinto al que voy a mi terapia... más allá de que demanden o no un problema de salud mental, hay una búsqueda de un resultado más concreto, y hay una tensión ahí.”* (P7, 32, 2020). Existe una reflexión constante respecto al rol en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, que puede variar según el momento histórico pero con puntos de enlace entre las distintas generaciones.

Surge en estos comentarios la tendencia a cotejar con aquellas disciplinas históricamente asociadas a la salud mental, tanto en sus abordajes y su formación, como en el desarrollo de esas consultas y el sentido común que se construyen sobre las mismas. *“En un consultorio médico, hay una demanda distinta, no es tan fácil decir hasta acá estamos”* (P7, 32, 2020). Esto a su vez contrasta con el reconocimiento de una “buena labor

generalista” específica, situada en el primer nivel de atención, que implica un abordaje multidimensional, que conlleva diversas tensiones, desde la práctica hasta el ámbito personal. En una expresión se ejemplifica como una práctica de corte militante. Surge repreguntar cómo se construye esa práctica generalista, y qué dimensiones condicionan y determinan ese sentido. *“Las estrategias de trabajadores del primer nivel de atención no pueden ser las mismas... es parte de nuestra labor, y de hacer una buena labor generalista, que nos hagamos cargo de las cosas... y cómo hacemos para no sobrecargarnos.”* (P2, 32, 2020)

#### **4. Formación**

En relación a cuán formados *se sienten*, se evidencia una diferencia entre quienes finalizaron su formación más recientemente, respecto a quienes lo hicieron hace más años. Se diferencia, de esta manera, cómo participantes que llevan mayor cantidad de años ejerciendo como especialistas, piensan no haber tenido formación suficiente dentro de la misma. Una participante de este grupo refiere *“soy la más antigua en años de formación, no era parte de la formación nuestra, la salud mental”*(P5, 59, 2000). Por esto mismo percibe una ausencia de conocimiento vinculada a la falta de formación, habiendo consenso de las demás personas pertenecientes a este grupo. Las mismas refieren que su formación se dio de forma autodidacta, durante su recorrido personal (psicoterapia, cursos y lecturas de interés), compartiendo espacios interdisciplinarios, y durante el ejercicio de su práctica cotidiana. En cambio, profesionales con finalización de la residencia más recientemente, sí reconocen algunos espacios formativos de la residencia, en coherencia con la percepción de sí tener herramientas para el abordaje de PSM. Mencionan que el aprendizaje se dio a partir de rotaciones en Salud Mental, y comparten con el primer grupo los espacios interdisciplinarios y recorrido personal como fuentes principales, *“nos formamos escuchando, modelaje, discusión con compañeros, reflexionando, pensando, aprendiendo a afinar el oído con palabras claves, lenguaje corporal”* (P2, 32, 2020). En relación a esto la misma participante, menciona enfáticamente en respuesta a la percepción del primer grupo *“Difiero que no tengo herramientas psicoterapéuticas, no las adquirimos de una manera formal. Si nos formamos en abordar lo subjetivo, nos da herramientas para evaluar problemas específicos de la salud mental. Estamos formados...”* (P2, 32, 2020).

Se puede notar como todo el grupo coincide en no haber recibido formación de tipo formal. Sin embargo, los participantes de mayor tiempo en el ejercicio de la especialidad realizan un cambio de opinión al escuchar al resto decir que sí tuvieron formación independientemente de si fue formal o informal. De este modo se manifiesta la percepción de cómo aquellos conocimientos que fueron adquiridos de manera informal, no son valorados como legítimos.

### **Apreciaciones previas a la discusión final: “El más allá de cada eje”**

Los participantes hacen referencia durante el transcurso de todo el grupo focal, a la existencia de una sobrecarga que genera el abordaje de PSM, y que al compararse con profesionales de SM, entienden que en ellos no genera lo mismo. Esta sobrecarga la adjudican no sólo a la cantidad de pacientes que tienen que atender en determinada cantidad de tiempo, ni a las características de la población del área programática del Hospital Piñero, sino principalmente a la dificultad de acceder a espacios grupales en donde poder compartir abordajes sobre pacientes, validar sus tomas de decisiones y donde poder pensar interdisciplinariamente a sus pacientes, *“Hacer equipo es lo que más divide las cargas”* (P3, 32, 2020). Para disminuir esta sobrecarga proponen conformar un equipo de trabajo en donde haya un profesional especializado en el campo de la salud mental con quien poder interconsultar de manera sistematizada: *“Si me dan una hora cada 15 días de profesionales de SM para poder discutir situaciones, las abordo yo”* (P3, 32, 2020). En este momento del debate, no se refieren a la importancia de la interconsulta para indicar, por ejemplo, el psicofármaco adecuado, sino a la validación de los recursos utilizados en las consultas para abordar las distintas problemáticas.

Otra reflexión en la que terminan coincidiendo los participantes, evidenciado por gestos de aprobación, es que es necesario que los generalistas tomen lógicas de trabajo de profesionales de SM en relación al uso de la supervisión: *“en los equipos de salud mental está naturalizado esto de discutir los pacientes, hay siempre supervisión y reuniones de equipo. Es normal. En medicina general a nadie se le ocurre que eso tenga que existir. Falta traer esa lógica a estos espacios”* (P1, 43, 2010). Una participante trae ejemplos de funcionamiento de dispositivos en los que parece haber una lógica de abordaje que se adecúa más a esta forma de trabajo *“IVE<sup>1</sup> es una temática, que en todos los espacios que yo*

---

<sup>1</sup> IVE: se refiere a la aplicación de la Ley 27610 (2020) de interrupción voluntaria del embarazo.

*conozco, forzó a trabajar de esa manera. Quizás es algo de ir buscando un poco más eso.”* (P7, 32, 2020). Hace falta conceptualizar este tipo de encuadre para poder trasladarlo a otras temáticas y lograr nuevos modos de hacer en la medicina. Este es el encuadre del abordaje de la salud integral.

Es por todo esto que el equipo investigador se pregunta antes de iniciar la discusión: ¿Por qué subyace a lo largo de todo el grupo focal la idea de que debería haber un encuadre determinado para el abordaje de PSM?, ¿Hay un límite a trazar?, ese límite ¿Es el límite al paciente?, ¿Es el límite de lo que se espera de la consulta?, ¿Es el límite entre el campo de la medicina y el campo de la psicología?, ¿Es el límite entre la salud mental y la salud integral? Si se cree que entre estas no hay límite porque una es parte de la otra, ¿es trazable ese límite? Nace un nuevo encuadre, un encuadre que no es ni médico ni psicoterapéutico, es generalista.

### **DISCUSIÓN:**

En los comienzos del debate una participante (P5, 59, 2000) cuenta una anécdota en la que hace varios años acompañó a uno de sus pacientes atravesando un divorcio; su intervención en numerosas consultas fue escucharlo mientras él pasaba por diferentes etapas y estados emocionales de su divorcio. Esta participante, refiere esa intervención como haber sido su terapeuta. ¿Qué hace que los generalistas se sientan terapeutas cuando usan la herramienta de la escucha como única intervención?, ¿Por qué “no es” de médico generalista abordar las problemáticas a través de la escucha?

El equipo investigador considera que hay un hilo conductor que enlaza todas las dimensiones analizadas: el intento de definir el alcance del campo de la Medicina General y Familiar, y en relación a este trabajo, el alcance de los abordajes relacionados con la salud mental de las personas a las que atienden. Esta tensión produce que los generalistas no puedan advertir el "hasta dónde" del quehacer generalista ante una demanda relacionada con la salud mental, pero tampoco les permite conocer el "desde dónde", es decir, se desconoce cuánto debe ser el involucramiento en estas demandas, que de por sí, se consideran complejas por el solo hecho de donde se las incluye: el campo de la salud mental.

Ese alcance, más o menos visible en el nuevo Programa de Medicina General (Programa Docente General, 2023) está definido hace relativamente poco y tiene influencias de la Ley de Salud Mental (Ley 26567, 2010), por ende es esperable que los profesionales

entrevistades (que se formaron con un programa anterior) no lo conozcan ni estén familiarizadas. Parece ser, que lo que define el “hasta donde” de la práctica en el abordaje de PSM es el atravesamiento en el cuerpo y la "carga mental" posterior que produce el tomar contacto con dichas problemáticas, más que por un límite académico, que se reconoce como difuso. La *escucha*, es referida de esta manera como la herramienta principal para la aproximación al abordaje de las demandas en SM, a pesar de ser considerada como carente de formación previa.

El encuentro con estas limitaciones parece producir dos efectos en los generalistas: por un lado genera un interés consciente, pero arbitrario, por formarse en temáticas que consideran que la población demanda, y por otro lado concientiza en la necesidad de contar con profesionales especializados en Salud Mental que puedan funcionar como equipos matriciales para el acompañamiento en el seguimiento longitudinal de estos usuarios.

En relación a estos límites poco claros, los generalistas del grupo investigado no consideran algunas estrategias como válidas o posibles para el abordaje de PSM, ya que reconocen que no las obtuvieron dentro de la educación formal o las obtuvieron en su propio recorrido personal, lo cual hace que queden imbuidas por un sentimiento de desconfianza en la propia práctica. Junto a todo esto, la ausencia o el desconocimiento de la existencia de una “guía para el abordaje de padecimientos subjetivos” que oriente la práctica cotidiana, produce que esta se vuelva aún más compleja por la inseguridad que produce hacer “de más” o “de menos”.

Surge muchas veces una percepción de que "no se hace nada" o "se hace poco", a pesar de que la *escucha* es vista como una buena estrategia para la problematización de situaciones o para la caracterización de ciertos padecimientos. Hay problemas en la definición nosológica de ciertas entidades, influenciado probablemente por el modo que tiene la Medicina y la Medicina General de abordar las situaciones: primero se diagnostican y luego se tratan. El pase a la acción, la respuesta, queda condicionada por la falta de un diagnóstico, por lo cual los profesionales sienten a la *escucha* como útil pero incompleta para el abordaje, y sin embargo la siguen utilizando y aplicando “sin saber hacia dónde se va”(P3, 32, 2020). La medicina pone a la patología como el centro de su propio accionar; la medicina general no está exenta de esto, si bien intenta todo el tiempo desprenderse. Para los generalistas, en la psicoterapia o en el campo de la salud mental en general, parece existir una *escucha* que es al mismo tiempo diagnóstica y terapéutica, y que es validada y

formalizada por la supervisión de otro profesional de la salud mental. A partir de esto surge que la herramienta de *escucha* podría ser terapéutica si existiese una supervisión que garantizara la validación de la práctica por otros profesionales que se consideren “más formados” en la temática. Pero este profesional, ¿Es un profesional especializado en salud mental?, ¿Une psicólogo?, ¿Une psiquiatra?, ¿Quién es?.

Es así que en el fondo, lo que trasciende al “quehacer generalista” es la necesidad imperante de *dar* una respuesta. Aquí es donde el equipo investigador considera que hace falta una profundización en el *andamiaje* como modo de abordaje de la Medicina General, que no es de la Salud Mental, sino el de la Salud Integral. Sin embargo, el equipo investigador considera que hay un afán, una tendencia, un interés personal común en los generalistas, en redefinir el objeto epistemológico de la Medicina General. Dejar de pensar en términos de nosologías y respuestas, y sí pensar en términos de salutogénesis y acompañamientos, es decir, en términos de andamiar procesos de cuidado, donde son los generalistas el propio instrumento de trabajo, trabajando desde la empatía y el involucramiento en los padecimientos subjetivos.

### **PROPUESTAS:**

Comenzar a construir el árbol propio del abordaje generalista de la salud mental, entendido como un componente inherente de la salud integral. En concreto, habilitar espacios de formación que tengan un enfoque en el primer nivel de atención, donde las demandas sean entendidas como problemas subjetivos en la existencia de las personas. Construir un nuevo abordaje no podrá depender de los profesionales especialistas de la salud mental, sino de los profesionales especialistas en el primer nivel de atención, los cuales ven a las personas en su forma más genuina, sin fragmentación del ser.

### **RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL:**

La especialidad de medicina general y/o familiar se propone como uno de sus ejes rectores el trabajo desde una perspectiva de salud integral, a través de un abordaje situado que tome la demanda como subjetiva y socialmente construida.

En este sentido, el abordaje de problemas complejos, entendiendo su determinación multidimensional, se concibe como una competencia esencial de la medicina general. Esa misma complejidad vuelve constantemente y se expresa en la pregunta, ¿hasta dónde?, en

una lógica dinámica y dialéctica de buscar y necesitar delimitar los alcances del campo de la especialidad y a su vez resignificarlos, constantemente.

En este momento histórico, el trabajo en el primer nivel de atención ocupa un lugar determinante, tanto hacia un proceso de transformación del sistema de salud como también para dar una respuesta inmediata a las demandas más prevalentes, y se hace imprescindible poder reevaluar y analizar nuestra práctica, entendiendo que es un proceso dinámico que inherentemente implica entrar en tensión. En este sentido, este tipo de trabajos resulta relevante como aporte para conocer y caracterizar la práctica como generalistas en el primer nivel de atención, incorporando los dilemas y debates que se ponen en juego, pudiendo reflexionar y reafirmarse en esas competencias de la medicina general y seguir generando estrategias de abordajes, entendiendo nuestra labor como una práctica transformadora.

### **Referencias bibliográficas**

Crivelli F y col (2019). Percepciones sobre la TBC en la población del área del cesac 24 y sus circuitos de atención. Cesac 24, Hospital Piñero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Escobar, J. y Bonilla-Jimenez, F. (2010). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. <http://www.tutoria.unam.mx/sitetutoria/ayuda/gfocal-03122015.pdf>

Fauda M., Iacono P., Ferraro J., Pigatto S., Bragado F., Donnet M. (2018). Uso de medicamentos relacionados con la salud mental en el primer nivel de atención. Ciudad de Santa Fe. Marzo, abril y diciembre de 2018. Dirección provincial de red de medicamentos y tecnología farmacéutica, Dirección de salud mental, Dirección de información para la gestión, Ministerio de salud Provincia de Santa Fe.

Ferrara F. (2010). La salud es la solución del conflicto, Página/12.

Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, Ministerio de salud (2023). Programa docente general de la residencia de medicina general y/o medicina de familia.

Latorre J. M. Lopez Torres J. Montañez J. Parra M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Departamento de psicología de la universidad de castilla, universidad de ciencias médicas de castilla.

Ley 153 Ley básica de salud (1999). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-153-123456789-0abc-defg-351-0000xvorpyel>

Ley 26.657 Ley de Salud Mental. Diciembre 2010. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Perdigues M, Prado P (2016). Perspectivas, actitudes y conductas respecto al cuidado de su salud en varones de un asentamiento de la CABA. Hospital Enrique Tornú.

Souza Campos. (1996). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada.

Vallarino M. (2021). Desarrollo de procesos formativos en competencias vinculadas al campo de la salud mental en PNA. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

## **Anexos**

### **Anexo 1: consentimiento informado**

#### **Centro de Salud y acción comunitaria Número 24 Villa Soldati- CABA Consentimiento informado para los/las participantes en la investigación 2023**

La presente investigación es conducida por residentes de medicina general con sede en el Centro de salud y acción comunitaria (CeSAC) número 24 .

El presente estudio se realizará conforme a los principios emanados de la ley nacional 25326/2000 (Protección de los datos personales) (Ley nacional 25326/2000) y la Declaración de Helsinki (1964) de la Asociación Médica Mundial y actualizaciones posteriores (Declaración de Helsinki) y conforme a la legislación local (Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud ley 3301(Ley 3301) y Decreto 58/11(Decreto No 58/11).

**El objetivo general** de este trabajo es: realizar un diagnóstico de situación dirigido a caracterizar y explicar el abordaje de problemáticas vinculadas al malestar subjetivo y el padecimiento mental por los mediques generalistas del PNA del área programática del Hospital Piñero.

#### **Objetivos específicos**

Identificar qué situaciones/problemas se caracterizan dentro del área "salud mental" y cuáles se reconocen en la práctica diaria.

Reconocer recursos, herramientas y/o estrategias que utilizan para ese abordaje.

Indagar sobre su formación y cómo lo asocian con la utilización de dichas herramientas.

Identificar las vacancias de conocimiento que perciben para el abordaje de estas problemáticas en su propia práctica diaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará participar de un Grupo Focal junto a otras 5-10 personas, donde se realizarán preguntas abiertas sobre la temática.

Lo que conversemos durante el grupo focal se registrará y grabará, de modo que el investigador pueda utilizar dicha información posteriormente. Lo conversado será estrictamente confidencial, es decir, será una información sólo conocida por parte de los/las investigadores. En cualquier momento podrán retirarse, si así lo desean. La participación o la no participación no afectará la atención en el centro de salud.

La información será codificada usando un número de identificación y por lo tanto no llevará su nombre. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán, dicho proceso será fiscalizado por las autoridades del centro de salud. Esta información será utilizada para trabajos de investigación, que ayuden a mejorar la calidad de atención en el centro de salud. Tendrás el derecho de solicitar los resultados vía mail [rmgp.cesac24@gmail.com](mailto:rmgp.cesac24@gmail.com).

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él; igualmente podrá conocer los resultados finales del mismo y podrá retirarse o negarse a responder cualquier pregunta que usted considere prudente omitir la respuesta o lo afecte emocionalmente.

Agradecemos su participación

Investigadores: Antonielli, Leandro - Médico (Residencia de Medicina General), Herrera, Julian - Médico (Residencia de Medicina General), Miretti, Edurne - Médica (Residencia de Medicina General), Noval, Juan Manuel - Médico (Residencia de Medicina General), Rodriguez, Valentina - Médica (Residencia de Medicina General), Rodriguez Maury, Melisa - Médica (Residencia de Medicina General)

**Responsables del Proyecto:** Dra. Marcela Corin

**Lugar de realización:**

CeSAC N° 24, Pasaje L y Laguna, Villa Soldati, CABA, Argentina

Tel: 4637-2002

Mail: [rmgp.cesac24@gmail.com](mailto:rmgp.cesac24@gmail.com);

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de los objetivos de este estudio.

Me han indicado también, que debo responder unas preguntas y que puedo retirarme de la investigación o negarme a responder cuando yo lo considere necesario. Se me ha informado que la entrevista será grabada. He sido informado además del tiempo de mi participación en la entrevista.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta o futuras investigaciones. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo 2 : Guía de preguntas para moderar el grupo focal**

Ejes/VARIABLES	Preguntas originales	Preguntas potenciales/destrabadoras
<b>0. INTRODUCCIÓN</b>	<p><b>Ronda de presentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombres</li> <li>- CeSAC donde trabajan</li> <li>- Donde hicieron la residencia</li> </ul> <p><b>¿Qué es para ustedes la salud mental?</b></p>	
<b>1. IDENTIFICACIÓN</b>	<p>¿Qué problemas asociados a la salud mental reconocen en su práctica cotidiana?</p>	<p>Ejemplos* <i>desde un diagnóstico per sé (esquizofrenia), hasta situaciones como violencias, duelos, crisis vitales, o situaciones del orden de las emociones</i></p>
<b>2. PERCEPCIÓN</b>	<p>¿Y qué les pasa con esto, qué sienten?</p>	<p>Redireccionar hacia cuestiones fácticas, prácticas si es que se va muy hacia “sentipensares”</p>
<b>3. ABORDAJE</b>	<p>¿Qué usan o que hacen ustedes en estas situaciones?</p>	<p>Habilidades, recursos, herramientas, estrategias.</p> <p>¿Hay situaciones en las que necesitan que otra persona también participe del abordaje?</p> <p>¿Cómo trabajan con otras personas del espacio de trabajo?</p>
<b>4. FORMACIÓN</b>	<p>¿Podrían pensar en qué espacios de su vida aprendieron estas cosas?</p>	<p>¿Identifican dónde obtuvieron/aprendieron esto?</p>
<b>5. VACANCIAS</b>	<p>¿Hay situaciones que les desborden o lleguen a decir “hasta acá”?</p> <p>¿Qué les faltaría para poder abordar estas situaciones?</p> <p>Alguna vez, ¿se les ocurrió algo que les ayudaría?</p>	<p>¿Sienten que alguna situación le superó?</p> <p>¿Alguna vez quisiste o consideraste cortar un seguimiento?</p> <p>¿Qué les pasa si abren SIGEHOS y ven que tiene como "problemas/antecedentes": depresión, esquizofrenia, trastorno de la personalidad, trastorno bipolar?</p> <p>¿Qué situaciones de PSM no abordás por cuestiones legales, a pesar de sentir que estás capacitado?</p> <p>¿Qué cambiarían para que esto mejore?</p>
<b>6. CIERRE</b>	<p><b>Finalizando, ¿algo que no haya salido? ¿algo que quieran decir? ¿agregarían algo al alguna respuesta?</b></p>	

**Anexo 3: Cuadro 1. Codificación de participantes:**

Persona	Edad (años)	Finalizó residencia (año)	Lugar de trabajo	Lugar de formación
P1	43	2010	CeSAC* 13	CeSAC 24
P2	32	2020	CeSAC 20	CeSAC 24
P3	32	2020	CeSAC 24	CeSAC 24
P4	37	2016	CeSAC 19	CeSAC 19
P5	59	2000	CeSAC 19	CeSAC 19
P6	49	2008	CeSAC 24	CeSAC 24
P7	32	2020	CeSAC 19	CeSAC 24
P8	32	2022	CeSAC 24	CeSAC 24

\*CeSAC = centro de salud y atención comunitaria