



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ADULTO

“El lugar de la familia en la intervención clínica en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Región Metropolitana”

Una mirada desde el psicólogo en Atención Primaria de Salud

Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

AUTORA

DANIELA MARTIC GUAZZINI

PROFESOR GUÍA

FELIPE GÁLVEZ SÁNCHEZ

Santiago de Chile, 2015

INDICE

RESUMEN	4
I. INIRODUCCIÓN	5
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
Pregunta de Investigación	11
III. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	12
IV. OBJETIVOS	14
Objetivo General.	
Objetivos Específicos	
V. ANTECEDENTES TEORICOS	15
1. Atención primaria y salud mental en Chile	15
1.1 Atención Primaria de Salud y Centros de Salud Familiar (CESFAM)	17
1.2 Las nuevas estrategias en Salud Mental	20
1.3 Los aspectos críticos de la implementación de la reforma	22
2. Rol del psicólogo en atención primaria. Condiciones laborales y malestar laboral	
2.1 Formación, condiciones laborales y malestar laboral	28
3. Familia en Chile y transformaciones sociales	31
3.1 Cambios de la familia en Chile y Latinoamérica. Los efectos de las transformaciones sociales	35
3.2 Familia y Salud Mental	38
4. Intervenciones con Familias	41
4.1 Respecto a la intervención familiar en Chile	42
VI. MARCO METODOLÓGICO	49
1- Perspectiva Epistemológica	49
2- Tipo de Investigación y Estudio	50
3- Muestra	51
4- Instrumentos de recolección de datos	51

5- Técnica de análisis de datos	53
6- Procedimiento	54
VII. ANALISIS DE RESULTADOS	57
Dimensión 1. Consideraciones de la familia en contextos de Salud Mental	57
Dimensión 2: Familia y transformaciones sociales	62
Dimensión 3: Dispositivos tácticos con familias en contextos de salud mental	65
VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	73
IX. CONCLUSIONES	90
X. REFLEXIONES FINALES	94
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ANEXOS

Anexo 1. Transcripción grupos focales	1
Anexo 2. Pauta Cuestionario	73
Anexo 3. Pauta grupo focal	74
Anexo 4 Consentimiento informado	76

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo conocer cuáles son las prácticas con las familias y la consideración de las transformaciones sociales en la intervención con las mismas, que realizan los profesionales psicólogos que trabajan en los contextos de salud mental de atención primaria en Chile. Para ello se entrevistó de manera grupal a un grupo de psicólogos que trabajasen en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de algunas comunas de la región metropolitana incentivando un diálogo que hiciera emerger las prácticas con familias en los centros de atención y la consideración de los procesos de transformación social en dichas prácticas. Desde una perspectiva comprensiva-hermenéutica y a través de un análisis de contenido interpretativos, se desarrolla una discusión y se concluye respecto del poco espacio que está teniendo la familia en salud mental, de la dificultad para incorporar más allá del discurso las transformaciones sociales en las intervenciones con familias, así como de los dispositivos tácticos que se están usando para trabajar con las mismas en ese contexto específico.

Palabras clave: familia en salud mental, transformaciones sociales, intervención familiar, psicólogo en atención primaria.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación propone conocer cuáles son las prácticas con las familias y la consideración de las transformaciones sociales en la intervención, que realizan los profesionales psicólogos que trabajan en los contextos de salud mental de atención primaria en Chile. Durante este proceso de investigación se realizó un análisis que, a partir del propio relato y experiencias de los profesionales participantes, permitió dar cuenta de cómo se está trabajando con familias en ese nivel de atención y la atención que tienen ellos mismos respecto de las transformaciones sociales y su impacto en las familias así como en la intervención que realizan.

Para ello, se presentarán en primer lugar los antecedentes teóricos que dan cuenta del contexto en el que se llevó a cabo la investigación así como los elementos que permitieron la posterior discusión de los contenidos emergidos en las conversaciones con los profesionales. Es entonces cómo se mostrará el contexto de salud mental en atención primaria en Chile, especificando el funcionamiento de los Centros de Salud Familiar, y además rescatando el rol que cumplen los profesionales psicólogos en ese escenario en particular. Para agregar más elementos al análisis, también se hará una revisión respecto de las transformaciones sociales en el país y su impacto en la estructura y funcionamiento de las familias. Por último, se tendrá en consideración los distintos acercamientos teóricos para formular una intervención familiar y cómo se está dando esta en Chile.

La metodología del presente estudio, consistió en seleccionar a un grupo de profesionales psicólogos que trabajasen en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de algunas comunas de la región metropolitana. A través de un cuestionario y de la realización de grupos focales, se incentivó una conversación que hiciera emerger las prácticas con familias en los centros de atención y la consideración de los procesos de transformación social en el trabajo con las mismas. Una vez realizado los grupos focales, siendo estos el principal instrumento de recolección de datos, se procedió al análisis de los datos ahí obtenido a través de un análisis de contenido interpretativo. Este tipo técnica promueve la emergencia de categorías que posteriormente pueden ser interpretadas a través de un ejercicio de triangulación entre los aspectos teóricos

revisados, los contenidos producidos en la transcripción de los grupos focales y la experiencia de la investigadora. Cabe señalar, que dicho análisis se realizó desde una perspectiva hermenéutica – comprensiva y un enfoque cualitativo, de modo de tener un acceso más profundo a la realidad que se desea conocer, rescatando su carácter simbólico y de constante construcción. Así también, esta perspectiva otorga un rol activo al investigador y a las observaciones e interpretaciones que este puede hacer de los resultados obtenidos, siendo esto fundamental para el proceso de análisis realizado. Finalmente se presenta una discusión y conclusión de los elementos que intentan dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

A continuación, se darán a conocer algunos antecedentes que fundamentan la realización de la investigación y su relevancia, así como la pregunta de investigación que guía el estudio.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde el retorno a la democracia en los años 90, las políticas de salud en Chile han puesto especial énfasis en la atención primaria como uno de los principales componentes de la cobertura sanitaria. Uno de los objetivos del sistema de salud, de acuerdo a los principios de equidad definidos en las políticas públicas de los últimos años, es contribuir al desarrollo de una salud de mayor calidad, que sea equitativa en el acceso y con una proyección financiera. Dentro de las tareas esenciales para lograr este objetivo, está el cambio en el modelo de atención, proponiendo a través de la reforma un modelo centrado en la atención primaria enfatizando la prevención, promoción y la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud. Este será el Modelo de atención Integral con enfoque familiar y comunitario (Rojas, et al 2011).

Frente a este tipo de reformas, el Ministerio de Salud de Chile propone a través de la Estrategia Nacional de Salud para los años 2011-2020 una serie de desafíos que estén integrados dentro de una política pública, con el objetivo de mejorar la calidad de los chilenos dentro de la próxima década. En dicha estrategia, se propone una visión a largo plazo que integra determinados objetivos que se enmarcan en una serie de valores, principios y ejes rectores que proponen líneas de acción específicas en el campo de la salud (MINSAL, 2011). En la estrategia se destacan algunos valores y principios enfatizando sobre la importancia de que éstos no sean únicamente orientaciones ideológicas, sino que se transformen en prácticas concretas y efectivas de trabajo en el quehacer de la salud mental. Entre ellos se destaca el valor de la *comunidad como actor principal*, que trae asociado consigo los principios de: *fortalecimiento de la familia*, desarrollo evolutivo, redes sociales y comunitarias, protagonismo de usuarios y familiares y participación ciudadana. (op. Cit.)

Además de esta Estrategia Nacional de Salud, desde el año 2000 se implementa el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el cual hace hincapié en un abordaje comunitario sobre los problemas de salud mental y que presenta como estrategia la creación de servicios de salud mental y psiquiatría en red, en el que participen el usuario, su familia y organizaciones locales. (Minolleti y Zaccarias 2005).

Es así, que se responde a la necesidad de intervenir con la familia en salud como parte de una política de desarrollo social que también involucra otros ámbitos. De acuerdo a lo mencionado por Guell (1999), hay un conjunto de ámbitos en los que la población experimenta inseguridad, como por ejemplo, la educación, trabajo, seguridad, previsión, medioambiente y salud y que sería en la dinámica familiar en donde estas se agrupan generando experiencias generalizadas de incertidumbre y crisis. Siguiendo con lo que plantea el autor, es en la vida familiar donde primero se experimentan las inseguridades sociales, pero es también el lugar donde se elaboran las estrategias más básicas para su enfrentamiento

Siguiendo en esta línea, desde los lineamientos del Ministerio de Salud (2008), se entiende a la familia como el ámbito social primario del individuo cuya estructura y dinámica están determinadas por aspectos históricos, culturales, genéticos, mitos y creencias. Se asume también que existen diferentes tipos de familia, entre ellas, la biológica, la extendida, la nuclear, la monoparental, la tradicional, moderna y contemporánea, y que como institución ha debido enfrentar cambios a nivel valórico, a nivel del vínculo del sistema conyugal, rol de género, estructura, límites y parentalidad.

Es así que este modelo con enfoque familiar supone que haya una intervención (y por tanto metodologías de intervención especializadas) con familias, de manera tal que se pueda garantizar una modalidad a través de la cual la familia sea considerada en tanto lectura de la situación problemática y también como recurso para el enfrentamiento de situaciones problemáticas. La familia será una forma de medir también el *cuantum* de sufrimiento, en la medida que pueda evaluarse la forma a través de la cual cada sujeto puede leer y leerse de manera colectiva en su situación conflictiva (Correa y Hernández, 2008).

Este nuevo modelo de carácter integral, familiar y comunitario define la atención en salud como un proceso continuo centrado en el cuidado integral de las familias entregándoles herramientas, por ejemplo, para su autocuidado. Este último punto resulta fundamental, pues se intenta promover que el sujeto de intervención en atención primaria sean las familias y no el individuo. Frente a esto, surge la inquietud y la duda respecto de cómo podría un modelo de intervención familiar aumentar las posibilidades de fortalecimiento de la familia haciendo uso de esta misma en tanto sistema

significativo, cuestión que aparece como un gran desafío para la salud mental pública y para los profesionales que tendrán que implementar esta nueva concepción de salud.

Al revisar los manuales de atención primaria se identifican algunos elementos básicos que suponen el trabajo con familias. Entre ellos se destaca la necesidad de conocer la Teoría General de Sistemas, Teorías del Ciclo Vital, Teoría de la crisis, Enfoque Interaccional de la Comunicación, y el manejo de instrumentos como Genograma, Ecomapa, Apgar familiar, Consejerías entre otros (MINSAL, 2008). Si bien estos son elementos que promueven un entendimiento menos individualizante de los problemas en salud, también resultan ser básicos y por tanto permite poner en duda el grado de especialización que podría tener un abordaje familiar específicamente en el área de salud mental, además de no contar con una diferenciación clara respecto de lo que debiese manejar un psicólogo versus un enfermero, nutricionista, médico, etc, en su quehacer profesional.

Por otro lado, un importante elemento que completa la problemática presentada se refiere a los cambios en torno a la idea de familia. En las últimas décadas Chile ha experimentado un acelerado proceso de modernización teniendo grandes efectos sobre las familias y sobre lo que se podría denominar como sus nuevas modalidades de organización y dinámica familiar. Entre ellos se destaca: el aumento del promedio de edad del primer matrimonio; la cantidad de hijos fuera de éste; las parejas que cohabitan; las madres jefas de hogar; la cantidad de solteros; entre otros. Todas estas variaciones provocan un fuerte cambio en las dinámicas relacionales de las familias, cambiando algunos valores básicos y por cierto la ideología familiar en tanto cosmovisión, aspiraciones y procesos de crecimiento. Incluso se ha llegado a plantear la deconstrucción del concepto mismo de familia. No obstante, frente a estos cambios, hasta el momento no se cuenta con una visión comprensiva de lo ocurrido con las familias en Chile producto de los cambios sociales, económicos y culturales, ni cómo estos cambios las han afectado (Tironi, Valenzuela, Scully, 2006). Menos aún podemos imaginar entonces que los diferentes programas que descienden del Estado tengan modelos de intervención que estén atentos (o hayan considerado) los procesos de transformación social. Por tanto un equipo que trabaje con familias y que la considere como unidad de intervención, tendrá que aprender a evaluarla desde la perspectiva de su estructura, sus riesgos, los eventos estresantes, sus recursos, su organización, generar

intervenciones sistémicas (MINSAL, 2008), pero a la vez deberá tener presente una intervención que se vea atravesada por esas transformaciones sociales.

Frente a este escenario, se plantea que no habría claridad de cómo es que se enfrentan dichas transformaciones en las intervenciones propuestas para salud mental en atención primaria, lo que se manifestaría en una aparente asincronía entre las transformaciones sociales a nivel de la familia y los tipos de intervenciones que se proponen para trabajar a ese nivel, presentando un abordaje básico y poco comprensivo de la realidad familiar. Se cuenta con cierto tipo de intervenciones y herramientas o técnicas, pero no así tanta claridad o normativa en el accionar específico de un psicólogo, cuestión que podría estar provocando, por una parte, la declarada importancia del trabajo con familias y al mismo tiempo, la ausencia de un método definido, al menos desde la psicología aplicada.

Siguiendo en esta línea, un estudio realizado durante el proceso previo a la implementación del modelo con enfoque familiar, reflexiona respecto de la preparación de los psicólogos en torno a los desafíos y habilidades requeridas para cumplir con las tareas exigidas en una institución pública. Muchos de ellos consideraron que no contaban con los conocimientos necesarios, concluyendo que en general la formación no responde al nuevo modelo de atención. Las carencias fundamentales en la formación estaban relacionadas con el dominio de la gestión en salud y la aplicación de intervenciones con un enfoque salubrista, tanto a nivel individual como colectivo y comunitario (Molina y Scharager, 2007). Si bien esto corresponde a un dato previo a la incorporación del modelo, no se cuenta con la información suficiente para saber si se ha avanzado en esta materia o no. En este mismo sentido, se cuenta con que una de las principales debilidades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, es no haber contado con la formación profesional especializada ni la oferta de incentivos para trabajar en ese nivel de atención. Se observó que los profesionales adquirían las habilidades necesarias sobre la marcha y no contaban con capacidad de respuesta para satisfacer las necesidades de los usuarios (Minolleti y Zaccaria, 2005).

Es presumible que, igualmente, los profesionales de los diferentes centros de atención primaria, particularmente aquellos que tienen en su misión el trabajo con familias, lleven a cabo una práctica que está sustentada en algún ideario o modelo de

intervención, quizás implícito, que bien valdría la pena identificar, revisar, sistematizar y reflexionar.

De este modo, habiendo transcurrido ya cerca de 7 años desde la implementación de este modelo de atención integral y familiar, revisando sus respectivas exigencias y demandas de abordaje familiar para los profesionales que se desenvuelven en ese nivel de atención, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las prácticas de intervención con familias y cómo consideran los procesos de transformación social -en el abordaje de las mismas- los profesionales psicólogos que trabajan en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la región Metropolitana?

III. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El nuevo modelo de atención primaria de salud se basa en incorporar a la familia como unidad de atención y en dejar de ver al sujeto desde una concepción individualizadora y fuera de todo contexto social, cultural, familiar, etc. Esto se ha traducido en una interesante, pero irreflexiva, preocupación por incorporar un set de técnicas que hagan operativa la intención de abordaje a las familias, como si se tratara de una novedad respecto de aquello que se venía realizando, precisamente porque hay un incentivo a ello que viene desde el mandato. No obstante esto, la hipótesis es que poco se reflejaría en las atenciones de salud mental a ese nivel, pues se observa que no existiría un formato definido de trabajo con familias ni intervenciones claras que promueva un abordaje psicoterapéutico de lo familiar.

Frente a esto, resulta relevante entonces investigar cómo es que se está interviniendo con familias en este nivel, pues la atención primaria correspondería a la primera entrada del sujeto a la red de salud y por tanto un espacio fundamental para la pretendida prevención.

Es evidente que el sólo hecho de disponer de datos respecto de aquello que se hace, puede favorecer una revisión de los mismos (así como también en el caso de que se tengan datos de aquello que no se realiza para la interpelación respecto de un eventual no cumplimiento del mandato institucional). Esta revisión además permitiría favorecer una optimización de los modos de intervención por medio de una especialización de los procedimientos técnicos y tácticos. Junto con ello, tender hacia la despatologización, en tanto el Plan de Salud Mental, declara la posibilidad de desindividualizar los métodos de intervención y el colectivo, estaría representado, en primer término, justamente por la familia.

Contar con datos que permitan auto observar los propios procesos de intervención en relación al trabajo con familias, a través de su adecuación, podría inclusive tender hacia una optimización del uso de recursos humanos y materiales, disminuyendo costos y ubicando el esfuerzos de profesionales en los diferentes programas, evitando la duplicidad y favoreciendo el trabajo en red, que son elementos que se han intentando fortalecer con mucha fuerza en los últimos años.

Por otra parte, en términos metodológicos, incorporar la voz de los profesionales de la salud, en tanto intermediarios entre políticas y prácticas, pudiera generar novedad, primero, respecto de las dificultades en el cumplimiento de las políticas (que podrían estar compartiendo pero no pudiendo llevar a cabo), y, segundo, respecto de las posibilidades de intervención crítica que se tenga de los propios programas de los que participan, pero de los cuales, no necesariamente se sienten parte. Son los profesionales quienes intervienen directamente con los usuarios y a la vez deben hacer cumplir los requerimientos de un abordaje familiar.

De este modo, resulta novedoso el volver a interrogar lo que está sucediendo en este nivel en salud mental, específicamente recuperando el rol del psicólogo como elemento clave dentro de los equipos. Si se recuerda, la última investigación nacional que se realiza para determinar la implementación del modelo y el actuar del psicólogo en el mismo, ocurre hace 10 años atrás. Es así, que esta investigación pretende (claramente a menor escala y sin la intención de generalizar) conocer que está ocurriendo hoy, de manera de actualizar los contenidos en esta materia.

IV.OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer las prácticas de intervención con familias y la consideración de los procesos de transformación social en el abordaje con las mismas, que tienen los profesionales psicólogos que trabajan en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Región Metropolitana

Objetivos Específicos:

- Conocer la metodología de abordaje o intervención familiar realizado por psicólogos(as) en los Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Explorar la consideración que tienen los profesionales respecto de las transformaciones sociales y sus efectos en la familia.
- Explorar la consideración que tienen los profesionales respecto de las transformaciones sociales y su posible implementación en la intervención en el trabajo con familias.
- Identificar la evaluación que realizan los profesionales psicólogos respecto de sus propios conocimientos e intervenciones en relación al trabajo con familias en atención primaria.
- Reflexionar en torno a la relación que tienen las modalidades de intervención familiar de los profesionales, con los requerimientos exigidos por los CESFAM, con las políticas ministeriales que regulan su operar.

V. ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. Atención Primaria y Salud Mental en Chile

Los sistemas de salud generalmente tienden a sufrir modificaciones, conforme las sociedades van creciendo y enfrentándose a diversas transformaciones. Las imperfecciones propias del mercado de salud, así como los grandes avances alcanzados en medicina y salud pública, hacen que el sistema de salud se encuentre en constante renovación y por tanto en creación de nuevas reformas (Infante y Paraje, 2010).

En Chile la situación no ha sido diferente, pudiéndose identificar tres grandes reformas en los últimos 30 años en el ámbito de la Salud en el país. Estas son: La reforma introducida por Augusto Pinochet en 1979, que a grandes rasgos consiste en la eliminación del Servicio Nacional de Salud, generando modificaciones en la estructura y financiamiento, a través de la creación de Servicios de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA). La segunda reforma ocurre en 1990 con el retorno de la democracia, cuya tarea principal consiste en recuperar la infraestructura y el funcionamiento del sistema público de salud. Finalmente, la tercera reforma conocida como AUGE en el año 2000, cuyo aspecto más notorio corresponde al otorgamiento de garantías explícitas para la atención oportuna y de calidad de un número importante de patologías con un alto impacto social, en términos de carga de enfermedad y/o de percepción social. En síntesis y en términos generales, esta reforma buscó garantizar una atención de salud de igual calidad para toda la población, independiente del tipo de seguro que tuviese el beneficiario (Op. Cit.).

Dentro de este contexto, la implementación de modelos basados en Medicina y Salud Familiar, comienza a ser una de las temáticas más recurrentes en las reformas sanitarias en Latinoamérica, siendo Chile un país que no se queda atrás de este proceso. Desde la década de los ´90, considerando la necesidad de recuperarla infraestructura y el funcionamiento del sistema público, el país comienza a poner en marcha una serie de reformas que tienen como objetivo tomar en consideración los cambios demográficos, epidemiológicos, así como educacionales, familiares, comunitarios y sociales (Cárdenas y Pinninghoff, 2013).

Es así que se comienza a trabajar en la estructuración de un modelo de atención de carácter integral, familiar, comunitario y que hace suyas las demandas ciudadanas. Este modelo define la atención de salud como un proceso continuo, centrado en el cuidado integral de las familias y que tiene por objetivo preocuparse por la salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. El énfasis entonces está puesto en lograr promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. Este será el Modelo de Atención Integral de salud con Enfoque Familiar. (MINSAL, 2008b).

La reforma de los años '90 en Chile, apunta principalmente al cambio de modelo en la Atención Primaria de Salud (APS) y cuyo eje principal consiste en la transformación de los Consultorios a Centros de Salud Familiar (CESFAM). El objetivo de esto, apunta a poder mejorar el nivel de salud de la población mediante la promoción y prevención de la salud en general, mejorar la pesquisa, el tratamiento precoz de las enfermedades y la rehabilitación (MINSAL, 2008a).

Siguiendo en esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (2008) afirma que el encaminarse a la salud para todos, requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de las transformaciones en el mundo y a las crecientes expectativas de mejores resultados. Para ello, es necesario realizar reorientaciones y reformas sustanciales del funcionamiento actual de los sistemas de salud cuyo principal objetivo constituye la agenda de renovación de la APS.

De este modo, siendo la APS la entrada principal del acceso a la salud en todos los países, las reformas en este nivel de atención y el movimiento que las fomenta, deben ajustarse más al cambio social y a las crecientes expectativas que acompañan a los procesos de desarrollo y modernización. Se ha observado el hecho de que la población mundial expresa cada vez más su opinión respecto a la salud, pues es considerada un elemento que influye en la vida cotidiana del individuo y su familia, así como también se observa la preocupación de la población sobre el modo en que la sociedad se ocupa de la salud y atención sanitaria. Frente a esto, si bien la reorientación necesaria de los sistemas de salud debe basarse en datos científicos sólidos y en un manejo racional de la incertidumbre, este proceso también debe considerar lo que las

personas esperan de la salud y la atención sanitaria para sí mismas, sus familias y la sociedad. De este modo, las reformas de las APS no están definidas esencialmente por los elementos que las refieren o por las intervenciones para el control de enfermedades, sino que también por la dinámica social que determina la función de los sistemas de salud en la sociedad (OMS. 2008).

1.1 *Atención Primaria de Salud y Centros de Salud Familiar (CESFAM)*

En Chile, el sistema de salud está estructurado mediante un sistema de Redes Asistenciales que tienen su base en la reforma del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y cuya gestión depende de los diferentes Servicios de Salud a lo largo del país. La gestión de la red, consiste en hacer operar el conjunto de establecimientos pertenecientes a los diferentes niveles de atención y que se encuentran interrelacionados por una serie de protocolos que permiten el tránsito de usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada problema de salud, asegurando así la continuidad de la atención (MINSAL, 2004; Minoletti y Zaccaria, 2005).

La red de cada servicio se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un territorio determinado con población a cargo y con otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio (MINSAL, 2004).

Es así que el sistema está estructurado en diferentes niveles:

- Nivel Primario de Atención: Postas Rurales, Consultorios, Centros de Referencia (CRS), Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Nivel Secundario de Atención: Centros de Especialidad (de diagnóstico y tratamiento)
- Nivel Terciario de Atención: Centros Hospitalarios (MINSAL, 2004).

El nivel primario de atención es reconocido como uno de los componentes claves de un sistema de salud efectivo, cuestión que ha sido experimentado por países desarrollados y en desarrollo y que por tanto puede ser adaptable a distintos contextos

políticos, sociales y culturales. Un sistema de salud que pone fuerza en la APS debe estar orientado a ciertos principios que apuntan hacia una acción estratégica para alcanzar mejores niveles de atención y ser la puerta de entrada a la red de salud. La función de este nivel de atención consiste principalmente en tratar problemas más comunes de la comunidad a través de la promoción, prevención, curación y rehabilitación para maximizar la salud y el bienestar. Junto con ello, integra la atención cuando existe más de un problema de salud, actuando en el contexto en el que ocurre la enfermedad, así como en el tipo de respuesta que las personas tienen ante un problema de salud (MINSAL, 2008b). De esta manera, es posible entender entonces por qué han sido tan importantes y necesarios las modificaciones realizadas en APS.

Ejemplo de ello es el caso Cubano, país que a través de la creación de su Sistema Nacional de Salud Único, logró en 1983 cumplir con todas las metas propuestas en la Conferencia de Alma Ata con el slogan “Salud para todos en el año 2000”. A grandes rasgos, Cuba logró tener una cobertura total de la población por los sistemas de salud, establecimiento de la formación ideológica, ética, humanista de sus profesionales, aplicación de la política de equidad a todos los servicios, surgimiento de programas de salud dirigidos a la promoción y prevención de enfermedades, avances creciente de la participación popular en las acciones de salud, entre otras (Marquéz, Sansó y Alonso, 2011). Es decir, logran todas las modificaciones sugeridas para un fortalecimiento en APS que tiene como consecuencia un mejor sistema de salud.

Como se mencionó anteriormente y volviendo al caso chileno, la reforma del Modelo de Atención implementada en los ‘90 tiene como nuevos protagonistas a los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Previo a esta transformación, el equipo de salud de consultorio general era un equipo basado en la atención biomédica, enfocado en la recuperación más que en la prevención, desarrollando un fuerte trabajo individual, con poco o nada de participación activa de la comunidad y débil en el trabajo intersectorial (Gatica, Herrera y Llanos, 2003).

Es así que los CESFAM asumen un gran desafío y se ven sometidos a procesos de modernización y cambio que se caracterizan por:

- Sectorización de la población inscrita
- Formación de equipos territoriales multidisciplinares

- Incorporación de un enfoque integral y biopsicosocial
- Modernización de la gestión
- Incorporación de los usuarios
- Foco en la promoción y prevención de la salud, entre otros (MINSAL, 2008b).

De tal manera los CESFAM aparecen como el escenario fundamental y necesario para el desarrollo de este modelo, que además cuenta con una importante particularidad proponiendo una diferencia radical respecto de cómo se venía entiendo la salud y por tanto la intervención.

Esta diferencia corresponde al principio declarado sobre la necesidad de trabajar con un *enfoque familiar e integral* como parte de sus objetivos primordiales. Este enfoque se propone reconocer a la familia como la unidad básica del quehacer intersectorial, considerando al individuo y a su familia como un sistema. Es así que, para el establecimiento de los procesos clínicos, ahora se tienen las siguientes consideraciones de la familia:

- 1- Es un marco de referencia para comprender el estado actual del individuo
- 2- Aporta recursos con los que cuentan los individuos
- 3- Es una unidad de cuidado distinta y que opera como entidad propia (MINSAL, 2008).

En esta misma línea, además se declara la importancia de generar intervenciones desde un enfoque sistémico, estableciendo como abordaje de suma relevancia, la incorporación del trabajo con la familia en todas las acciones de un CESFAM (Op.Cit), presentándose todo un desafío para los equipos de salud.

De esto último entonces se desprende la importancia del trabajo con familias, pues se observa el cambio de foco respecto de ser una entidad que acompaña el proceso de un consultante, a ser el foco mismo de intervención. No obstante, aún no se declara con exactitud cómo este cambio de foco se traducirá en metodologías claras de

intervención familiar que superen el mero hecho de considerar a la familia como un recurso para la intervención individual.

1.2 Las nuevas estrategias en Salud Mental

También se ven enfrentados a este nuevo desafío los profesionales de la salud mental, ámbito en el que de igual forma urge realizar reformas de manera paralela al proceso de implementación de este nuevo modelo.

El país comienza a verse sometido a cambios demográficos importantes, cambios de estilos de vida propios de la modernidad, por sobre todo en grandes ciudades y que consigo traen consecuencias respecto a la cobertura de los sistemas de salud y la efectividad de los mismos. Es así que frente a este nuevo escenario, las enfermedades mentales, junto con las enfermedades crónicas y los accidentes, comienzan a constituir unos de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas (MINSAL, 2000).

Frente a esto, en el año 2000 el Ministerio de Salud de Chile desarrolla el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 - 2010* como una estrategia para adecuarse a las nuevas necesidades de la población en el ámbito de la Salud Mental. Uno de los fundamentos claves del plan, es comprender que el concepto de salud y por sobre todo el de salud mental, no sólo depende de factores biológicos de las personas, sino que también de las condiciones en que ellas viven. De este modo, las acciones que favorecerían la salud mental serían todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida principalmente en la familia, en el trabajo y la escuela (MINSAL, 2000).

El plan tiene como propósito final contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad para relacionarse entre sí y con el medio, de modo de promover el bienestar subjetivo y el desarrollo óptimo de las cualidades psicológicas, cognitivas y relacionales y el logro de sus metas individuales y colectivas (Op. Cit).

A grandes rasgos, el plan se basa en un modelo de intervención comunitario, considerado como el mejor modelo para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas,

dando prioridad a estrategias comunitarias y participativas según la realidad de cada grupo social. Esta forma favorece entonces especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, generando una buena capacidad resolutive enfocada en las personas y familias y comunidades (Minoletti y Zaccaria, 2005). Nuevamente vemos entonces la importancia otorgada a la APS y la necesidad de su transformación adecuándose a los cambios sociales.

Pasan los años y el país debe seguir ajustándose a las transformaciones y anticipándose a enfrentar las nuevas demandas del sistema de salud. Es así que el Ministerio de Salud crea la *Estrategia Nacional de Salud Mental 2010- 2020* que propone una serie de desafíos que deben ser integrados dentro de una política pública con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los chilenos y chilenas dentro de la próxima década.

Dicha estrategia, pretende articular efectivamente las actividades y programas que desde el Estado, la sociedad civil y el sector privado, contribuyan a construir y proteger la salud mental de las personas que en Chile aún presenta un nivel insatisfactorio, considerando que 1 de cada 3 personas, niños y adultos, sufre de algún problema de salud mental en su vida (MINSAL, 2011).

La visión que sostienen es:

“Al año 2020 y a través de los esfuerzos integrados de los sistemas de salud, de protección social, de trabajo, educación, vivienda, justicia y otros, los chilenos habrán avanzado en la construcción de un país que, desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida de las personas, promueve la salud mental, previene la aparición de enfermedades mentales y garantiza a todos, el acceso a programas sanitarios e intersectoriales de alta calidad, en un marco de respeto a los derechos humanos” (MINSAL, 2011, p. 4)

La estrategia se propone trabajar en aquello que no se logró avanzar en el Plan Nacional anterior, aludiendo a la aún gran brecha existente en la cobertura y calidad de las prácticas que aseguren la completa instalación del modelo de salud mental comunitaria, además de buscar mayor equidad en la distribución de los recursos (MINSAL, 2011). Es así, que este se estructura a partir de una serie de objetivos, ejes rectores y líneas de acción que van en la línea de la visión de lo que se espera para el Chile del 2020.

Para efectos de la presente investigación, resulta importante relevar que un principio declarado en la estrategia alude a que la salud mental de las personas tiene determinantes e influencias en los distintos ámbitos de desenvolvimiento, entre ellos; las relaciones en la familia y las redes sociales, el medioambiente físico, psicosocial y cultura, la calidad de la vivienda y de los barrios, los hábitos alimentarios, las oportunidades educativas, entre otros (MINSAL, 2011).

Existe una preocupación y una línea de acción que apunta específicamente al ámbito de la familia y de la importancia del cuidado de ésta para el bienestar del sujeto, afirmando que se deben: “Promover medidas que faciliten la permanencia de los padres con sus hijos y la calidad de este tiempo, especialmente en los períodos pre y post natales, así como apoyar el rol de ambos padres en el cuidado de sus hijos. Cuidar a las familias para que mantengan su cohesión, tanto dentro de la pareja, así como parento-filial. Apoyar las iniciativas que fortalezcan el funcionamiento familiar, así como dar educación acerca de estilos parentales saludables” (MINSAL, 2011, p. 21).

Así vemos que se sigue otorgando importancia al fortalecimiento de la familia y el trabajo con ella desde diversos ámbitos, siendo sujeto primordial de las políticas públicas.

1.3 Aspectos críticos de la implementación de la Reforma

Se ha mencionado ya que gran parte de la reforma sanitaria de los años ‘90 sitúa a la APS como el escenario central de los cambios implementados y que los esfuerzos en las décadas siguientes han sido siempre en pos de fortalecer y asegurar el sistema. Pese a ello, un estudio realizado por Montero, Téllez y Herrera (2010) desde la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, afirma que durante el proceso de implementación del modelo ha surgido un claro desequilibrio en el sistema que más que fortalecer la APS, ha terminado por debilitarla.

De acuerdo a lo planteado por la OMS (2008), son necesarias 4 reformas para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos. Estos son:

- 1- Reformas en pro de la cobertura universal para mejorar la equidad sanitaria
- 2- Reformas de la prestación de servicios para conseguir sistemas de salud centrados en las personas.
- 3- Reformas del liderazgo para que las autoridades sean más confiables
- 4- Reformas de las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades.

Montero, Téllez y Herrera (2010), plantean que la reforma no consideró los problemas que afectan crónicamente a la APS en Chile. Producto del sistema de garantías (Ley AUGE¹), la APS debe hacerse cargo del 80% de las actividades exigidas por la garantía, sin haber solucionado los graves problemas estructurales que por años arrastraba el nivel de atención. Esto evidentemente sobrecarga el nivel, a lo que se suma, que deben cumplir a través de programas verticales² con el 100% de esas garantías a nivel nacional, sin considerar la diversidad de necesidades y prioridades que presentan las diferentes comunas del país. Esto último da cuenta de cómo se distorsiona un modelo supuestamente centrado en las necesidades reales, locales y la aspiración a la equidad en la atención.

Otros hallazgos importantes planteados por los autores respecto a las contradicciones del sistema son resumidos a continuación:

- Existe predominio de intervenciones curativas por sobre intervenciones de prevención y promoción. Está más centrado en la enfermedad que en la salud
- El financiamiento de la canasta básica es insuficiente y los municipios deben financiar ese déficit con sus propios recursos, generando entonces desigualdades en sectores que concentren municipios más pobres.

¹ “El Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469” (www.supersalud.gob.cl)

² Los programas verticales son por lo general una respuesta generada a nivel central con protocolos específicos que se intentan aplicar por igual a las distintas realidades de la comunidad, con un nivel mínimo de decisión y participación del nivel local (Velázquez y Chávez, 2008. Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía, Colombia).

- Falta de recursos humanos en salud, tanto de especialidades en general, como de especialistas en atención primaria.
- Carencias en la formación de competencias y de dotación de médicos especialista en salud familiar.
- Gran heterogeneidad en los entes responsables de la gestión de la APS, generando entonces mucha variabilidad en el servicio prestado (Montero, Téllez y Herrera, 2010).

Frente a estos resultados, vemos entonces cómo es que evidentemente no se cumplen algunas de las reformas planteadas por la OMS (2008) y que demuestran la interminable necesidad de continuar el trabajo en este ámbito.

2. Rol del Psicólogo en Atención Primaria. Condiciones laborales y malestar laboral

Pensar los problema psicológicos que presentan los usuarios de atención primaria en términos de una filosofía contextual, y no desde una perspectiva biomédica como se estaba haciendo, requerirá de un nuevo modelo de pensar las instituciones, los profesionales y a los usuarios de esta atención (Álvarez y Fernández, 2008). En el papel, esto es parte de lo que intenta transformar el nuevo modelo con orientación biopsicosocial, pretendiendo implementar un nuevo abordaje respecto de la comprensión de la enfermedad y la salud.

Como se ha revisado hasta el momento, parte de esta nueva concepción ha requerido cambios ontológicos respecto al entendimiento de la persona y su estado de salud, así como también importantes cambios estructurales y financieros.

Dentro de los requerimientos de la atención primaria, aparece como fundamental dar prioridad a la persona más allá de un conjunto de síntomas o trastornos que requieran tratamiento. Se espera por el contrario, tener una mirada global hacia la misma, considerando su contexto familiar y comunitario, reconociendo que son pocos

los profesionales que han recibido capacitación para brindar ese tipo de atención centrada en la persona (OMS, 2008).

Bajo este contexto y considerando la aplicación del modelo MAIS en Chile, la psicología se incluye como una disciplina relevante en el ámbito de la salud debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales, otorgando al psicólogo un lugar clave dentro del equipo de salud mental. No sólo su presencia es clave, sino que además debe enfrentarse a la necesidad de replantear su actuar tradicional, que generalmente ha estado ligado a una práctica más aislada (y privada), y orientarla entonces hacia una modalidad terapéutica- curativa de la psicología clínica (OMS 2009 en Essayag 2012). De acuerdo al registro en el estudio realizado por Minoletti y Zacarria (2007), la dotación de psicólogos en APS pasa de 0 en 1990 a 452 en el año 2003. A la fecha, se esperaría que esta cifra estuviese al menos triplicada.

La inserción de la figura del psicólogo en los centros de atención primaria, ha implicado que estos profesionales, con o sin formación clínica, deban responder a un nuevo escenario que comprende el pertenecer a equipos multidisciplinarios y por tanto trabajar con diversidad de profesionales con diferentes perspectivas, implementar un nuevo modelo de atención, tener conocimientos de abordajes clínicos y comunitarios, entre otras actividades. Incluso, también se espera que tengan competencias específicas como por ejemplo ser activo en la conformación del equipo, usar sus conocimientos para capacitar a más equipos de la institución, comprender, diseñar, implementar y evaluar programas de salud mental, planificar estrategias integrales de intervención, etc (Haz, Díaz, Raglianti, 2002). Vemos entonces grandes exigencias para una disciplina que se instala tardíamente en los centros de salud de atención primaria y que además, como se verá a continuación, en muchas ocasiones no tiene claridad de su actuar diferenciando sus tareas de las de los otros profesionales con los que trabaja.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) contempla una serie de acciones básicas que se deben cumplir en cada nivel de atención para dar respuesta a las necesidades de atención de la población. Respecto a la atención primaria, se espera una capacidad resolutoria para evitar una sobrecarga en el siguiente nivel de atención, a través de las siguientes estrategias:

Cuadro Resumen

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Actividad /Prestación	Con/dirigida a	Profesional o Técnico
Consultoría de Salud Mental	Equipo de Salud General	Equipo de salud mental y Psiquiatría ambulatoria
Consulta Médica de Salud Mental	Paciente	Médico
Consulta de Salud Mental	Paciente	Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona, T. ocupacional, entre otros
Intervención psicosocial grupal	Pacientes, familiares, cuidadores	Idem
Visita de Salud Mental (domiciliaria, laboral, escolar)	Pacientes, familiares, cuidadores	Idem
Intervención /Actividad comunitaria	Organizaciones de usuarios / pacientes / familiares/ sociales / laborales / escolares / justicia / policía / O.N.G. / fundaciones o empresas privadas / medios de comunicación, etc.	Equipo de salud general
Psicoterapia Individual o grupal	Pacientes	Psicólogo clínico

Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) (2000)

Como es posible apreciar, en varias de las prestaciones existe superposición de roles con los psicólogos, dejando como actividad exclusiva para ellos, la psicoterapia individual o grupal. En las demás, no existe especificidad en torno a su labor y su diferenciación con el actuar de los otros profesionales, cuestión que puede dejar espacio para interpretaciones del rol que le compete y la incertidumbre respecto a su espacio en el equipo de salud.

En esta misma línea, Sharager y Molina (2007) realizan un estudio que caracteriza el quehacer de los psicólogos que se desempeñan en los centros públicos de salud primaria en Chile mediante un cuestionario enviado entre los años 2003 y 2004, teniendo como referencia lo propuesto por el PNSPM (2000). Dentro de los principales hallazgos se encuentra que los psicólogos tendían a dedicar mayor cantidad de horas a la

atención asistencial individual que a la familiar, grupal o comunitaria y que en aquellas atenciones individuales lo más frecuente era la evaluación y el diagnóstico psicológico, seguida de la clasificación de los trastornos de salud mental y enfermedades psiquiátricas según el CIE-10 y DSMIV. Vemos que estos resultados, distan bastante de las pretensiones de promoción y prevención de la salud, así como de una intervención comunitaria y menos individualizante.

Algo similar ocurre en otros países. Frente a las dificultades estructurales de la APS y a la alta demanda de exigencias de los profesionales, Álvarez y Fernández (2008) plantean un análisis bastante más radical respecto de la realidad del psicólogo en la atención primaria en España. Los autores afirman que la instauración del modelo biopsicosocial resulta bastante más complejo y menos fácil de lograr que lo propuesto, considerando que dentro de este mismo seguiría igualmente contenido el tan cuestionado modelo biomédico, a través del lenguaje y formas de operar de los centros de salud. El nuevo modelo continuaría siendo prisionero del dualismo cuerpo – mente, encontrándose “embarazado” del biocentrismo que se quiere superar, siendo algo de lo que aún no ha sido posible separarse. Frente a este planteamiento, es entonces que ellos cuestionan el supuesto rol de especialista en psicología clínica del psicólogo en atención primaria, siendo más bien un psicólogo orientado a la salud, proponiendo incluso llamarlo “consultor de salud mental”.

Para ello, de acuerdo a Álvarez y Fernández (2008) el psicólogo debiese tener las siguientes habilidades:

- 1- Evaluación rápida de los problemas psicológicos y centrados en el problema actual (entendiendo que el modelo predominante para explicar los trastornos mentales sigue siendo implícitamente el modelo de enfermedad psiquiátrica a través del DSM o CIE).
- 2- Realizar intervención breve y basada en pruebas científicas, es decir, potenciar el uso de técnicas centrados en la solución de problemas con formatos grupales que reduzcan el tiempo de aplicación o intervención.
- 3- Aprender a tomar decisiones en base a un conocimiento amplio de los factores de riesgo y de vulnerabilidad asociadas al trastorno o problema del consultante.

- 4- Poseer habilidades que fomenten la motivación para el cambio
- 5- Poseer aptitudes para moverse en el campo de la prevención
- 6- Capacidad para funcionar como miembro de un equipo y comunicar opiniones y consejos
- 7- Tener una adecuada comprensión de la terminología médica, enfermedades comunes y tratamientos.

De acuerdo a esto, es posible observar cómo algunos de estos puntos resultan contradictorios con aquello que se propone el modelo biopsicosocial integral, y que correspondía a una realidad que hasta ese entonces ocurría de manera similar en ambos países. En la actualidad, no existe sistematización que indique cómo es que están trabajando los psicólogos en APS, de qué forma se han ido superando esas contradicciones, si es que lo han hecho, y cuál es la disposición a trabajar en el ámbito de lo público

2.1 Formación, condiciones laborales y malestar laboral

Dentro de las investigaciones revisadas en torno al lugar que ocupa el psicólogo en el equipo de salud y en la atención primaria de salud, resulta llamativo el hecho de que en la mayoría de ellos se haga alusión a la formación que reciben los profesionales, así como las condiciones laborales en las que desempeñan su rol (Minoletti y Zaccarias, 2005; Scharager y Molina, 2007 Gálvez, 2011; Essayag, 2012).

Siguiendo en esta línea, en el Informe sobre la Salud en el mundo realizado por la Organización Mundial de la Salud (2008) se detectan algunas falencias en la implementación del modelo de atención primaria, destacando entre ellas la dificultad en las funciones y planificación del personal de salud, la distribución inequitativa del personal, los sistemas de calificación que provocan desmotivación en el personal, rigidez cultural, relaciones laborales poco fluidas, falta de trabajo en equipo y falta de satisfacción en el usuario y el trabajo, entre otras.

Específicamente en el rubro de la psicología Scharager y Molina (2007) afirman que gran parte de los psicólogos encuestados refieren encontrar inestables sus condiciones de contratación, evaluando además negativamente las condiciones físicas

del lugar y la estabilidad laboral. Junto con ello, la mayoría considera la necesidad de ajustar los planes de estudio en la formación de pre grado para facilitar una inserción laboral eficiente para las particularidades del trabajo en la atención primaria de salud, pues estas especificaciones no estaban siendo consideradas y las habilidades entonces son adquiridas directamente en el hacer. A esto se suma lo planteado por Minoletti y Zaccarias (2005) quienes refieren que una de las grandes debilidades del PNSMP del año 2000 es no haber previsto la creación de una estructura dedicada al desarrollo de recursos humanos que contemple tanto la formación profesional especializada, como la oferta de incentivos para trabajar en este nuevo modelo de atención, cuestión que va en directo desmedro de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Continuando con lo referente a la formación profesional, los diferentes programas de atención primaria y secundaria de los servicios de salud, presentan una constante necesidad de capacitar a sus profesionales del área de la psicología clínica, pues como se mencionó, estos no cuentan con las competencias necesarias para el desempeño exigido. No obstante, las universidades que buscan entregar en sus programas conocimientos sobre la red de atención pública, es una pretensión que aparentemente no suele cumplirse pues los mismos egresados declaran no sentirse preparados para trabajar en instituciones públicas de salud (Gálvez, 2011). Esta situación no deja de ser relevante pues de este modo se perpetúa el círculo vicioso de la formación en el hacer y de la insatisfacción para el profesional y para quien recibe la atención.

Frente a este escenario en que se tiene profesionales disconformes, expectativas no cumplidas, esfuerzos medianamente logrados, y lo más preocupante, profesionales no preparados, se suma el hecho de que quienes conforman los equipos de salud en los centros asistenciales, son equipos que reciben una gran carga emocional producto del trabajo que realizan, cuestión que tiene directas implicancias afectando a nivel personal y también su trabajo.

Se ha acuñado el término *burn out* para dar cuenta de este estado de bloqueo producto del desgaste de la situación laboral y que remite a una descripción de síntomas como el trastorno del sueño, afecciones psicosomáticas, apatía, aburrimiento, incapacidad de concentración, entre otros. (Foladori, 2006). En el desarrollo de este

síndrome intervienen factores ambientales, culturales y personales. Entre los factores ambientales se ha observado que los trabajadores del sector público, los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores prevalencias de burnout. Además, entre los profesionales sanitarios se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome de burnout entre las distintas profesiones, y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos (Grau, et al, 2007).

En esta misma línea son varios los autores, por sobre todo desde un enfoque psicoanalítico, quienes elaboran la temática del sufrimiento laboral. Entre ellos, Dejours (1992) plantea el trabajo como fuente de placer pero a la vez de sufrimiento psíquico, ocurriendo este último cuando la relación con la organización del trabajo queda bloqueada impidiendo la dinámica de reconocimiento y retribución simbólica para el sujeto, quedando entonces el trabajo como un operar sin sentido ni gratificación. Frente a esto no resulta tan difícil pensar que un psicólogo en atención primaria pudiese enfrentarse a una situación así, considerando que no hay claridad del mandato, del tipo de intervenciones a realizar, no habría adecuada formación para el contexto en el que trabaja, ni tampoco un conocimiento claro de los alcances de su intervención.

No obstante lo anterior, se sigue trabajando en ello. Justamente estos ítems están siendo considerados en la Estrategia Nacional de Salud Mental 2010 – 2020 (MINSAL, 2011), en donde se plantean las siguientes metas a nivel de sistema público y privado:

- Desarrollar las capacidades en Salud Mental en y desde el equipo de salud general en APS, como equipo de cabecera.
- Definir claramente el rol y funciones de cada integrante, además de asegurar oportunidades de capacitación y desarrollo continuo
- Realizar periódicamente un levantamiento de las necesidades de formación y capacitación del personal.

Por un lado se evalúa positivamente el hecho de que efectivamente se estén visibilizando esas falencias en el quehacer del psicólogo y por tanto se estén tomando estrategias a nivel ministerial para ir paulatinamente mejorando las condiciones laborales. No obstante, y sosteniéndose en base a lo ya observado en este capítulo, sigue

quedando la inquietud de que estas estrategias se conviertan en algo más que una buena idea en el papel.

3. Familia en Chile y Transformación Social

A medida que las sociedades y culturas evolucionan, el concepto de familia y el entendimiento de la misma, ha sido objeto de cuestionamiento, transformación y replanteamiento, teniendo que acomodarse a los diferentes momentos históricos. La familia es cambiante, es un conjunto de procesos, está viva y cada época conoce sus formas de familia (Tironi, Valenzuela y Scully, 2006). Es por todo lo anterior que no resulta fácil ni tampoco posible referirse sólo de un modo a la familia pues esta tiene múltiples y diferentes formas de ser entendida y conceptualizada. De hecho, como se revisará a continuación, se puede transitar de entender a la familia como el elemento único y fundamental para la constitución de subjetividad del individuo, a posiciones tan radicales que afirman que esta no sería el núcleo de la sociedad, ni aquello que define a los sujetos y que inclusive se encuentra en constante proceso de deconstrucción o cuestionamiento.

En base a una breve revisión histórica del concepto, entre la década de los ´70 y ´80 era posible encontrarse con definiciones que entendían la familia como un grupo natural que con el paso del tiempo va elaborando pautas de interacción que constituirían una estructura familiar. De esta manera, sería esta estructura la que regiría el funcionamiento de los miembros de la familia, definiendo su gama de conductas y modo de interacción. Al mismo tiempo, esta misma otorgaría un proceso de individuación así como el sentimiento de pertenencia (Minuchin, 1986). En una línea similar, también se encuentran definiciones que entienden a la familia como un sistema al que le son aplicables los principios propios de los Sistemas Generales (basados en la Teoría General de Sistemas) y sería así el macrosistema más importante ya que configura la vida de una persona durante muchos años. Una definición más clásica y que conjuga lo recién expuesto alude a que “la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchín, 1986,

Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998 en Espinal, Gimeno y González, 2003).

Hasta aquí se suponen varias características de una familia entendida como un sistema, entre ellas: que es un conjunto, tiene una estructura, está compuesto por personas, es relacional, está abierto a la interacción, está en constante transformación, es complejo y se autogobierna (Andolfi, 1993; Espinal, Gimeno y González, 2003). De este modo en estas definiciones se logra apreciar cierto grado de determinismo, en algunos casos totalizante, respecto del rol de lo familiar en la construcción de lo individual.

Durante mucho años, los estudios de las familias en contextos psicoterapéuticos y por sobre todo desde el enfoque sistémico de la psicología, se han basado en el conocimiento de la misma como un grupo con una identidad propia y como un escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. Así también, ha sido considerado por excelencia el elemento más importante en la vida del sujeto para su desarrollo personal y social (Espinal, Gimeno y González, 2003).

No obstante, a medida que transcurre el tiempo y acercándonos a los años 90, se construyen nuevas definiciones de la familia que paulatinamente van otorgando menos peso a aquellas recién expuestas y las van dejando en el lugar de un entendimiento más “clásico” o “tradicional” del grupo familiar.

Una de estas nuevas poderosas definiciones, es aquella que entiende a la familia como una *institución social* que se encuentra anclada en necesidades humanas universales de base biológica como la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Esta sería entonces una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Además existiría en esta institución tareas e intereses colectivos, pero a la vez la posibilidad de que sus miembros posean intereses propios y diferenciados (Jelin, 2007). Un aspecto relevante de entender la familia como una institución, es que como tal, no es única ni tampoco aislada y que por tanto está en relación constante con otras instituciones, siendo parte de una orgánica de procesos sociales más amplios que incluyen las dimensiones productivas y reproductivas de la sociedad, así como los patrones culturales y los sistemas políticos (Op. Cit). Ante esta

definición, es posible apreciar entonces como la familia drásticamente pierde ese sentido de componente exclusivo y único respecto de su influencia en el desarrollo del sujeto, en el establecimiento de las normas y valores, siendo considerada como un elemento más del entramado social y que por tanto está en una constante relación que le permite múltiples transformaciones.

Alimentadas de esta visión, en que la familia es concebida como una institución o un sistema relacional en permanente relación con otros sistemas sociales, las perspectivas contemporáneas caracterizan a la familia por la diversidad de sus formas, relatos y creencias. De este modo, Bedoya y Builes (2008) plantean que hoy no pareciera ser posible hablar de *la familia*, sino que de *las familias*, conformadas por personas que pueden o no vivir en el mismo lugar, que están fundamentalmente conectadas por lazos afectivos de cuidado y protección, además de lazos consanguíneos y legales. Esta última idea muestra entonces cómo el concepto se va deconstruyendo y se van cuestionando lentamente los presupuestos tan firmemente arraigados sobre lo que es la familia y sus consecuencias en la constitución del sujeto.

En esta misma línea, Bedoya y Builes (2008) plantean que un sistema afecta necesariamente a otros y que por tanto desde esa premisa se sostiene la hipótesis de que la familia no sería el núcleo de la sociedad, como ha sido tradicionalmente entendida, sino que sería solamente uno más de los componentes que la constituyen. Algo similar plantea Palacio (2009) proponiendo lo siguiente: *“el reto de confrontar los dualismos modernos de satanizarla [la familia] como responsable de los males sociales y otorgarle la responsabilidad mesiánica de la salvación y permanencia del orden establecido, para darle el lugar de agencia de desarrollo y como tal, ser un agente de concertación y negociación, de manera conjunta con el Estado, las Instituciones y las demás organizaciones sociales en la construcción o resignificación de una sociedad que dignifique la vida humana y los sujetos como actores protagónicos de la vida social.* (p. 48).

Esta última idea resulta vital pues es bastante radical en romper con la noción tradicional del concepto, que aún siendo tradicional, se encuentra bastante presente no sólo desde el sentido común, sino que también explícitamente declarado a nivel de política pública y específicamente de intervención en salud. El sostener que la familia

no es el núcleo de la sociedad, pondría en jaque el modo en que se está tratando de intervenir con ellas.

Además de este cuestionamiento, hoy es posible hablar de que no existiría una única familia con un ideal de estructura, y por tanto con roles definidos, como si lo fue entendido hasta la década de los 80. Actualmente es posible encontrar una diversidad de familias con múltiples composiciones y formas y ser considerados igualmente un grupo familiar. Además de ello, una aceptación de parte de la comunidad disciplinar que trabaja con familias, respecto de estos cambios (que hoy nadie se atrevería a cuestionar) y su aparición en los momentos en que se entra en contacto con las familias.

Estas nuevas tipologías, emergen producto de complejos cambios socioculturales y fenómenos variados como los avances en la tecnología, el desplazamiento o la migración de las grandes urbes, la violencia, la reivindicación de la población homosexual, entre otras (Bedoya y Builes, 2008). Por ejemplo, de acuerdo a Valdés (2008) estas múltiples formas de construir familia presentan modalidades de división del trabajo por sexo y distintas estructuras, existiendo entonces familias extensa, nucleares, a cargo de mujeres, del padre con sus hijos, y aumentan otras formas de vida como el vivir solo, el desplazamiento de la nupcialidad, la convivencia, los hijos a edades más avanzadas o vivir con pareja del mismo sexo.

Así, un paso decisivo en la redefinición del concepto de familia se logró al complejizar el análisis destacando los aspectos conflictivos de la dinámica intrafamiliar y los ejes de articulación de las relaciones de poder dentro de ella (González de la Rocha, 1986). Esta reformulación cuestionó la visión ideologizada de la familia como entidad armónica y cohesionada y es pues gracias a este debate que se ha pasado de la idea de familia a ideas sobre la complejidad y diversidad de las familias (Aranda, 2014). Nuevamente entonces se pone en duda la existencia de la familia tradicional así como de los supuestos que hay tras ella y se observa que adquieren cada vez más fuerza ideas en torno a lo familiar como algo presente, pero no único ni necesariamente beneficioso para sus miembros, además se vuelve a sostener sobre su diversidad estando sujeta a cambios de acuerdo los contextos culturales.

3.1 Cambios de la familia en Chile y Latinoamérica. Los efectos de las transformaciones sociales.

En la mayoría de los países, tanto los modelos como las prácticas de políticas sociales se sostienen en un modelo o idea de familia que tiende a ser implícita y que por lo demás, generalmente está bastante alejado de la realidad cotidiana de los destinatarios de esa política. De este modo, dado el rol central que tiene la familia “real” (como efectivo destinatario de la política), el análisis de su organización debiese ser entonces uno de los puntos centrales de los diagnósticos sociales, así como de la determinación de los mecanismos en que dichas políticas serán implementadas (Jelin, 2007).

En las últimas décadas la institución familiar en América Latina ha sufrido profundas transformaciones. Frente a esto, surge la pregunta respecto de cómo estas transformaciones han sido incorporadas o negadas en las políticas públicas, incluyendo y no limitando la atención a los procesos de privatización y entrada, de la lógica de mercado en los servicios de salud, educación, entre otros (Jelin, 2007). Según la autora, de acuerdo al modo en que el Estado y las políticas públicas responden a los cambios en la familia, se podrán encontrar entonces vías para revertir desigualdades y promover la equidad en el bienestar social, situación que parece distar bastante de la realidad chilena.

En el escenario nacional, Martínez y Palacios (2001 en Valdés 2008) plantean que Chile se inscribe aún en una órbita tradicional, pues muestra una débil porosidad a los cambios en la vida privada acarreados por la modernización y la modernidad, aludiendo incluso que se trataría de una sociedad caracterizada por un “conservadurismo fracturado”. Los autores dan diversas explicaciones a este fenómeno. Por un lado argumentan que el retardo que han tenido los cambios jurídicos en materia de políticas públicas y el congelamiento por casi dos décadas de reformas en esta materia de familia han sostenido este retraso. A ellos se suma la escasa capacidad que ha tenido el Estado y el sistema político para profundizar el proceso de secularización, y aunque se haya avanzado en la legislación de la familia entre los años 1992 y 2005, el sistema de protección social y legislación laboral no han logrado aún construir un escenario apropiado que contribuya al proceso de democratización de la familia, considerando la pluralidad de patrones de familias existentes en el país.

Respeto a esto último, desde el Censo realizado en el 2002 en Chile, ya se revela la continua transformación en cuanto a la vida familiar en el país y cuyos cambios no son nuevos ni transitorios, sino que el reflejo de un proceso de modernización que se ha acelerado los últimos años. No obstante, a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, la investigación respecto de la familia en ciencias sociales es sorprendentemente escasa (Scully, Tironi y Valenzuela, 2006).

De acuerdo a los datos revisados en el último Censo realizado en el año 2012, se observa que en el país el tamaño medio de las familias se ha reducido y que además las formas tradicionales han dado lugar a una gran diversidad de las mismas. Disminuyeron los hogares extendidos y aumentaron los hogares unipersonales y los mono parentales, por lo que la mayoría de las hogares ya no cuentan con una persona que se pueda dedicar exclusivamente el cuidado de otras (INE, 2012). En los datos a continuación, es posible observar lo recién mencionado.

Evolución de los Hogares Unipersonales, según sexo del Jefe

CASEN 1990, 2000 y 2011 (en porcentajes)³

Hogares Unipersonales	Años		
	1990	2000	2011
Sexo del Jefe del Hogar			
Hombre	49,4	48,4	45,4
Mujer	50,6	51,6	54,5

Si se observa más en detalle y de modo comparativo en el tiempo, la evolución de los Hogares Unipersonales⁴, en términos generales va en aumento, y que según la variable sexo, son mayoritariamente liderados por mujeres

³ Fuente: www.censo.cl

⁴ Hogar Unipersonal: Constituido por una sola persona que es el (la) jefe(a) de hogar

Evolución de los Hogares Monoparentales, según sexo del Jefe de hogar

CASEN 1990, 2000 y 2011(en porcentajes)⁵

Hogares Monoparentales	Años		
	1990	2000	2011
Sexo Jefe del Hogar			
Hombre	14,6	15,4	11,3
Mujer	85,4	84,6	88,7

Al analizar la evolución de los Hogares Monoparentales⁶, de acuerdo a las estadísticas entregadas, se puede constatar que en términos generales estos hogares van en aumento, y al considerar la variable sexo, estos hogares son casi exclusivamente femeninos.

De este modo, a grandes rasgos es posible observar importantes cambios en la estructura familiar chilena y que tiene por consecuencia efecto en sus funciones. Se observan familias más pequeñas, principalmente monoparentales y a cargo de mujeres. Además elementos importantes como la disminución de la natalidad, la postergación del matrimonio, el aumento de parejas solteras convivientes, la alta incorporación de la mujer al trabajo, envejecimiento de la población, entre otros (Tironi, Valenzuela y Scully, 2006).

Todos estos cambios sociodemográficos han creado una nueva realidad y la familia responde con nuevas dinámicas para enfrentarla. Si antes la familia debía ser el soporte del sistema productivo mediante la división de roles y funciones, hoy esta división se presenta como un obstáculo y una carga para las exigencias de producción individual. Lo recién mencionado, produce fuertes conflictos entre vida familiar y vida laboral, así como también genera condiciones que producen cambios centrales en la organización y estructura de hogares y familias (Aranda, 2014).

⁵ Fuente: www.censo.cl

⁶ Hogares Monoparentales: Constituido por jefe(a) de hogar sin cónyuge o conviviente, con hijos o hijastros de cualquier estado civil. Se incluyen los hogares extensos y compuestos.

Ante esto último, surge la pregunta respecto de la provisión de los servicios públicos en apoyo a estos nuevos cambios y tareas, dicho de otro modo, ¿está realmente el Estado visualizando estas transformaciones y su impacto en los hogares chilenos y su consecuente repercusión en el estado de salud general de familias e individuos? Si es que las llegara a visualizar, ¿está haciéndose cargo de manera competente y oportuna a través de estrategias que resulten eficaces para hacer frente a esta nueva realidad? A primera vista, pareciera que la respuesta es no y que la ayuda entregada por el Estado resulta aún insuficiente.

En América Latina, la institucionalidad social encargada de diseñar y ejecutar las políticas hacia las familias es sumamente variada pasando esta por ministerios, secretarías, subsecretarías, consejos adscritos a diversas instancias, hasta la ausencia de una institución responsable. Se suma ello, los desajustes en cuanto a la concepción de familia entre las entidades gubernamentales encargadas del tema. Frente a esto, la mayoría de los países de la región más que presentar políticas explícitas hacia la familia, tienen intervenciones dispersas y no coordinadas mediante programas y proyectos en materia de salud, educación, seguridad social, entre muchos otros (Arriagada, 2001; 2008). Como lo menciona explícitamente la autora “más aún, el problema principal es la ausencia de diagnósticos y propuestas de políticas adecuadas a la nuevas realidades que viven las familias en sociedades de transición y en continuo cambio” (Arriagada, 2008, p. 139).

De este modo, ante la debilidad de políticas públicas y servicios destinados a apoyar la conciliación entre vida familiar y laboral, las estrategias son básicamente privadas, familiares y femeninas. Y sumando a lo anterior, frente a esta escasa sistematización e investigación respecto de lo que sucede con las familias en Chile, es posible suponer que poco podrían adecuarse las políticas estatales respecto a la realidad familiar, o que si bien hay intentos, aún se está lejos de tener una comprensión más amplia de ella y menos aún de una intervención idónea al menos en salud mental.

3.2 Familia y Salud Mental

Hasta ahora, ha quedado claro que se manifiestan al menos tres transformaciones importantes de la familia en Chile. Estas corresponden a la diversificación, la

desformalización (respecto a las nuevas formas de vinculación) y la división de tareas, aludiendo al intercambio de roles en el ámbito de lo doméstico y lo laboral (Tironi, Valenzuela, Scully, 2006). Todos estos cambios han proporcionado tensión y responsabilización en la familia respecto a la mantención de su propio bienestar. Esping – Andersen (1999 en Tironi, Valenzuela y Scully, 2006), plantean que la familia, junto al estado y el mercado, es uno de los tres componentes en la generación del bienestar y en prevención de riesgos, pero que a diferencia de los otros dos componentes que operan fundamentalmente desde el dinero y la autoridad, esta maneja el bienestar a través de la reciprocidad.

En la sociedad actual, situación que se observa fácilmente en Chile, se ha producido el retiro del Estado como herramienta creadora de bienestar social y se ha entregado esa función al mercado, específicamente en elementos de previsión, educación, salud, entre otras. De este modo, la familia debe responder a mayores exigencias, justamente en un momento en que esta se ve más frágil y móvil producto de las diversas transformaciones. Ante eso, es posible preguntarse de si estas familias actuales corren el riesgo de colapsar si no cuentan con nuevas herramientas para incorporar estas actuales demandas (Tironi, Valenzuela y Scully, 2006).

Así como el Estado se ha hecho poco cargo de este bienestar que en la actualidad recae principalmente en los propios recursos y habilidades de la familia, cabe preguntarse por el peso que esta tiene en términos de salud para ella misma en su grupalidad, así como para cada uno de sus integrantes.

En términos de la valoración que familia tiene para el sujeto, esta posee un alto significado y compromiso personal y social, además de ser una importante fuente de apoyo y bienestar. Es más, esta constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por tanto se le reconoce como una instancia que ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. De este modo, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. No obstante, pese a ello la familia puede también constituir fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. La vivencia de problemas familiares

precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio (Louro, 2003). Es así como frente a lo planteado por este autor, la familia se manifiesta con esta condición dual, es decir, en ella se encontraría todo aquello que otorga bienestar y salud, pero también todos los obstáculos para poder alcanzar ese estado.

Esta última idea es también formulada por Bedoya y Builes (2008) quienes plantean la hipótesis de que la familia es la promotora de la salud o de la enfermedad mental de sus miembros. De hecho son más radicales en plantear que los modelos de familia emergidos de la modernidad la condenan, pues al proponer un ideal metafísico de familia, borran a los sujetos que la componen y ponen en relieve en sus aspectos negativos y disfuncionales.

Sumado a lo anterior, los autores proponen pensar la familia como una configuración narrativa pues es esta perspectiva la que ofrece posibilidades humanas y de salud mental para ella y cada uno de sus miembros. Esto se sostiene bajo el supuesto de que el leerse, narrarse y poder conversar acerca de su propia dinámica permite un ejercicio de lectura familiar que ayuda a aprender de su propia vida, las relaciones, las crisis individuales, las situaciones dolorosas que atraviesan, etc. Es así, que los autores plantean que cuando los canales comunicativos se han cerrado y la familia no es capaz de leer, leerse, ni construir acuerdos lingüísticamente mediados, se introduce un *quantum* de sufrimiento y dolor familiar (Bedoya y Builes, 2008).

Respecto a esta última idea sobre la influencia de la familia en la salud, en 1978 la OMS planteó que “La salud del conjunto de la familia es un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la misma, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada” (en Louro, 2004, p. 1). Desde entonces el concepto de salud incorporó la dimensión de lo grupal, de la determinación de las relaciones interfamiliares, así como de las condiciones que favorecen el funcionamiento efectivo, enfatizando entonces que no es una condición a la que se llega por la mera sumatoria del estado de salud o enfermedad de sus miembros, sino que tiene que ver con un estado general del sistema.

De tal forma, como una condición dinámica y grupal, la salud de la familia está sujeta a variaciones debido a las influencias de cambio de los factores que la conforman,

entre ellas, vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida familiar, etapas del ciclo vital individual de sus integrantes con sus característicos eventos de salud, exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad, la característica de las relaciones interpersonales familiares, entre otras (Louro, 2004).

En relación a esto, la autora agrupa en 6 dimensiones las condicionantes de la salud familiar las que corresponderían a: contexto socio-económico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social. La relación existente entre cada una de las dimensiones se concibe como una interacción sistémica, multidireccional y compleja que proporciona una visión integradora respecto de la concepción de salud del grupo familiar. Esto último, pues contempla aspectos biológicos, sociales y psicológicos que la condicionan, favoreciendo la comprensión de la relación familia – salud, al mismo tiempo que consolida la expresión práctica del paradigma biopsicosocial en el cual se sustenta la atención primaria de salud (Louro, 2004). Es así entonces como se vuelve a recalcar la idea de que el estado de salud de la familia resulta un entramado bastante más complejo que la sumatoria de el estado de salud de sus miembros, así como también bajo esta propuesta se considera el entramado social en el que se desenvuelve la familia, considerando las relaciones que se establecen con otras instituciones con funciones sociales y que por tanto dan cuenta de una red muy variable con la que pueden contar o no sus miembros.

4. Intervenciones con Familias

De acuerdo a una revisión de documentos institucionales (el plan nacional de Salud mental entre otros), más algunos programas que se han realizado desde el propio contexto de la Universidad de Chile y su relación con algunos centros de salud mental, se puede plantear que el nuevo modelo de atención integral privilegia un foco de atención biopsicosocial atento a las diversas variables que afectan el estado de salud y bienestar del sujeto y por sobre todo, el énfasis sobre el nuevo usuario o unidad de análisis, la familia.

Ante esto, vale la pena referirse brevemente a la historia de modelos de intervención con familias, por sobre todo comprendiendo su base epistemológica, para con este recorrido, conocer aquellas formas que predominan en la atención pública de salud actualmente en el país.

Remontándose específicamente al ámbito de la terapia familiar, son los enfoques estructurales los que tienen mayor auge en la década de los `70 y `80 como forma de entendimiento general en las disciplinas de las Ciencias Sociales y en particular en la psicología clínica. Este enfoque estructural está basado en la idea de que es la estructura la que mantiene una organización, por tanto, cualquier modificación sólo es posible a partir de un cambio (o movimiento) estructural, así como también todas las problemáticas de un sistema son entendidas como un *des-ajuste* en torno a su estructura. Cada sistema (y desde ahí también la familia) tiene una estructura que favorece su organización. Un cambio por tanto se generará –en esta lógica- sólo a través de una modificación en las relaciones que definen estructuralmente un sistema (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Dentro de esta línea se destaca también el enfoque transgeneracional, que no sólo tiene la particularidad de ser el primer enfoque familiar que descende del psicoanálisis, sino que además contiene en sí una premisa que es definitoria respecto del futuro emocional del sujeto. Para este enfoque, el trabajo con familias está basado en la idea de que el presente de un sistema está determinado por la forma en la cual tal sistema ha resuelto tensiones y conflictos experimentados en su pasado. Así, las familias, siempre representan aquello que han podido resolver. Por otro lado, todas las familias acarrearían historias, problemáticas o temas que se transmiten de generación en generación. Se trata de tensiones que operan como lealtades invisibles y contribuyen a definir el presente (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A partir de esta breve descripción, resulta interesante connotar como la comprensión de la familia desde ambos enfoque estructural y transgeneracional, de manera combinada, dejan muy pavimentado el terreno para que las intervenciones sean de carácter estratégico, funcional, breve, *eficientistas* y, sobre todo, marcadamente en el presente de las familias, sin cubrir otros aspectos como por ejemplo emotivos, existenciales e ideológicos del presente, ni menos aún marcados en el futuro. Son estas

intervenciones, las de carácter estratégico, las que se crearon en su mayoría en la década del '80 y, que es posible sospechar, siguen operando cómo casi las únicas modalidades de trabajo con familias hasta ahora. Parecieran encajar casi de manera perfecta con las necesidades del contexto de salud pública (agilidad, indicadores claros de atención, posibilidades de evaluación de logro, entre otros), sin embargo, esto no quiere decir que cubran todas las necesidades, puesto que por ejemplo no enfrentan la amplia variabilidad de usuarios, los procesos de transformación social en curso, las necesidades de relación con otras instituciones u otros ámbitos de atención para el trabajo en red, entre otras. A grandes rasgos, se trata entonces de dispositivos que no sólo son extemporáneos, sino que además corresponden a un set de técnicas que fueron ideadas pensando en un contexto psicoterapéutico con familias, particularmente del mundo privado, lejos de las necesidades de la intervención psicosocial en contextos de trabajo en instituciones públicas.

Insistiendo en este punto, disponer entonces de un paradigma estructural detrás de las intervenciones familiares, tiene por consecuencia el hecho de que la mayoría de las acciones están orientadas a la reparación de una estructura que se ha visto dañada, a un intento por retornar a una modalidad funcional de organización y a la realización de estrategias reparatorias, que intentan que la familia pueda retornar a su orientación fundamentalmente productiva y de progreso, en el tiempo y en la sociedad (SENDA, 2012)

Es así que al parecer lo que se buscaría con este tipo de intervenciones es que la familia fuese gobernable, medible, evaluable, modificable, moldeable, tal cual propone un proyecto moderno. De hecho, es posible argumentar que la situación se complica aún más cuando se observa que los problemas sociales sólo un poco más amplios en los cuales está involucrada la familia, son leídos desde una lógica estructural, y por tanto es así cómo las problemáticas tienen un origen en su análisis, que lleva a explicaciones también estructurales, donde los desajustes no son más que desajustes respecto de un ordenamiento estructural que se ha perdido.

Continuando con el curso que ha tomado la intervención familiar, resulta pertinente relevar lo ocurrido hacia fines de la década de los '80, época en la que se empieza a instituir en diversas disciplinas, y también por consecuencia en la Psicología,

una cierta actitud crítica frente a los supuestos que había instalado el pensamiento moderno y por sobre los cuales se sustentan los lineamientos de ambos modelos mencionados anteriormente. El método científico como eje y la predicción y medición de los procesos, así como la eventual capacidad de describir fielmente la realidad, entran en un profundo cuestionamiento que se sostiene hasta el día de hoy (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esta especie de “crisis” es vivida de manera generalizada en varias disciplinas, afectando entonces también lo que se entiende por una intervención y específicamente en este caso, una intervención familiar.

En esta línea, no mostrándose ajenas a este movimiento sociocultural, las metodologías de intervención comienzan a llevar a cabo una interesante transformación desde el asistencialismo y las intervenciones más instructivas, hacia estrategias de intervención que tienen una alta consideración del sujeto como protagonista, del contexto como articulador y del interventor en cuanto sistema observante y presente en aquella realidad que observa (SENDA, 2012). De este modo, es posible suponer que comienza a evidenciarse un giro en varios niveles desde el cual se empieza a dudar de algunos entendimientos, por ejemplo respecto de qué se considera una familia, cuál sería una intervención adecuada para una familia, cuál es rol del psicólogo/interventor en esa intervención, etc.

Profundizando en este punto, el considerar una perspectiva posmoderna (dentro de las cuales, sólo en la formación en Psicología en la Universidad de Chile se basan algunos modelos de trabajo como Milán, Narrativo, Conversacional, Dialógico, pero se entiende que también tiene su correlato en otras disciplinas sociales y en otros contextos) para el trabajo con familias requiere tener presente determinados principios que guían el operar del psicólogo y que por tanto a su vez definen el tipo de intervención. Por una parte, se privilegia una actitud desde “el no saber”, de manera de promover una relación que tienda hacia la horizontalidad con el grupo familiar. Esto se traduce en que ambos, familia e interventor, son compañeros de un diálogo en dónde este último adopta una posición de “experto” únicamente respecto de los procesos conversacionales (pero no de los contenidos o lecturas), así como las familias son reconocidas en su experticia respecto de su historia y del mundo de significados que comparten. De este modo, el asumir una postura de horizontalidad, supone una actitud de escucha que se condice con una actitud de curiosidad para con el grupo familiar al

que se está atento, su historia y el curso que va tomando el encuentro (SENDA, 2012). Frente a este modo de operar, es posible inferir el hecho de que al dar espacios a los significados de los miembros de una familia, a la historia y al adoptar el psicólogo una postura horizontal, pero curiosa y activa, se supone entonces una intervención bastante diferente a las propuestas en el inicio, orientadas a la acción, al “reordenamiento” estructural y funcional de las familias. Desde esta nueva perspectiva, al considerar a la familia como un mundo único de significados y relaciones, se apuesta entonces al trabajo “caso a caso”, atento a las particularidades de cada grupo y sin la intención de proponer intervenciones generalizadoras, o procedimientos establecidos, pues eso sería justamente ir en contra de la postura epistemológica que desde estos modelos se propone.

4.1 Respecto a la intervención familiar en Chile

Al hablar de intervenciones familiares, es posible encontrarse con una multiplicidad de metodologías, enfoques y corrientes epistemológicas desde la que se sustenta dicha intervención. Sumado a esto, los esfuerzos por sistematizar las prácticas son experiencias bastante locales, referentes a instituciones o programas específicos, y que por tanto hace difícil, sino imposible, hacer referencia a un modelo único que generalice la intervención familiar. En base a lo revisado, esta última estará siempre sujeta al programa en el que se trabaje, el tipo de problemática recurrente, el tipo de usuario destinatario (niño, adolescente o adulto), entre otros.

Pese a esto, si es posible encontrar algunas experiencias de sistematización sobre intervención familiar que permiten conocer los supuestos teóricos desde los que están trabajando, la concepción de familia y también específicamente el modelo que implementan. Algunas de ellas emergen de contextos en el trabajo familiar por consumo problemático de alcohol y drogas, vulneración de derechos en niños y adolescentes, y jóvenes infractores de ley. En aquellos contextos el trabajo tiende a ser marcadamente familiar, pues la familia aparece siempre como el escenario de lectura y de recurso para enfrentar la problemáticas.

Un ejemplo de estas experiencias en Chile, es la realizada por el programa Vida Nueva perteneciente a SENAME. Ellos lograron estructurar algunos lineamientos

respecto de lo que supone una perspectiva cuyo foco es el trabajo con familias específicamente en contextos de vulneración de derechos de niños y adolescentes. Esta perspectiva considera: un modelo de intervención en coherencia con un modo de comprender, una comprensión de la familia como uno de los contextos relevantes de la organización, comprensión del mundo social entendido como un ensamblaje de sistemas de distintos niveles de integración, mirada centrada en los recursos y en la particularidad de cada caso, la importancia de la articulación de los sistemas familiares con la red como factor protector, inclusión de la red y la familia de modo colaborativo, y finalmente una valoración real y efectiva de los profesionales que ahí trabajan (SENAME, 2014).

Frente a esta descripción, es posible observar a grandes rasgos que se tratan de lineamientos generales y que carecen de un método de intervención que caracterice a la institución o que le otorgue un sello específico y con acciones concretas. De hecho, el documento está elaborado por diferentes instituciones que pertenecen al mismo programa y que tienen cada una de ellas diferentes modelos para el trabajo con familia según la especificidad que les compete.

En el documento mencionado se detallan algunos como Terapia familiar funcional, modelo ecológico, terapia familiar multisistémica, enfoque de derechos, por mencionar algunos (SENAME, 2014).

No obstante, también presentan a modo de síntesis una declaración de principios orientadores que rigen y definen su actuar. Entre ellas se destaca el hecho del reconocimiento respecto de que el cómo se hable puede marcar una diferencia para generar un diálogo interventivo. Se privilegian por ejemplo la actitud de curiosidad genuina, participar en la construcción de un diálogo generativo, promover la emergencia de discursos alternativos, evocar recursos y experiencias positivas y tratar el problema no como el único aspecto de la conversación (SENAME, 2014). En esta declaración se observan los supuestos mencionado anteriormente que van en la línea de una perspectiva posmoderna, que está atenta a los significados construidos y en general cercana a un modo de comprensión más hermenéutico y menos funcionalista.

Por otra parte y siguiendo en la línea del contexto chileno, pero esta vez acercándonos al escenario en el cual se desenvuelve esta investigación, es posible

apreciar que en Atención Primaria de Salud la intervención familiar se muestra de un modo bastante diferente.

En términos específicos, el nuevo modelo de atención con enfoque integral y familiar propone ciertos niveles de intervención o modelo de relacionamiento con las familias con las que se trabaja, cuestión que se ve expresada en el grado en que los profesionales o los equipos de salud interactúan con el grupo familiar a cargo, de acuerdo al rol, que ellos evalúan, juega la familia en la génesis o mantenimiento de la problemática de salud en cuestión (MINSAL, 2008).

Estos niveles, que se describen brevemente a continuación, suponen ciertas prácticas y capacidades de los profesionales para el enfrentamiento a una familia según el requerimiento de esta misma:

Nivel 1: Mínimo énfasis en la familia, el foco está puesto en el problema biomédico

Nivel 2: Proporcionar información continua y dar consejería informativa. Se espera un conocimiento básico del desarrollo familiar.

Nivel 3: Nivel emocional de sentimiento y apoyo. Se espera del profesional su autoconocimiento respecto de su relación con las personas y la familia.

Nivel 4: Enfoque sistémico e intervención planificada. Se espera conocimiento de la teoría de sistemas y de los modelos de disfunción familiar.

Nivel 5: Terapia Familiar. Se realiza una intervención terapéutica con familias disfuncionales

(Op. Cit).

Es importante considerar que se espera que dentro de las funciones de un CESFAM los profesionales se encuentren capacitados para actuar hasta el nivel 4, considerando que al menos hasta el 2008, el grado de intervención se movía mayoritariamente sólo en el nivel 1 (MINSAL, 2008).

Es así que nos encontramos nuevamente frente a una descripción general que no hace distinción entre tipos de profesionales ni sus labores específicas, dejando incertidumbre en el actuar de un psicólogo y suficiente espacio para la improvisación o

acomodación de lo que se entiende desde estos lineamientos. Además, sólo está descrito someramente un modo de acercamiento a la familia, pero no aparece un lineamiento claro respecto de modelos de intervención con métodos específicos acorde a cada profesional. Incluso se podría llegar cuestionar lo que se está entendiendo propiamente por enfoque sistémico y familiar.

En la búsqueda de un método respecto de cómo se hace la intervención familiar en APS y por tanto siempre considerando lo que le compete a este nivel de atención, es posible encontrar referencias en torno determinados dispositivos que favorecen el encuentro con la familia. Uno de ellos corresponde a la Consejería familiar, la que aparece como un espacio exclusivo y no tan frecuente en el que se hace convocatoria la familia proponiendo una estructura más bien psicoeducativa que terapéutica, pudiendo esta ser realizada por varios profesionales y no exclusivamente por los psicólogos. Además, es posible encontrar un énfasis puesto en los denominados instrumentos de evaluación familiar, entre ellos, Genograma, Ecomapa, Apgar familiar, y que permiten una lectura más amplia del grupo y que se sugiere realizar en todo proceso (MINSAL, 2008).

Ante esto, es posible inferir respecto de la ausencia de un método claro que se constituya como algo más que un conjunto de estrategias y técnicas respecto a cómo observar e intervenir lo familiar. Se suma a esto el hecho de que es posible identificar un funcionamiento bajo la lógica de los modelos antes revisados, promoviendo lo funcional, breve y eficiente, en desmedro de lo reflexivo y permanente tanto para quien interviene como para quienes reciben esa intervención.

VI. MARCO METODOLÓGICO

1- Perspectiva Epistemológica

De acuerdo a lo planteado en los objetivos, la naturaleza del fenómeno que se va a investigar corresponde a una realidad humana y a las ideas que tienen los profesionales respecto de su espacio de trabajo. En este sentido, es una realidad multifactorial, compleja, constituida por diversas variables y por tanto requiere una aproximación que pueda dar cuenta de esa complejidad en su totalidad.

La investigación se propone conocer las prácticas que tienen los profesionales psicólogos con las familias que atienden, además de la consideración de las transformaciones sociales en esa intervención. En ese sentido, es un acercamiento que requiere ser abordado desde los propios actores investigados. De este modo, un paradigma epistemológico que ofrezca el entendimiento de una realidad simbólica, y de que esta emerge como una construcción a partir de la relación entre investigador e investigado, cobra sentido en este estudio en la medida de que las observaciones del investigador también son consideradas y parte de esa realidad que se construye. Dicho esto, la concepción epistemológica que más se ajusta a lo planteado, corresponde al paradigma comprensivo-hermenéutico, por ser este el que aborda de manera más compleja la realidad que se espera conocer. Esta perspectiva, hace referencia a una realidad co –construída, en la cual media un cuerpo valórico e ideológico a la base de interpretaciones y significados dentro de un contexto histórico y cultural (Calventus, 2000; Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Desde esta perspectiva, que se posiciona más bien como epistemología que como teoría, entonces adquiere sentido una investigación de carácter cualitativa, entendiendo lo cualitativo como una vía de acceso a dimensiones del objeto inasequibles al uso que en ciencias sociales se ha hecho de lo cuantitativo (González, 2000). Más específicamente, González (2000) propone una perspectiva cualitativa como una forma de satisfacer las exigencias epistemológicas que son propias del estudio de la subjetividad como parte constitutiva del individuo y de las diferentes formas de organización social. Según el autor, la subjetividad no es un producto de la cultura, sino que es, en sí misma, constitutiva de la cultura y que por tanto no puede ser resultado de

procesos objetivos que sean externos a ella, sino como expresión objetiva de una realidad subjetivada.

La perspectiva cualitativa busca la comprensión profunda del fenómeno estudiado y puede utilizar tanto herramientas cualitativas como cuantitativas para el desarrollo de esta comprensión. En este sentido Martínez (2006) expone que “*lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra*” (p.128). Entre las características de la investigación cualitativa planteada por Calventus (2000) cabe destacar que ésta es una metodología que considera el carácter simbólico de la realidad, es decir, está atenta al proceso de construcción de la misma y su cualidad cambiante. Así también, propone que el objeto de estudio es activo y que el proceso investigativo es de carácter descriptivo, comprensivo e interpretativo, características que están presentes en el siguiente estudio.

De este modo, lo cualitativo se apoya en tres principios que tendrán su consecuente repercusión metodológica:

- 1- El conocimiento es una construcción constructiva – interpretativa
- 2- El carácter interactivo del proceso de producción de conocimiento
- 3- La significación de la singularidad como nivel legítimo de la producción del conocimiento

(González, 2000).

Por tanto, la investigación estará sustentada entonces desde una perspectiva comprensiva-hermenéutica y con un enfoque cualitativo, pues busca explorar y a la vez construir conocimiento respecto de un escenario específico. En esta lógica, el investigador tendrá una participación activa en el proceso investigativo pues está implicado en aquello que observa siendo sujeto de sus observaciones y reflexiones.

2- Tipo de Investigación y Estudio

La investigación será de tipo transversal pues tendrá un tiempo limitado y se llevará a cabo en un momento específico de la experiencia de los psicólogos que trabajen en los centros de atención primaria (Sampieri, 2006).

El tipo de estudio a utilizar tendrá un carácter exploratorio- descriptivo (Sampieri, 2006). Por una parte será exploratorio porque plantea conocer y comprender cómo están trabajando con familias los psicólogos en atención primaria de salud, así como la consideración de los procesos de transformación social en tal intervención. A su vez será descriptivo, pues pretenderá describir y especificar las condiciones en que dichas prácticas ocurren.

3- Muestra

La muestra consistió en un total de 15 profesionales psicólogos que llevan trabajando más de 2 años en los equipos de salud mental en atención primaria de salud, específicamente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) ubicados en las comunas de Pudahuel, Lo Espejo y Conchalí. Estos se dividieron en 4 grupos focales realizados en los diferentes centros de las comunas escogidas.

Cabe mencionar que en un estudio de enfoque cualitativo la definición de la muestra, no se realiza de antemano ni tampoco se define en una etapa específica a priori, sino que ocurre a medida que se va produciendo la investigación. Así también, el tamaño de la misma no pretende generalizar resultados pues no es importante en términos probabilísticos, es decir, el tamaño sólo interesa en la medida de que sea suficiente para dar a entender el fenómeno que se desea comprender (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El muestro se hizo por *casos-tipos* que cumplieran los requerimientos antes expuestos, con el objetivo de que pudiesen dialogar en base a su experiencia en el trabajo con familias en los CESFAM.

4- Instrumentos de recolección de datos:

De acuerdo a lo planteado por Sampieri (2006), en toda investigación es posible alcanzar una mayor riqueza y profundidad de los datos si es que estos provienen de diferentes actores que participaron del proceso, de distintas fuentes y además si se utiliza una mayor variedad de formas de recolección de datos.

Los instrumentos representan un continuo dentro de la investigación, pues a lo largo de esta se van relacionando unos con otros, dando lugar a indicadores sustentados por las relaciones entre los contenidos procedentes de instrumentos diferentes. Es así que dentro de la investigación cualitativa, el instrumento nunca constituye un fin en sí mismo asilado del curso general de la investigación y de los procesos que se desarrollan en ella (González, 2000).

Teniendo esto último en consideración, en el presente estudio se utilizaron dos tipos de instrumentos para la construcción de la información: **Cuestionario** y **Grupo Focal**.

En primer lugar se optó por elaborar un **Cuestionario**⁷ de 8 preguntas abiertas, bajo la consideración que es uno de los instrumentos más utilizados para la recolección de datos y para contar con un apoyo que permitiera conocer algunos antecedentes de manera previa a la realización del focus group. Se considera la opción de utilizar *preguntas abiertas*, pues estas proporcionan una información bastante más amplia respecto al tema que se desea investigar y resultan útiles para profundizar en alguna opinión o comportamiento (Sampieri, 2006).

Las preguntas del cuestionario, fueron elaboradas con posterioridad a la aplicación piloto del grupo focal y se extrajeron de la pauta usada en la elaboración de esa primera aplicación del grupo. Esto fue una decisión metodológica, que tuvo como objetivo acotar el grupo focal a las temáticas más relevantes de discutir de acuerdo a los objetivos de la investigación y que la información de carácter más práctica en la que no se hacía necesario mayor discusión, podía ser solicitada con anterioridad a la realización del grupo a través del cuestionario.

Un segundo instrumento utilizado fue el **Grupo Focal**, el cual correspondió a la principal técnica de recolección de datos para los futuros resultados de la investigación y que se ajusta a los requerimientos teóricos y metodológicos de la misma.

A grandes rasgos, un grupo focal consiste en una reunión de grupos pequeños o medianos (3 a 10 personas), en el que los participantes conversan en torno a uno o varios temas definidos, de modo relajado e informal, dirigidos por un especialista en dinámicas grupales (Sampieri, 2006). Una de las cualidades que define esta técnica de

⁷ Véase Anexo N°2

recolección de datos, es que la discusión grupal se utiliza como medio para generar un entendimiento más profundo de las experiencias y creencias de los participantes (Morgan, 1998 en Mella, 2000). De este modo, al ser un instrumento abierto, este facilita la expresión de los sujetos que participan en él, y acepta el desafío que implica la construcción de ideas y conceptos sobre la información diferenciada que expresan los participantes (González, 2000).

De acuerdo a lo planteado por Gibb (1997 en Escobar y Bonilla, 2009) el propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes. Además, comparados con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo.

Para la realización del grupo focal, se elaboró una **Pauta**⁸ conformada por 3 ejes temáticos en torno a los cuales se dio la conversación. Estos eran: Familia, transformaciones sociales y dispositivos tácticos. Cada eje temático estaba compuesto por una determinada cantidad de preguntas que ayudaban a guiar la conversación y a tener presentes los temas que debían necesariamente emerger en el grupo.

Se hizo una primera aplicación piloto del grupo focal, que sirvió para testear el instrumento y realizar algunas modificaciones hasta llegar a su versión final.

5- Técnica de análisis de datos

Se utilizó un *análisis de contenido interpretativo*, en el cual los elementos comunes que emergen de los cuestionarios, de los grupos focales y de las observaciones de la investigadora, se entrelazaron con los fundamentos epistemológicos que sustentan la investigación.

Este tipo de análisis propuesto por González (2000), se caracteriza por orientarse hacia la producción de indicadores sobre la información analizada en un proceso constructivo-interpretativo que va más allá de la categorización. El mismo autor plantea que “*esta forma de análisis de contenido es abierta, procesual y constructiva, y no*

⁸ Véase Anexo N°3

pretende reducir el contenido a categorías concretas restrictivas” (p.96) cuestión que está en sintonía con la perspectiva epistemológica antes descrita.

Con el análisis de contenido interpretativo se busca, entonces, reflexionar sobre el significado del material analizado a través de “*lo que se dice*”, donde en un primer momento, más descriptivo, se realizan categorías pero sin reducir el análisis a esos resultados y en un segundo momento se analiza interpretativamente las categorías relacionándolas con los otros momentos de la investigación (la teoría) (Calventus, 2008).

Para la realización del análisis de contenido interpretativo se realizaron los siguientes pasos, basándose en los postulados de Calventus (2008):

1. Selección de temáticas, acordes a los referentes teóricos, la experiencia de los participantes y la opinión de las investigadoras.
2. Definición y relevancia para cada una de las temáticas
3. Identificación de las temáticas en el texto (resultados de cuestionario y grupos focales)
4. Análisis interpretativo triangulando teoría, información de los participantes y perspectiva de las investigadoras
5. Problematización para cada una de las categorías seleccionadas.

Una vez obtenidos todos los datos, se dio paso al proceso de *triangulación* de los mismos, en el cual la interacción de los contenidos obtenidos del cuestionario, la transcripción de los grupos focales, más las observaciones de la investigadora, dieron pie a los elementos discutidos y las futuras conclusiones. Con el proceso de triangulación, tal como plantea González (2000), el objetivo no es comparar o contrastar diferentes datos, sino que integrarlos, interpretarlos y construir conocimiento considerando diferentes dimensiones de modo de aportar a la diversificación de lo construido.

6- Procedimiento

En primer lugar, una vez definidos los criterios de exclusión y de inclusión de la muestra, se procedió a la búsqueda de los CESFAM a los cuales se podría acceder para la realización de los grupos focales. El criterio que preponderó para tal elección y que se mantuvo a lo largo de toda la investigación, tuvo relación al tipo de contacto que se tuviese con ese centro en particular y con que estos perteneciesen a comunas que en su mayoría tuviesen una población perteneciente a un estrato socioeconómico medio – bajo. Para ello se recurrió a contactos previos de la investigadora haciendo una solicitud formal para la realización de las entrevistas a través de correo explicando los objetivos de la investigación y adjuntando con consentimiento informado⁹ para resguardar la información ahí obtenida.

El primer acercamiento se realizó al CESFAM Salvador Bustos de la comuna de Ñuñoa, lugar en que la investigadora realizó su práctica profesional y en donde se llevó a cabo el grupo focal piloto. Esta experiencia resultó útil para testear la pauta inicialmente elaborada, permitiendo hacer los ajustes necesarios para las futuras entrevistas y para la elaboración del cuestionario.

Entre los meses de Noviembre y Diciembre se hicieron los contactos y los 4 grupos focales en la comuna de Lo Espejo, Conchalí y Pudahuel (aquí se hicieron 2 grupos focales en los dos CESFAM pertenecientes a la comuna). En el diseño original se tenía considerado la realización de 5 grupos focales, el quinto para llevarse a cabo en la comuna de Peñalolén, cuestión que finalmente se descartó bajo el criterio de saturación, pues ya se contaba con los elementos necesarios para responder a los objetivos de la investigación. En la medida que los grupos focales se fueron realizando, paralelamente se fue haciendo la transcripción de los mismos, pudiendo tener entonces rápidamente luces de los elementos que ahí iban emergiendo, teniendo así la claridad para tal decisión.

⁹ Ver Anexo N°4

En síntesis estos fueron los pasos realizados para la recolección de datos:

- Elaboración pauta guía para grupo focal piloto
- Realización grupo focal piloto en CESFAM Salvador Bustos en Ñuñoa
- Re elaboración pauta guía y confección de cuestionario
- Inicio de contacto con CESFAM de comuna de Pudahuel, Lo Espejo, Conchalí y Peñalolén
- Envío cuestionario al encargado de salud mental de los CESFAM confirmados
- Realización de 4 grupos focales en comunas de Pudahuel, Lo Espejo y Conchalí

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Parte Descriptiva

Dimensión 1

Consideraciones de la familia en contextos de Salud Mental

Una primera dimensión que resulta relevante considerar hace alusión al *entendimiento que los profesionales tienen respecto de la noción de familia*, teniendo presente para esta descripción tanto su práctica profesional en el trabajo con las mismas, así como su experiencia personal en relación a la idea de familia y los supuestos tras este entendimiento. Así también, se tiene en cuenta en este punto no sólo relevar qué se entiende por familia, sino que cuál es *la importancia que los profesionales otorgan a la familia en relación a un contexto de salud mental*, es decir, al rol que cumpliría ésta en el bienestar psicosocial y mental de los sujetos. Junto con ello, se toma además en consideración cuál es *el nivel de participación de la familia en un contexto de salud mental*, específicamente en la atención primaria de salud y cómo desde este nivel es posible hacer una intervención que contenga a la familia como unidad de análisis.

Respecto a la importancia de esta dimensión, en primer lugar resulta relevante poder conocer directamente desde los propios profesionales de la salud mental de atención primaria el entendimiento que cada uno de ellos tiene en relación a un mandato exigido institucionalmente, y a nivel de política pública, respecto de un modelo de trabajo que propone y exige como unidad de intervención la familia y por tanto la consideración del espacio relacional más amplio del sujeto como un aspecto ineludible de la intervención. A su vez, otra relevancia hace referencia al poder conocer la real participación de la familia en salud mental en el nivel primario de atención y las intervenciones que desde ahí se proponen para poder cumplir con el mandato, cuestión que está contenida como parte de uno de los objetivos de la investigación.

Un primer aspecto de interés entonces alude a conocer cuáles son las concepciones, nociones y entendimientos que tienen los profesionales sobre lo que es la familia, qué es ser familia y cómo estas se constituyen, reconociendo aquello que observan en su práctica, así como a la experiencia de ser sujeto en una familia. En relación a esto los participantes del focus declaran:

“Básicamente un grupo de personas unidas por parentesco, unidos por consanguinidad, pero ahora es como un grupo de personas unidas por algún nivel de compromiso, no tiene por qué necesariamente incluir ninguno de los dos anteriores” (F.1, p. 2)

“El sistema de las familias ha ido cambiando, digamos, los roles han ido cambiando, el sistema de géneros ha ido cambiando, entonces, la definición típica de un clan con lazos consanguíneos pero que tienen alguna relación, pero ahora hay otros tipos de familia que con el tiempo se han ido variando. Nosotros tenemos muy en la conciencia el tipo de familia antiguo, pero en la práctica uno se da cuenta que hay diferentes tipos de familia.” (F.1, p. 2).

“todo cabe en un contexto de familia: monoparental, biparental extendida, reconstituída, pareja sin hijos, hetero, homo” (F.2, p. 17).

“nosotros nos basamos en el grupo y la interacción vincular, en realidad más allá de un parentesco consanguíneo son en realidad los vínculos que existen en un grupo de personas que cumplen distintos roles también, en ese grupo, o sea tenemos una visión bien sistémica en ese sentido” (F.2, p. 17).

“Yo creo que considerando un poco como al tipo de familias con las que trabajamos, sí, es un grupo de personas que se relacionan por parentesco, por consanguinidad, o por parentesco podríamos decir legal porque ya ni si quiera eso, por una decisión de convivencia” (F.3, p. 37).

“(…)generalmente lo que a mi me tiende a operar más como mentalmente como familia, tiene que ver con el hecho de que hay construcción de ritos, hay una tradición y hay una historia que liga a quienes están juntos entre sí, ósea, hay un motivo por el cual siguen juntos, hay algo que les interesa transmitirse a ellos entre sí y hay algo que hace que la situación en las crisis y los conflictos, hay ritos que les permiten salir de esas o hay ritos que justamente los entranpan en salir de estas situaciones”(F.4, p. 55).

Hasta aquí podemos observar que existe un reconocimiento respecto de la diferencia existente entre una concepción tradicional de familia y lo que encuentran comúnmente en su práctica. Es decir, estructuras y funcionamientos que caben fuera de esa concepción tradicional que igualmente son considerados por ellos como familia y por tanto unidad de intervención válida. Existiría entonces una variabilidad de estructuras familiares, así como también, de modos en cómo está se constituye y por tanto qué se considera una familia o no. Se observa que la constitución de una familia no estaría necesariamente anclado a un lazo sanguíneo o a cierta cantidad de generaciones, sino que principalmente estaría dada por los vínculos de afecto, por los roles ocupados por sus integrantes, por la existencia o no de convivencia y la noción de apoyo o sostén emocional percibida por los sujetos.

“Esta como esta noción de familia que está unida por un vínculo que es como mi visión personal respecto de lo que yo creo de la familia. Y me pasa también, esta otra noción de mi enfoque terapéutico de que familia para mi es una unidad de análisis en donde yo me voy a explicar lo que está ocurriendo o cómo está ocurriendo el problema, y con qué voy a trabajar yo” (F.3, p. 37)

“teóricamente uno tiene la imagen de la familia así, como que fueran figuras reales que encarnan posiciones. Un papá, una mamá, hijo, etc. Pero por lo general con lo que uno se encuentra acá es que pasa más bien como el ejercicio de los roles que pudieran adoptar cualquiera de los otros miembros que habitan en el lugar. Un tío que pudiera ocupar un lugar paterno, o la misma abuela que finalmente es la única mamá al interior de la casa y el resto todos son hijos, y hermanos entre sí” (F.4, p. 55).

Se destaca la referencia a la familia como una unidad de análisis, y de cómo la concepción propia de lo que es una familia, puede distar respecto de lo que es entendido institucionalmente como tal, por ejemplo como menciona el siguiente profesional: *“Ósea a lo menos acá en general la visión más central de familia tiene que ver con un tema de territorio, por el hecho de habitar o ocupar un mismo lugar” (F.4, p.54).*

Un segundo aspecto de interés, alude a la importancia que es otorgada a la familia como elemento a considerar para evaluar la salud mental de los individuos y cómo desde ahí ésta se constituye como un aspecto relevante de la intervención realizada en atención primaria de salud, que considera como unidad de intervención justamente la familia. En torno a esto los profesionales plantean lo siguiente:

“La importancia es grande, pero obviamente el grupo de apoyo es el que va problematizando de alguna forma que la salud mental sea un tema a tratar, de hecho hay muchos pacientes que tratamos nosotros que si no fuera por la familia, que realmente indica que es un tema, el paciente no aparece (...) hay que empujar a que la familia se haga responsable y se haga cargo del tema, ayuda al menos a que el paciente haga ese hincapié en que se transforme en una problematización del caso” (F.1, p. 3).

“Entonces ese rol, como que yo siento que lo cumplen y lo cumplen hartito, pero otra cosa es que cuando esa persona tiene un diagnóstico digamos, sean parte también de la solución es como -yo vine, te dije, te lleve... y ahora depende de ti porque eres tú el que está enfermo-, -ya no somos nosotros los que tenemos un problema en común, porque hacemos posible que tu estés enfermo en este circuito-, digamos” (F.1, p. 3).

“Entonces si ¿es importante la familia? En la mayoría de los casos es muy importante, muy importante. Y en muchos casos tiene mucha incidencia en porque esa persona viene, o propicia las condiciones para que esa persona se enferme en

ese contexto, pero en la práctica es bien escaso el trabajo con la familia.”(F.1, p.4).

“O sea yo creo que todo.... Protagonista, si, como para poder reparar, contener, educar, facilitar (...) En ocasiones apoya, y en ocasiones intervención... y a veces resistencia” (F.2, p. 18).

“(...) porque claro, le asignamos un valor, por decirlo así, fundamental, privilegiado, pero en las prácticas finalmente en los lugares que encarnamos son de atención individual, atención al caso concreto” (F.4, p.57).

Llama la atención que hasta este momento la incorporación de la familia aparece como un elemento que sostiene, apoya o dificulta la intervención individual, más que mostrarse como una intervención familiar propiamente tal.

“claro que es super importante que en términos de comprender la historia de cada persona, y por qué le está pasando lo que le está pasando, (...) pero si creo que bueno lo que dije, que pueden haber otros apoyos igualmente importante (...)Entonces yo creo que el tema de estar solo es un heavy factor de riesgo para, en términos de salud mental, lo importante es como los vínculos de afecto, de confianza, de compañerismo, de solidaridad, de apoyo, pero eso te lo puede dar un hermano, como te lo puede dar un amigo (...) osea no creo que sea algo que se ancle necesariamente en la familia” (F.4, p.3).

“Nos piden enfoque familiar, pero nos evalúan por atenciones individuales con requerimientos que no son para una mirada... ¿Me entienden? Y eso, genera contradicciones y en esa contradicción tenemos que navegar y tenemos que llegar acuerdos que en generalmente se dan en el ámbito como más de las micro decisiones con los equipos yo pienso como del sector (...)”(F.3, p. 39).

En estos últimos dos comentarios se develan dos aspectos importante. Por una parte la comprensión de la familia como un espacio de apoyo y escenario influyente en el bienestar del individuo, pero no el único ni el más importante, pues el tejido social adquiere relevancia y es también elemento primordial de consideración para la intervención. Por otra parte, se hace alusión a la contradicción existente entre el enfoque solicitado por el modelo para intervenir y las reales condiciones para poder realizar tal tarea, cuestión que se hace bastante presente en la mayoría de los grupos focales.

En relación a lo anterior, un tercer elemento que resulta relevante refiere a la participación que tiene la familia en salud mental, es decir, en poder reconocer cuánto es la familia quien busca una intervención en un centro más allá de sólo una consulta individual y si el modelo familiar propuesto en atención primaria se encuentra

preparado o no para sostener y atender tal demanda. Frente a esto los participantes del focus declaran:

“No es lo mismo atender a una persona individualmente que hacer algo grupal con familiares, requiere más tiempo, requiere más preparación, requiere un poquito más de demanda, si tú quieres, que para estos términos, para la realidad que nosotros tenemos es muy difícil, en ese sentido, el trabajo con familias es la excepción.” (F.1, p.4)

“Es que no hay conciencia de eso, no hay una política de familia en este país...no hay una política de familia. Entonces cuesta mucho que las personas se hagan partícipes del proceso de salud de las familias, generalmente, y es más, las trae una abuela a las niñas, las trae una vecina, aquí ha tocado muchos casos así” (F.1, p. 2).

“hay una cierta cantidad que también nos demandan de cumplimientos de metas, que van en contra de todo lo que es la intervención familiar y eso nos ha coartado mucho el trabajo con familias. Pasa un poquito de no mejorar la calidad de la atención, porque significaría cambiar rendimientos (...)” (F.1, p. 4).

“(...)cuando un CESFAM está hecho para 10.000 personas y están atendándose 43.000 tú no podís hacer ese trabajo, tenís que derivar, por más que nosotros seamos atención primaria, nosotros igual podríamos hacer un trabajo de educación familiar, pero con qué? Si no tenemos recursos, entonces la parada de salud familiar es muy bonita, pero cuando tu estay acá dentro, son las metas las que mandan (...)” (F.2, p.20).

Se realizan cuestionamientos respecto a lo ideal y esperado desde el modelo con enfoque familiar comparándolo con la real implementación del mismo atendiendo a las condiciones mínimas estructurales y funcionales que no logran favorecer su realización, y que por el contrario, sostienen prácticas individualizantes propias del modelo biomédico. Además se habla no sólo de la dificultad material para llevarlo a cabo, sino que también de las propias resistencias epistemológicas de los mismos usuarios y profesionales, cuestión que complejiza más aún su implementación:

“Y nosotros hemos sido súper peleadores con eso del psicólogo respecto de la mirada de familia. Como “Oye pero Ok ¿Quieres intervenciones a familias? ¡Ya po! Pero trabajar en familia no es ir a ver a la señora y decir que fui a visita y que conocí a la señora y a su familia” (F.3, p. 40).

“(...) pero como nosotras tenemos vínculos entre nosotras porque trabajamos en sí con una postura bien comprometida y tratando de rescatar los recursos en general y potenciarlo, tratamos de trabajar así... con los pocos recursos que hay no podemos traer a la familia, porque además hay que tener herramientas técnica (...)” (F.2, p. 20).

Dimensión 2

Familia y transformaciones sociales

Esta dimensión corresponderá a diferentes nociones que tienen los entrevistados, respecto de *cómo ha cambiado la familia como contexto de crianza, formación de valores y prácticas*, en la actualidad y en conformidad a los múltiples procesos de transformación social que se han verificado. Se da por sentado que en un ámbito nacional (pero también podría ser perfectamente extensible a otros contextos culturales) se han verificado *importantes modificaciones en términos de lo que hoy se considera como la estructura, reglas básicas de funcionamiento, rol de padres e hijos dentro del grupo familiar y otras distinciones que complejizan el concepto mismo de la familia*. Se tiene presente desde el hecho mismo de que se conozcan y/o se consideren algunos aspectos generales de dichas transformaciones, así como también el *eventual impacto que éstas pudieran tener en el trabajo con familias*, en el caso de que haya algún intento de aplicación de dichas transformaciones en el abordaje específico desde la Salud Mental.

La importancia de esta dimensión radica sustancialmente en dos aspectos. El primero de ellos, tiene que ver con que está directamente vinculado al objetivo de la investigación, dado que lo que se pregunta el estudio tiene relación con los procesos de transformación social y su impacto en el trabajo específico con familias. Segundo, que resulta novedoso distinguir el nivel de conocimiento y uso que se tiene (de parte de los profesionales) respecto de esta temática, dado que no es posible determinarlo a partir de sus prácticas, que no develan aquello que los profesionales puedan saber o incluso compartir acerca de las teorizaciones de cómo ha cambiado el concepto de familia.

Un primer aspecto que aparece con fuerza, tiene que ver con la simple descripción de algunos cambios que los profesionales reconocen, identifican, tanto por su propia experiencia directa con las familias, así como también por sus procesos formativos, actuales o pasados, además de algunas lecturas que pudieran haber revisado. Al respecto los miembros del focus group declaran:

“Yo siento que hay un mayor individualismo de mayor desconfianza del otro, quizás no en el ámbito familiar en el ámbito nuclear, pero en general como cambio

social, esta cosa como más individualista la competitividad con el otro y la relación desde la competencia y la rivalidad, claro la mirada desde la desconfianza, yo creo que eso también ha cambiado la manera en que la familia se relaciona y como los vecinos se relacionan” (F. 3 p. 42)

“La aparición de los niños, los niños son sujetos, que hay derechos, que ésta, que habla y que saca para afuera, o sea eso obviamente que cambia el sistema familiar” (F.2, p. 23)

[...] el tema económico afectó un montón a la familia y como decíamos antes ya no es la mamá ni el papá, que cuida al niño, sino que la abuela, la tía. Entonces desde ahí, obviamente, hay una nueva forma de familia que no es la que existía antes. (F.1 p. 8)

La familia tradicional aquí ve como lo que dice el Hugo de una mujer que tiene que salir a trabajar, eso hace todo un cambio dentro de la familia, se supone, dentro de lo más tradicional (F.1, p.8).

[...] el cambio social sólo en el concepto de familia, sino que en el concepto de masculinidad y feminidad, yo creo que ha generado un movimiento bien importante ahí (F.2, p. 23)

Destacan entonces los elementos que tienen que ver con la incorporación de la mujer al trabajo y todo lo que ello conlleva, pero también otros aspectos ligados al uso de la tecnología, así como la relación con los medios de comunicación. Los entrevistados, en esta línea manifiestan:

“La integración de la mujer al trabajo, por ahí va el tema, la mujer como sostén, como pilar fundamental, [...] Si yo creo que la integración de la mujer al trabajo, la mujer empieza ocupar un rol mucho más activo, en realidad en ese sentido (...)” (F.2, p. 22)

[...] ...también en el acceso los medios de comunicación, si pues también hay más acceso a los medios de comunicación, en ese sentido es también más difícil ver el tema de la discriminación (F.2, p. 22)

Yo creo que la tecnología, como cambio social, a mí me pasa todas las semanas que miran a los adolescentes y les dicen párate derecho sácate la capucha sácate los audífonos, pásame el celular y el iPhone desde el niño de tres años hasta el adulto [...] Entonces siento que ha sido uno de los cambios sociales más heavy que ha habido ahora. (F. 3, p. 42)

Otro aspecto que aparece con relativa frecuencia en las conversaciones en los grupos con los profesionales, tiene que ver con cuál sería el impacto que tienen estos cambios en las dinámicas particulares de las familias. Se habla acá de los roles –las exigencias que igualmente estarían teniendo las madres en particular a pesar de su

cambio de rol-, de los cambios asociados a la posibilidad de una mujer en el papel del sostenedor (y fuera de la casa), así como también la idea de que en la dinámica de la familia, ésta se encontraría más bien expuesta a estos cambios. Esto se puede apreciar en las siguientes declaraciones

“Hay roles como intercambiados, muchas veces entre hermanos, tíos, primos, abuelos o vecinos, y eso yo siento que claro, al salir esta mujer sostenedora, digamos,, fuera, queda fuera, sostenedora fuera, queda un poquito este sistema en el aire, tratando de sostenerse [...] esta misma salida de la mujer al trabajo, al mundo laboral, el hombre como que perdió [...] entonces yo creo que también hay un poco de cambio, porque de alguna manera el hombre también, se deja sostener por esta mujer que está sosteniendo afuera y dentro” (F.2, p. 22).

[...] ...además del rol de madre, aparecieron multi roles, ya no sólo mi necesidad está puesta desde ese rol, sino que también hay otras cosas que tengo que hacer, otras cosas que tengo que satisfacer y en los niños también, no sólo basta tenerles ahora, hay que también tenerles en el colegio la ropa limpia, pero ya po' esa es su obligación, pero usted le da afecto al niño, usted tiene tiempo para jugar con el niño (F 2 P. 24)

[...] ... las familias están más expuestas, ya no es una cosa íntima es una cosa expuesta, en ese sentido están también esos cambios. (F.2, p. 23)

“que la mujer salga al mundo del trabajo es una de las cosas y un montón de cambios ahí y todo el tema de bueno, de la apertura, si tú quieres, de las distintas orientaciones sexuales también, yo creo que también hace diferencia porque nosotros en realidad no estamos preparados para, siento yo, hacer una intervención en una familia que tenga una pareja homosexual” (F.1, p. 7).

Se comienza a figurar entonces la necesidad de preguntarse si es que en el abordaje (trabajo con familias) este tipo de transformaciones culturales, están al menos en el discurso, o bien si presentan diferencias ahora respecto de la manera en que trabajan. Al respecto los profesionales hablan de la re-aparición de los padres en las sesiones y trabajos con familias, así como también en algunas discusiones que se tienen con las familias respecto de las propias cosmovisiones:

“Cómo se integra esta nueva noción en el trabajo clínico, porque ya no está la figura papá hijo, sino que temen más, decían de repente vienen dos padres separados, una parejas sin hijos, monoparental etc. La respuesta tal cual como preguntas así se integra, tienes que considerar que es distinto, de una evaluación de cómo es distinta la estructura de una familia, en relación a cómo se vinculan” (F.2, p. 24).

“A ver yo siento, no se coarta la posibilidad de poder intervenir. Yo personalmente trabajo con la concepción de familia que tiene la familia o la persona.”(F. 2 , p. 25)

“Los papás también, porque los están ocupados, entonces con la Tablet los mantienen ahí quietos y esa es una forma de cómo estar supervisándolos, pasa que muchas veces los niños están en la consulta con la Tablet y les dicen, ya le dicen toma quédate con la Tablet que yo voy a hablar con la psicóloga o tu toma el celular y quédate tranquila y esa es una realidad que nosotros vemos todos los días adentro de los box. (F. 3, p. 41)

Mira en la práctica clínica directa, paciente psicólogo, ningún problema, porque mira siempre te vas a encontrar a alguien el otro que llega a sesión tiene sus propias cosmovisiones, su propia mirada con otra visión, cada familia tienen su propia concepción de lo que es ser familia a como yo tengo las mías, el tema no es que sean distintas es como tenemos una conversación desde la diferencia para poder entendernos, y que esa definición que el otro tenga no le haga, sufrir o no le haga un padecer en su salud mental. (F. 3 p. 44)

Por último, y siempre en el tema de las transformaciones sociales que es lo que constituye esta dimensión del análisis, los entrevistados comentaron acerca del tipo de familias con el que se encuentran en la actualidad. En este sentido destaca nuevamente la presencia de los padres, derechamente la figura masculina, ahora en el rol de gestor; así como también la familia monoparental y aquella familia que intenta situarse en un discurso que podría considerarse como alternativo. Todo esto se aprecia en algunas de estas declaraciones:

“Hay un discurso de la familia convencional, en el inconsciente colectivo como lo dije hace un rato, pero en la práctica hay un montón de familias “Alternativo” entonces ya, uno en la práctica, en el cotidiano no se encuentra con el ideal de familia (F. 3, p. 43)

[...]...no se ha hecho un estudio desde hace muchos años atrás, cuando se hizo un estudio de desempeño difícil para ver qué tipo de familias tenemos ahí, cuáles son las problemáticas de esas familias. donde yo noto cambios, a nivel de las gestante, en los talleres que se están haciendo acá para gestantes, como ahora se promociona que vengan con acompañante, es bonito como los hombres jóvenes están empezando a venir, lentamente todavía con todo el tema de los permisos del trabajo, que aquí que halla, pero están empiezan a venir y por ejemplo el aporte que hacen, que yo estaba acostumbrada a trabajar con puras mujeres y ha sido bonito hacer talleres con la incorporación de los hombres, y eso nos plantea desafío a nosotros. (F. 3 p. 42)

[...]...hay harta familia monoparental si, como de lo que más tengo familia yo, por lo menos en los niños es familia que los papás son separados y que la mamá tiene otra pareja, eso es lo más clásico para mí o que los abuelos estén viviendo en

la casa, o viviendo con los suegros, eso es como la clásica mía eso es lo más habitual. (F. 3 p. 43).

Dimensión 3

Dispositivos tácticos en el trabajo con familias en contextos de salud mental

La presente dimensión tiene importante presencia, dado que *la manera que tienen de relacionarse los profesionales con las familias*, en el contexto de salud mental, es precisamente a través de los *dispositivos que se despliegan*, con el objetivo de establecer procesos reflexivos, de aprendizaje, de regulación y también de cambio. No se habla acá de la eficacia de dichos dispositivos, sino a nivel general, *cómo son, cuáles son, qué características tienen* y cómo estas modalidades de trabajo, de alguna manera, también representan el cómo se han ido manifestando las transformaciones sociales de la familia (si es que ha ocurrido) en los propios dispositivos de trabajo.

La importancia del distinguirlos, tiene que ver con que existen muy pocos estudios que sistematizan las prácticas clínicas con familias en contextos de salud mental pública. De hecho más bien se habla de las dificultades, cuestión que acá en las declaraciones de los profesionales también aparece. Por otro lado, igualmente permite establecer cómo se está trabajando y, sobre todo, cuáles son las limitaciones que aparecen para el desarrollo consistente entre lo que se piensa acerca de las familias, respecto de lo que se hace o cómo se trabaja luego con ellas. Esto da por entendido que se tiene ya una cierta noción de transformación social y un cierto concepto de familia (aunque en constante evolución) y por ende se requiere ahora focalizar sobre lo que se hace en el trabajo clínico propiamente.

En primer lugar y como distinción importante, aparecen las diferencias que se pueden considerar entre hacer una intervención con una familia y llevar a cabo una terapia propiamente tal. Se habla entonces de las condiciones y posibilidades de este tipo de intervenciones. Así declaran los participantes de los diferentes grupos:

“Bueno, partiendo nosotros aquí no hacemos terapias de familias, intervenciones sí. Es lo que te dijimos, psico educación, promoción, prevención y hasta ahí llegamos” (F 2, p. 29).

“Sí, mira la terapia familiar aquí no se hace, de hecho, las orientaciones dicen que nosotros no podemos hacer terapia familiar, sólo en lo nivel de especialidad, porque aunque en la terapia primaria tenemos especialistas trabajando, en el nivel que estamos, no podemos hacer terapia familiar...” (F 3, p. 46)

“Dentro de la misma acreditación está realizar una cantidad de consejerías familiares. La consejería familiar es un dispositivo particular, con un tiempo particular, con objetivos particulares, pero que también requiere tiempo, ahí también tenemos que cumplir cierta cuota. Y eso es. Las metas en general no piden nada que tenga que ver con el trabajo con familia” (F 1, p. 13)

“De hecho terapia familiar se atiende afuera. No es parte de la atención primaria. Lo que uno hace es como... programas, o tal vez inclusión de algún familiar como a nivel de apoyo, pero como terapia familiar, si es que ése es el punto...” (F 1, p. 14)

Se habla de especificidades, a propósito de los énfasis que tiene cada programa, unidad o incluso situación familiar, para dar cuenta de que habría mucha diferencia entre un tipo de intervención y otro. Al respecto se declara lo siguiente:

“Herramientas, entregar herramientas, manejo de conflictos. Es que lo que pasa que ahí te estás metiendo en el mismo concepto de (X) todo en relación a los recursos. O sea intervención familiar de corto plazo, enfocado en un problema específico, no sé, en relación a como es la interacción familiar, que sé yo. Y terapia sería algo mucho más, como un tema mucho más complejo, profundo, donde tienes que verlo una vez a la semana, hacer una evaluación individual y desde ahí hacer la interacción, objetivos terapéuticos. En lo otro no lo haces, lo otro la intervención familiar va enfocado yo creo que a lo que dijimos en un principio, como prevención” (F.2, p. 30).

“Hay programas en lo que obviamente... o sea el programa... no sé, de repente en VIF debe ser complicado hacer parte a la familia, tienen que trabajar en cierta forma para hacerlo. Entonces depende un poco” (F 1, p. 14)

“Nuestra meta principal es dirigida a los menores de 20, entonces son adolescentes, por lo tanto en algún minuto necesitamos que venga alguien de la familia más que en los mayores de 20, que a mí nada me obliga a que... “sabe, usted tiene que venir con alguien porque si no, no puedo atenderlo”. Entonces claro, ahí viene alguien que trae a la persona, o la Rocío hace el taller de los lunes que se supone que integra gente de la familia” (F 1, p. 14).

Para el caso específico de la terapia familiar, se habla de las dificultades que se presentan para su implementación, las cuales pueden tener que ver –fundamentalmente– con dificultades que presentan los profesionales, en términos de formación, pero

también con dificultades del despliegue mismo de la terapia familiar, en términos de estructura, espacio, tiempo, disponibilidad, entre otros. Los profesionales entrevistados declaran en este tema lo siguiente:

“Pero que dicho sea de paso, intervención familiar, no está contemplada en un sistema público, o sea, terapia familiar. En ninguna orientación, a nivel de sistema público, en ningún nivel, salvo en el hospital pero porque los equipos lo han propuesto, de su iniciativa, pero en las orientaciones no está la terapia familiar. De hecho ningún Cesam, ningún COSAM, en Chile, tiene la unidad de terapia familiar, no existe” (F.3, p. 47).

Entonces es bien complejo, la terapia familiar es compleja igual trabajarla. Hay que tener el objetivo, hartas cosas que aquí no se pueden tener, o sea en nivel de profundidad e intimidad también que no se puede tener acá. (F.2, p. 32)

Porque en el camino igual uno se frustra, porque las familias no adhieren, a veces uno tiene idea y busca ayuda y no tiene, entonces uno se tiene que replantear constantemente el modelo (F 3 p, 46).

Yo creo que herramientas siempre hay pero es como fatigar al profesional porque cada uno con su tema, si tú eres más experto o te manejas más en terapia individual no te puedes tirar a hacer irresponsablemente una terapia familiar, indicaciones, como palos de ciego. Y por otro lado, no sé, es mi apreciación me parece que es como sobrecargar el sistema de atención primaria siendo que nosotros ya somos el contenedor de muchas de las demandas de los usuarios. Por ende debería haber, como hay tribunales de familia, que deberían encargarse por ejemplo de intervenciones familiares. (F.2 p, 30).

Se declara cierta inconsistencia entre lo que se puede hacer y lo que se necesita hacer, donde aparecería la terapia familiar como una urgencia que no tiene cabida. Es relevante también la declaración acerca de cómo la atención primaria en su globalidad no incluye la terapia familiar como dispositivo, en tanto la considera como una atención especializada. Sobre esto los comentarios asociados son los siguientes:

“No está definido, o sea de hecho, la atención primaria no pone diferencias entre una intervención y una terapia familiar, es más bien clínica y personal la diferenciación, nosotros hacemos esta diferencia, no la hacen... y desde la práctica y desde el modelo que uno tenga...” (F.3, p. 47).

“Lo que pasa es que en la mirada familiar para que el modelo de familia se instaure hay orientación, y dentro de esas orientaciones nos piden metas, y esas metas es “ok, ustedes ya no van a trabajar con la persona, van a trabajar con la familia, operativamente van a trabajar con fichas familiares” entonces yo tengo mi ficha familiar, la relleno con todos los integrantes de la familia que viven juntos. Pero además tenemos que ver cómo miramos a esta familia, si esta familia está bien o mal” (F.3, p. 45).

“Pero lo divertido es que muchos de tus compañeros te piden, te dicen, esta familia necesita de psicoterapia... Esta familia necesita apoyo. Y de hecho, a mí por ejemplo, no en este centro nos decían “Se viene fuerte la intervención familiar para niños con problemas de salud mental” (F.3, p. 47).

Se habla en primer término de las capacitaciones que entregan en el propio servicio, en relación con aquello que pueda buscar cada profesional por interés en su propio desarrollo. Desde ahí, frente a la utilidad de las capacitaciones (y las diferentes actividades de inducción y/o formativas que se les ofrecen institucionalmente), los profesionales declaran:

“En ese sentido como que existen si tú quieres lineamientos desde el ministerio, institucionales, para capacitar a los equipos que trabajan en CESFAM en herramientas para trabajo con familias” (F.1, p. 15).

La preparación que tenemos nosotros, lo que nos han dado el Cesfam es básico y la preparación que hay es extra atención, es nuestro interés, nuestro interés de tener otro tipo de formación, seguir formándonos, o desformándonos, porque en realidad cada vez nos desformamos más, por ejemplo en otras situaciones de salud familiar, al lado, la capacitación que se la hace de lo familiar, pero es un algo muy básica, muy insuficiente y muy como cuando uno muestra algo por caer bien, muy en la idea de “ hay que hacerlo” (F.2, p. 27).

La formación es de cada uno, por ejemplo yo ahora el tema del diplomado es autofinanciado también, lamentablemente tampoco no dan las facilidades para, o sea tengo que recuperar las horas, las devuelvo, no me dan permiso para faltar en lo que tengo que faltar, o llevo atrasada por el curso y además ahora lo que estamos peleando por el paro, es que no nos reconocen estas capacitaciones para subir de grado, por lo menos yo no estoy en planta, por ejemplo, tampoco pudo pensar que con estas capacitaciones puedo pelear por estar en planta. (F.2 p. 49)

“Las capacitaciones que nos dan a través de la institución van a ser...si, tenemos que ir a un curso de salud familiar...pero es un curso de salud familiar pensado desde lo clásico: la familia es así, el genograma es esto, haz esto, las etapas de la vida de la familia...eso.” (F.1, p. 13).

El hecho de que algunos profesionales, lleguen a trabajar en esta línea y aún cuando tengan formación especializada, ello no garantiza que puedan hacer uso de ese tipo de competencias, ni menos aún que lo que disponen como formación tenga oportunidad de crecimiento, difusión, evolución. Se aprecia algo de esto en la siguiente cita de un entrevistado:

“Aquí hay diez diplomados en salud familiar. Diez personas diplomadas. Hay varios con pasantía en el extranjero... pero cuando llegan acá no sé si los agarra

el sistema, pero ninguno... porque el compromiso es hacer un proyecto, y trabajarlo. Pero yo no sé, hasta ahora... “(F 1, p. 13)

“O sea, por algo nosotras derivamos para intervención familiar entendiendo que ahí sí hay atención, eso nos quita un poco la culpa. Tienen el triple de profesionales, tienen salas, tienen herramientas, nosotros hay un auditorio y hay que peleárselo. Nosotros tenemos 110 horas de psicólogo para 43.000 personas que piden atención en este CESFAM, o sea ¿cachai la cantidad? Y nos vemos excedidas, a la posibilidad de... “ (F. 2, p. 31).

El hecho de que no se tenga la terapia familiar como un dispositivo posible, por varias razones que ya han ido apareciendo, hace pensar a los profesionales entonces en otros dispositivos. Uno de ellos, lo representa la consejería, que se asoma como una posibilidad de trabajo en base a las condiciones que se tienen. Al respecto se declara lo siguiente:

“Yo al menos trato siempre de hacer consejerías familiares en el tema de no sé po, preventivo más que nada, preventivo en el tema relacional, sobretodo en tema de violencia, en el tema parental también, en el tema de crianza, de estilos de crianza, de los límites, hablo harto de eso. Y a veces claro, los cito, los cito nuevamente porque yo soy buena gente no más, igual lo ideal sería claro, que yo citara a la abuela, citara a la tía, y así pero... a no ser que vivan juntos, pero no puedo. Sería súper bonito y para mí sería fantástico porque en realidad sería entretenida mi pega, pero hay mucho asistencialismo y aquí uno hay que contextualizarse donde está, yo sí trato de hacerlo y estar dentro (X) consejería familiares, pero eso.” (F.2 p. 31)

“En la práctica lo que ocurre es que, primero, prevención y promoción, sólo tratamiento, individual y a nivel de familia, a pesar del discursos dominante, uno va haciendo terapia familiar, pero yo diría que tengo dos familias en terapia de las 150 familias que veo, y el resto son una consejería en un contexto de intervención familiar” (F 3, p. 47).

Los psicólogos se ven requeridos, según los profesionales, de una manera diferente a como ocurre con el resto de los miembros del equipo. Las exigencias que se les ponen a los psicólogos para que no operen desde una lógica tan asistencialista y tan tradicional en cuanto al setting de trabajo son declaradas en las siguientes citas:

“Un médico atiende cuatro pacientes por hora. Un asistente social atiende dos pacientes por hora. Nosotros [psicólogos] atendemos dos pacientes por hora... o uno y medio por hora. Entonces hay cierta cantidad de rendimiento que cumplir, y es así” (F.1, p. 17).

“Si yo pretendo venir a un CESFAM a encerrarme en mi box.... La verdad es que se supone que el modelo no da para eso. Yo tengo que ser un profesional que tiene

que estar dispuesto a salir, a hacer trabajo comunitario, a ir a las escuelas, a visitar a las familias” (F.1, p. 16).

“Yo siento que los psicólogos, tenemos esta capacidad de reflexionar, tenemos esa preparación más menos, para poder reflexionar acerca de eso que es algo que por lo menos yo considero que otros profesionales no tienen. Y nosotros instauramos esa conversación.” (F.3, p. 45).

Se hacen variadas declaraciones, en los diferentes grupos focales, acerca de cuáles serían las diferencias entre el trabajo del psicólogo con el rol que desempeña el trabajador social. Estas diferencias pueden aparecer asociadas a cuestiones de mandato, de contrato y otras más bien respecto de lo que se termina haciendo en cada singular centro. Los entrevistados de este tema declaran lo siguiente:

“En lo emocional y en lo conductual, en lo social no, ahí está la trabajadora social, no sé, yo igual a veces me meto un poco en lo social, pero más en lo emocional y en lo conductual, pensando un poco más en los objetivos, porque cuando uno conversa, conversa todo eso. Es como mucha, como hago entonces para tener una mejor relación de pareja, o que los chiquillos lloran todo el rato y resulta que la pieza es de 2×2 y resulta entonces que ellos ni siquiera pueden tener intimidad, entonces también te tienes que meter a temas que son sociales para hacer una intervención familiar [...] Entonces uno hace una intervención familiar, entre comillas, en un contexto social de, porque las condiciones para hacer una intervención, o que ellos tengan un espacio para ellos tiene que ver con condiciones sociales, tienes que jugar con eso entonces”. (F. 3, p. 48).

“Yo creo que también nosotros estamos más como... ahí hay una cosa positiva, los profesionales, yo creo que estamos trabajando con un enfoque más de riesgo. Y todos los profesionales somos capaces de detectar riesgo social. De hecho las derivaciones son cuando hay riesgo social... o a la psicóloga cuando hay un problema de salud mental. La diferencia es que, bueno, uno trabaja más con las redes. Uno maneja más las redes, dónde puede solucionar un problema. Pero en sí se hace un trabajo bastante integral” (F. 1, p. 17).

“O sea, en el caso de los asistentes sociales, como dice la Leo tiene más que ver con, cierto, con ámbitos prácticos. La municipalidad, las redes del subsidio, ese tipo de cuestiones” (F. 1 p. 17).

“Incluso en trabajo social, porque los trabajadores sociales normalmente sí tienen en su formación también el tema de familia más involucrado, no salen como terapeutas familiares pero en general sí están más asociados a la familia”. (F. 2 p. 30)

“Claro, entonces en ese sentido los pacientes en social no llegan particularmente porque vienen enfermos, sino llegan por otro tipo de necesidad. ¿Ya? Quizás acá a nosotros como psicólogos llega el paciente porque trae un malestar. Viene con un motivo de consulta relativo a la salud que es bien distinto. ¿Ya? Entonces en ese

sentido, eh... ya la llegada es distinta y la intervención va por otro lado” (F. 1 p. 18)

“En ese sentido el trabajo de los asistentes sociales no cumple un rol, desde mi punto de vista, terapéutico” (F. 1, p. 18)

Se diferencian entonces los roles del psicólogo con el del trabajador social fundamental en que los primeros trabajarían más en torno a la idea de proceso y de un requerimiento o demanda de “salud”, mientras que los últimos tendrían un modo de intervención orientado a la práctica, pero que igualmente se complementan con el fin de solucionar la demanda.

VIII. DISCUSIONES DE LOS RESULTADOS

El siguiente apartado tiene la intención de proponer un texto que conjugue de manera reflexiva aquellos hallazgos más relevantes observados en el análisis de contenido de los grupos focales, con los aspectos teóricos y epistemológicos revisados, así como también la propia experiencia del investigador en el marco de la elaboración de la investigación y de su formación profesional.

Entonces, a continuación se trabajará la discusión propiamente tal, a partir de algunas hipótesis que han guiado el estudio (en algunas ocasiones a modo de pregunta y en otras a modo de afirmaciones) de manera tal que la triangulación descrita en el párrafo anterior, proceda de manera compleja y no sólo descriptiva. La interpretación entonces no sólo proviene de un ordenamiento de los contenidos, sino también de un ejercicio hermenéutico que mezcla niveles e intenta poner en cuestión todos los temas revisados ordenadamente pero no siempre en términos jerárquicos.

En primer lugar, se puede iniciar esta discusión en torno a un cuestionamiento planteado durante todo el proceso investigativo, que también motiva su realización y que específicamente hace alusión al supuesto de que existiría *poca especificación para el trabajo terapéutico con familias y falta de un método que englobe la intervención hacia un enfoque determinado*. Bajo este supuesto, se sostiene la idea de que el efecto de esta situación sería *provocar una práctica de laxitud y escasa definición en el trabajo con familias* que se realiza en los CESFAM de las diferentes comunas visitadas.

Respecto al cómo se interviene familiarmente en una institución así, los resultados revelan, por una parte, que existe una diferencia marcada entre lo entendido por intervención familiar y lo que se podría entender como terapia familiar propiamente tal. La primera constituiría toda acción que incluya a la familia como sujeto de intervención y que vaya en pos de su beneficio, teniendo un enfoque marcadamente preventivo, de promoción de lo saludable y que se realiza en base a determinados dispositivos que se llevan a cabo como consejería, visitas domiciliarias integrales, convocatorias, etc. Por otra parte, la terapia familiar aparece como un dispositivo que no existe, o al menos no está planteado formalmente como un objetivo para este nivel de atención de acuerdo a los lineamientos ministeriales, ni que tampoco correspondería, pero que se encuentra en una posición ambivalente en base a los relatos de los

profesionales. Los profesionales saben que se lograría un efectivo trabajo familiar con igual compromiso de todos sus miembros, pero a su vez también lo identifican como un trabajo “más profundo”, que requiere otro nivel de relación con la familia, otro tipo de formación previa del profesional, así como otras competencias para su desarrollo. Lo ambiguo de esto resulta en que si bien reconocen que la terapia familiar no forma parte de los lineamientos de la atención primaria, aparece igualmente el deseo de practicarla, la fantasía de que existen las condiciones para hacerlo, justamente porque la consideran como una herramienta necesaria para cumplir los requerimientos de enfoque familiar integral que ahí se propone.

Desde aquí entonces se puede hacer un severo cuestionamiento a qué es lo que están entendiendo por familia, por trabajo con familias y por intervención familiar. A primera vista pareciera tener una connotación superficial y poco clara. Incluso llama la atención al observar el contenido de los grupos focales y los cuestionarios, sobre la dificultad de poder definir lo que entienden como su propia intervención y tener a partir de ello una comprensión consensuada sobre lo que se entiende. Esta situación abre entonces algunas preguntas en relación a ¿Qué es lo que se está entendiendo por promoción y prevención? Y, a su vez, ¿Qué es lo que efectivamente se está haciendo en el trabajo con las familias?

Desde la revisión teórica, la promoción se define como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Kindermann y Ubeda, 2000, p. 24) y, por otro lado, la prevención es “el conjunto de acciones que se inician con la existencia de una amenaza a la salud, ya sea una enfermedad o un peligro ambiental, cuyo principal objetivo es proteger al individuo, familia o comunidad de las posibles consecuencias de dicha amenaza, antes de que estos hayan adoptado comportamientos que conlleven riesgos de su salud” (Kindermann y Ubeda, 2000, p. 27). Si bien lo anteriormente planteado es lo que se estipula institucionalmente, de acuerdo al discurso de los profesionales, fue posible constatar que aquello se aleja bastante de la práctica real de los psicólogos en los CESFAM, pues a pesar de que sí cumplen su labor de prevención y promoción, su práctica abarca mucho más que eso, aún en contra de lo mandatado. Como ya fue mencionado, desde el mandato, la terapia familiar no tiene lugar en un centro de estas características (incluso podría ser considerado como inadecuado), sin

embargo, los profesionales psicólogos no detienen su actuar en base a este lineamientos e intentan de manera individual, y en ocasiones poco exitosa, de hacer algo que se acerque más a un espacio de terapia familiar que a una intervención psicoeducativa, pese a la diversidad de limitaciones presentadas para poder implementar una práctica de este tipo.

Incluso es cuestionable esta misma pretensión de parte de los profesionales respecto a la promoción y prevención, pues estas prácticas tampoco cumplen su efecto, más aún, pareciera que tampoco quedara tiempo y disposición para realizarlas. El profesional queda atrapado entre su deseo de aquello que quiere hacer y no puede, y aquello que debe hacer y no logra hacer del todo. En relación a esto mismo, cabe recordar el estudio realizado por Minolleti y Zacarias (2007) cuyos principales hallazgos reportan que los psicólogos tendían a dedicar mayor cantidad de horas a la atención asistencial individual que a la familiar, grupal o comunitaria, incluyendo en esto último las actividades de promoción y prevención. Si relacionamos estos datos con lo extraído en los grupos focales, el escenario hasta la fecha se mantiene bastante similar, pues al menos respecto a lo familiar, prácticamente no se realizan actividades que promuevan la prevención y todo se realiza en el mismo centro cuando el usuario ya llegó a consultar. Lo siguiente queda manifestado en esta cita: “(...) *la definición de atención primaria es prevención y promoción, cuando en realidad estamos haciendo tratamiento.(...) Claro, porque el documento te dice prevención y promoción, pero tus metas son asistenciales, todas nuestras metas son en un 90% asistenciales*” (F.3, p. 53).

Esto tiene implicancias, como por ejemplo, que el usuario o familia que se recibe en atención primaria, ya tiene instalado un problema de salud (generalmente entendido de manera individual) del que muchas veces este nivel de atención –primario- no se puede hacer cargo, es decir, aparece tardío respecto de cualquier iniciativa de prevención. Se puede hipotetizar al respecto, que *aquellas actividades de promoción y prevención, no tuvieron el impacto o alcance deseado, o no tuvieron la profundidad ni frecuencia necesaria, o no se ajustaban a los requerimientos del contexto de la población con la que trabajan, o lo que es peor, simplemente no se realizaron*. Esto sirve como un triste antecedente además para que luego, a nivel central, se siga

desprestigiando la prevención y promoción, con el consecuente impacto en las políticas públicas, financiamiento y dedicación horaria, etc.

Con todo esto, el usuario llega con un problema cuya complejidad supera la capacidad de respuesta que tiene el nivel de atención y por tanto el abordaje psicoeducativo pareciera quedarse corto para enfrentar dicho problema. Desde ahí entonces *el profesional se ve ante la necesidad (y el deseo) de generar espacios algo más reflexivos y cercanos*, por ejemplo a lo que podría una terapia familiar o cualquier otro dispositivo más participativo, abierto, reflexivo; razón que justificaría esa postura ambivalente antes mencionada. Un ejemplo de esto último lo menciona una profesional claramente: *“De hecho, aparecen acá cuando el problema ya es un problema grande, entonces también sale eso como desde la explosión, como que la familia acumuló, acumuló y claro, también la mejor manera no ocurre, entonces parece esto como – por favor que alguien venga a hacerse cargo de esto- pero también si hubiera sido como un trabajo más preventivo, como esa educación a la familia, también existiría otro método de trabajo para con los casos”* (F.1, p, 3-4),

En base a los relatos de los profesionales, al parecer esto ocurre con frecuencia además en la comprensión que tienen las propias familias de aquello que les ocurre, pues por una parte son familias que traen a un “sujeto índice” para que el centro “se haga cargo de ellos” y por tanto se desresponsabilizan, haciendo difícil la adherencia y la incorporación de los propios familiares y cuidadores al tratamiento. Incluso más, aparecen como muy dispuestos al tratamiento, pero no se sienten sujetos del tratamiento, sino más bien apoyan a un tratamiento de un paciente que no son ellos. Es así, que el trabajo que sería verdaderamente familiar se dificulta producto de múltiples variables y se suma a los ya escasos dispositivos que además incentivan la participación activa de la familia en el centro de salud. Desde esto último, es posible connotar entonces que la familia se transforma en un espectador, como un aparato ocasionalmente funcional (pues también puede resultar obstaculizador) para un proceso que se inicia con una marcada tendencia individual. Esta *familia/espectador* es vista por la política, por la propia institución y por los profesionales como algo demasiado complejo, poco abordable y resulta entonces aliviador, descansar en esta calidad de espectador y permitir que sean sólo sujetos que recibirán la intervención adecuada en el

siguiente nivel de atención –secundario-, que se supone contaría con los dispositivos necesarios para tal abordaje. Es entonces el momento de la perfecta aparición de derivación como ineludible acción a proseguir.

Surgen algunas interrogantes respecto a cómo se incluye entonces a la familia en los CESFAM. ¿Existe una metodología clara que englobe o defina el trabajo terapéutico con las familias? ¿Se dispone de un método para intervenir con familias más allá del declarado enfoque familiar integral?, o bien ¿Qué se está entiendo por ese método si es que reconocen que lo tienen? ¿Están los profesionales conformes de lo que son capaces de desarrollar en su trabajo con familias? ¿Cuáles son las implicancias para una institución que declara trabajar con familias y que carece de una especificidad respecto del cómo se interviene con ellas? Una posible respuesta a esta última pregunta desde el sentido común, sería poner en duda el verdadero abordaje familiar que ahí se realiza, al menos desde salud mental y que por tanto no sería una institución que tenga ese sello particular o que la distinga de otras que no trabajan con familias. También sería posible decir que es una institución que por diferentes motivos le ha sido difícil incorporar este nuevo modelo que en la teoría aparece como algo deseable para profesionales y usuarios. Desde el Ministerio se podría decir que la inyección de recursos no ha logrado ser suficiente aún, generando esto fuertes problemas estructurales y en torno a la respuesta de la demanda de atención de la población y que por tanto los cambios se han introducido lentamente. Además, es posible referirse en torno a quienes trabajan en esa institución, en este caso a los psicólogos. Si la institución no tiene claro los lineamientos respecto de cómo abordar el trabajo familiar, entonces no resulta extraño pensar que quienes trabajen ahí tampoco tengan claro su operar respecto a esa función en particular.

Este tema se desliza hacia argumentos que escaparían inclusive a la idea clásica de Salud Mental, donde prima todavía el concepto de enfermedad y se llega hacia temáticas que vinculan Salud mental y trabajo. Entre los variados autores que se dedican a esto, destaca Dejours (1992) quien plantea que una de las fuentes importantes de sufrimiento laboral, entre otras, tiene que ver precisamente con el desconocimiento y poca claridad de la tarea primaria que se realiza en la institución a la cual se pertenece. Esto último puede inferirse desde el comentario de este participante: *“nosotros tenemos 110 horas de psicólogo para 43.000 personas que piden atención en este CESFAM,*

osea ¿cachai la cantidad? Y nos vemos excedidas a la posibilidad de... o sea si no tenemos vena al lado y no tenemos el ojo tiritón es porque nos reímos todo el rato” (F.2, p. 32).

Los profesionales entonces, no sólo no pueden cumplir con el llamado enfoque familiar, sino que además presentan una demanda de trabajo tan alta, pero igualmente ambigua, que justamente les impide hacer un abordaje familiar como ellos esperarían hacerlo. El deseo de trabajar desde una cierta lógica permanece, pero la imposibilidad de hacerlo también, a partir del freno que ofrece el no contar con condiciones para ello. El hecho entonces de que el modo de intervenir no esté claro, deja espacios para que los profesionales apelen a sus conocimientos y experiencias personales explorados en otros ámbitos. También apelarían a una formación autónoma (generalmente no apoyada ni promovida por la propia institución desde dónde trabajan), incluso manejándose con frecuentes intuiciones respecto de cómo es que se debiera realizar un abordaje familiar. De hecho, no es la institución que se los pide en términos de metas, sino que sólo en términos teóricos y de orientación, siendo ellos mismos entonces quienes identifican cuáles son los casos que merecen ser abordados familiarmente y por tanto ellos mismos quienes intentan planificar cómo hacerlo.

¿Qué otras consecuencias se pueden desprender de esta situación? Por un lado, se corre el riesgo de tener profesionales que desconocen su actuar y que operan sólo desde la intuición respecto a cómo cumplir mandamientos institucionales que parecieran encontrarse a un nivel implícito. El profesional que trabaja desde una intuición agrega un factor que puede ser positivo, pero también peligroso. Se trata de la singularidad, que justamente contiene la intuición, pues no sienta sus bases en un programa, sino que en la experiencia, que tiende a ser singular, muchas veces irrepetible. Se cuenta con un profesional que realiza una labor que cree que tiene que realizar y que por tanto debe encontrar la mejor forma de ajustarse a ese lineamiento, usando estrategias singulares, sin un método claro, pero que igualmente tiene que poner a prueba constantemente y sólo a partir de su experiencia. De este modo, es posible proponer que en salud mental pública se corre el riesgo de encontrarse con un *profesional intuitivo/aislado*, que se apoya de sus conocimientos, su experiencia y la de su equipo para afrontar el trabajo familiar y que carece del apoyo institucional en términos de método para lograr tal

tarea, transformándose en un sujeto/dispositivo (ejecutor) que busca incesantemente estrategias para acercar a la familia a la intervención.

Otra consecuencia del operar de este profesional *intuitivo- aislado* es el tipo de relación que establece con el usuario y cómo esto afecta al resultado de la intervención. Alguien que se encuentra presionado a cumplir determinadas metas, cuyo ámbito laboral presenta incoherencias respecto de lo que propone en términos de lineamientos y las prácticas efectivas, le provoca una autonomía que puede traer beneficios así como también ciertos costos. Los beneficios aluden a que, por una parte, gracias a que estos profesionales se dan la libertad de promover intervenciones familiares generando espacios exclusivos para ellos (pero fuera de lo que la estructura de un CESFAM les permite) es que entonces efectivamente se puede en casos aislados encontrar trabajo reflexivo con familias. No puede haber un desconocimiento de cómo algunos centros logran, a partir de estos esfuerzos individuales y creativos, llevar a cabo una práctica que excede bastante a lo que se espera de un CESFAM. No obstante, los costos son que es el profesional quien tiene que hacer un trabajo o esfuerzo extra para poder realizar tal intervención, que ocurre como se mencionó, con muy pocas familias y que por tanto el alcance de la intervención es escaso. Normalmente constituye casos únicos, que no alcanzan a ser sistematizados y entonces menos aún replicados o generalizados en otros contextos de la misma institución. De este modo, aquellos usuarios que se ven beneficiados por esa intervención son producto de la “voluntad” del psicólogo y no del objetivo general de la institución, como debiese ser.

Estos últimos argumentos se van acercando paulatinamente a otra hipótesis de trabajo que ha guiado la investigación aludiendo a que *frente a las exigencias demandadas por la estrategia nacional de salud y el nuevo modelo de atención en atención primaria, los profesionales psicólogos no contarían ni con la claridad, ni con la formación necesaria para enfrentar el desafío del nuevo abordaje familiar.*

De acuerdo a lo revisado en los antecedentes teóricos, la Estrategia Nacional de Salud elaborada para implementarse entre los años 2011 y 2020, contempla entre muchos otros objetivos, lograr la completa implementación de un modelo de salud con

un enfoque familiar-comunitario y de fortalecimiento de la atención primaria. Ese gran documento es un referente teórico e ideológico para posteriores planes o manuales que apunten a elementos más técnicos respecto de cómo hacer efectiva esa implementación. Al hacer una búsqueda y revisión de esos manuales, va quedando de manifiesto la poca especificación respecto del actuar de los psicólogos, que tuvieron una tardía incorporación al equipo de salud mental y que al parecer siguen siendo los grandes olvidados en términos de recibir lineamientos claros sobre su actuar en salud pública.

Ya se ha discutido en torno a los escasos lineamientos técnicos que poseen, y si es que los tienen, parecen alejarse bastante de los de un enfoque que contemple la intervención familiar y lo que es más grave aún, para poder cumplirla deben “romper” con ciertas normas de funcionamiento de la institución. Frente a esto se juegan varias cosas. Por una parte, si es que la institución está cumpliendo con el llamado enfoque familiar, es porque el psicólogo de manera autónoma y crítica, considera que es una forma adecuada de intervenir y por tanto busca las formas de llevarlo a cabo, pero no porque la institución lo dicte o lo facilite, sino que más bien lo contrario, se puede evidenciar fácilmente que incluso la limita.

Por otro lado, ya se habló de este psicólogo *intuitivo –aislado* que tiene que buscar métodos de intervención y espacios para incluir a la familia de manera bastante solitaria y en palabras de ellos, por “compromiso” Aquí surge la pregunta ¿Cómo ese psicólogo evalúa el trabajo que está haciendo? ¿Qué está entendiendo ese psicólogo por intervención familiar? ¿Es realmente una intervención familiar o corresponde a simplemente incluir ocasionalmente a más miembros de una familia en un abordaje individual? Estas interrogantes llevan a preguntarse por lo formativo. ¿Cuál es el tipo de formación que ha recibido un psicólogo que trabaja en estos contextos? ¿La institución forma a sus profesionales para poder ejecutar la función que se les exige? o ¿cuentan con los conocimientos necesarios para realizar una intervención familiar?

De acuerdo a lo planteado por Gálvez (2011) los diferentes programas de atención primaria y secundaria de los servicios de salud, presentan una constante necesidad de capacitar a sus profesionales del área de la psicología clínica, pues como se mencionó, estos no cuentan con las competencias necesarias para el desempeño exigido. No obstante, las universidades que buscan entregar en sus programas

conocimientos sobre la red de atención pública, es una pretensión que aparentemente no suele cumplirse pues los mismos egresados declaran no sentirse preparados para trabajar en instituciones públicas de salud.

De este modo, el profesional psicólogo que llega a insertarse en el contexto de atención primaria, tiene que apelar al aprendizaje en la misma práctica y de manera bastante solitaria, teniendo como apoyo más cercano a su propio equipo.

La formación de pre grado en la Universidad sin duda no alcanza a ser suficiente como para preparar a un profesional que se pueda desempeñar de manera competente en todo contexto, no obstante, en base a la experiencia formativa de la investigadora, esa formación deja bastante espacio para que sea el propio profesional quien tenga que encontrar ese “ajuste” entre la teoría ahí aprendida y los procedimientos terapéuticos empleados en salud pública. Es más, pareciera ser que el psicólogo que se forma viene más preparado para enfrentarse a contextos de consulta particular que para espacios públicos.

Se piensa que si ya es compleja la inserción en un contexto público que se caracteriza ser un espacio en donde predomina un abordaje biomédico, de orientación breve, en el que se privilegia el diagnóstico y en general existen escasos espacios para lo reflexivo, más difícil es para un profesional que ya acostumbrado a ese ritmo, tiene que repentinamente acomodarse a un nuevo modelo de salud familiar, que implica competencias multifuncionales, entre ellas, tener los conocimientos para atender de igual forma a población adulta, adolescente, infantil y adulta mayor, tener un abordaje comunitario a través de la prevención y promoción, visitas domiciliarias, realización de talleres en relación a temáticas muy diversas, entre otras exigencias.

Respecto a esto último, es posible inferir de lo extraído en los grupos focales en donde en varias oportunidades los profesionales declaran no contar con las herramientas necesarias para hacer frente a esta realidad laboral, la complejidad de este ajuste y las exigencias que le supone en su trabajo la comprensión y adaptación a este nuevo modelo. Agregando a lo anterior, la institución tampoco se hace cargo de esta “falencia” pues declaran que las instancias de capacitación son realmente escasas y con un muy bajo nivel de profundización. Ante esto algunos profesionales declaran: *“La preparación que tenemos nosotros , lo que nos ha dado el CESFAM es básico y la*

preparación que hay es extra atención, es nuestro interés, nuestro interés de tener otro tipo de formación, seguir formándonos o deformándonos, porque en realidad cada vez nos deformamos más..” (F.2, p. 26). “Desde acá se tiende a asumir que desde los puntos de vista formativos uno tuviera la habilidad de hacer cosas de intervención familiar, etc. pero uno sabe que las mallas formativas no traen muchas herramientas de trabajo así (...) pero claramente la situación de capacitación acá es compleja por un tema económico, por ende es difícil que la comuna pueda contar con recursos para generar capacitación específica para salud mental” (F.4, p. 71).

Es así que se observa nuevamente la autonomía el profesional, por un lado para elaborar un tipo de intervención que el mismo considera es acorde, y por otro, la necesidad de formarse y conocer respecto de cómo hacer esa intervención por propia iniciativa, además del autofinanciamiento de la misma.

Continuando el análisis en torno a la formación, en una de las entrevistas se devela una situación bastante crítica respecto a los ya pocos espacios de formación entregados por el Ministerio. En esta cita se detalla textualmente: *“Mira aquí hay diez diplomados en salud familiar. Diez personas diplomadas. Hay varios con pasantía en el extranjero (...) que se supone que deben volver de su capacitación y hacer algún proyecto relacionado (...) en lo que estuvieron afuera. Yo te hablo de Europa, Canadá, Inglaterra, EE.UU, en todas las pasantías...Cuba...pero cuando llegan acá no sé si los agarra el sistema, pero ninguno...porque el compromiso es hacer un proyecto y trabajarlo. Pero yo no sé, hasta ahora...” (F. 1, p. 13).*

Se observa entonces que pese a la posibilidad de especialización, esta no tuviese cabida dentro de un sistema que continúa funcionando inerte a ese espacio de novedad y renovación, perpetuando así una lógica que pareciese no tener fin pese a los esfuerzos individuales de los profesionales y de los programas.

La conversación con los profesionales deja la sensación de que ellos, especialmente los que llevan varios años trabajando en el ámbito público, tienen bastante claridad respecto a las limitaciones y deficiencias del sistema. En su relato describen con gran lucidez que esta armazón rígida no tiene espacio para nada que no esté considerado en su idea de familia, dejando a la deriva a los funcionarios que se encuentran cotidianamente con otra realidad diariamente en su trabajo. Se refieren

además constantemente a las carencias estructurales, la mala gestión de los recursos materiales y humanos, y quizás lo más sorprendente, de cómo realmente el CESFAM como institución no conoce ni incluye a la población que atiende, entre otras críticas.

Nos encontramos actualmente en el año 2015, a mitad de camino de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud y hasta entonces no se ha hecho un seguimiento respecto del avance de la misma. Las conversaciones con los profesionales dan cuenta de que pareciera que al menos en términos de intervención familiar (como prioridad a nivel nacional) los CESFAM no se han visto beneficiados ni económica ni estructuralmente para poder tener un adecuado y efectivo trabajo con familias. Es más, siguen predominando atenciones individuales, o que diferentes profesionales atiendan a distintos miembros de una familia, y que la reincidencia de alguno de sus miembros en el sistema de salud un tiempo después de terminada la intervención, sigue siendo alta. A partir de eso entonces surgen preguntas como ¿A quién está finalmente sirviendo el trabajo de los psicólogos del CESFAM, a los usuarios y sus familias, o a los indicadores que les son solicitados por el Ministerio? ¿Existe un real interés a nivel de políticas públicas de promover un enfoque e intervenciones de este tipo o resulta más bien un discurso tranquilizador para la sociedad? Si la reincidencia es tan alta ¿Se están haciendo las cosas como se deben hacer? ¿Se está entregando el presupuesto necesario a salud mental y es esta una prioridad desde el Estado?

Estos cuestionamientos se acercan a la pregunta respecto del lugar de la familia en los centros de atención primaria. La hipótesis inicial de la investigadora es que *el abordaje familiar realizado en este nivel de atención, no tendría considerados los aspectos de la transformación social y sus efectos en la familia en las intervenciones familiares implementadas.*

Respecto a esto mismo, en la conversación con los profesionales aparece fuertemente el discurso en relación a los cambios que han ocurrido en la familia y por tanto de lo que se entiende por la misma hoy en día. En su experiencia práctica, los profesionales refieren que se encuentran mayormente con familias monoparentales, en donde predomina la presencia de una jefa de hogar que representa el rol de proveedora y al ser ella quien está inserta en el mundo laboral son otras personas quienes cumplen el rol de la crianza, ya sean abuelas, tías e incluso muchas veces, vecina. En suma a lo

anterior, es posible apreciar un consenso entre los profesionales respecto del reconocimiento de la diversidad de formas familiares con las que suelen encontrarse con su práctica y de la necesidad de tener presente esa diversidad a la hora de realizar una intervención ya sea de orden individual o familiar, pues reconocen la necesidad de tener en consideración el contexto en el cual se mueve el usuario. De hecho, insistiendo en este punto, aluden que la estructura de familia clásica tradicionalmente conformada por un padre, madre e hijos, prácticamente no existe o es la excepción.

Para los profesionales estas distinciones parecen estar bastantes claras pues es con lo que trabajan diariamente. No obstante, reconocen a su vez que esta visión respecto de lo que entienden por familia no necesariamente es compartida por la totalidad de los profesionales que trabajan en la institución y que la idea de familia que se desprende de la misma no coincide necesariamente con la forma en que ellos creen deben realizar el abordaje. En relación a esta idea uno de los profesionales comenta lo siguiente: *“(...) cuando uno hace las preguntas hay una conjugación de dos visiones o como casi tres visiones: la visión institucional, que muchos comparten en el centro y otra que nos todos comparten, la visión del equipo tratante y la que tu traes de tu casa o tu cosmovisión personal. Y a veces pasa que esa visión personal no choca con lo anterior y le dai, pero a veces si choca y aunque no choques, yo siento que los psicólogos tenemos esta capacidad de reflexionar, tenemos esa preparación más menos, para reflexionar acerca de eso que es algo que por lo menos yo considero que otros profesionales no tienen. Y nosotros instauramos esa conversación”* (F.3, p. 46).

En este extracto se menciona claramente un fenómeno que fue ampliamente compartido por los profesionales quienes develan que la concepción de familia con la que ellos trabajan, al menos no se ve reflejada en las formas de intervención que son propuestas desde la institución para el trabajo con la familia. Incluso pareciera que la idea de familia desde los CESFAM, sigue en la práctica sosteniendo el ideal clásico de una familia tradicional, con un padre proveedor y una madre dueña de casa dedicada a las labores domésticas y el cuidado de los niños. Esto último puede inferirse por ejemplo desde algo tan básico que alude a las condiciones estructurales del centro. Este funciona en horarios laborales (de 8:00 a 17:00), dificultando entonces la asistencia regular de los usuarios y sus familias a las sesiones o talleres. Sólo han sido algunos programas que han hecho la correspondiente modificación para facilitar el acceso de la

familia al centro, como por ejemplo el programa de alcohol y drogas. Entonces pareciera que cualquier otro problema que necesite de consulta psicológica, no tuviese más opción que ser tratado de forma individual.

Otro argumento que afirma la idea de que es la institución la que sostiene un ideal clásico de familia alude al uso de los dispositivos tácticos con los que cuentan para comprender la familia a la que se están enfrentando. A través de ellos, se evalúa muy básicamente una familia, considerando factores protectores y de riesgo a través de genogramas, mapas y/o Apgar familiares que sólo evidencian una situación familiar a modo de “fotografía”, pero no hace un análisis complejo de la misma, ni menos incluye un modo de intervenir para esa familia en particular. Incluso, da la impresión que la institución no supiera o no reconociera la complejidad de la población con la que trabajan y que por tanto toda intervención simplemente se quisiese homogeneizar a través de herramientas poco complejas y superficiales. Nuevamente ante esta situación es el psicólogo quien se ve interpelado a realizar algo más, porque es él en su práctica quien observa directamente el tipo de usuario con el que trabaja y sus necesidades. Si se sigue el mandato, la intervención sería entonces general, no atenta a la particularidad de la familia, asistencialista y centrada principalmente en la mantención de la estructura y funcionalidad de la familia.

Este modo permite sostener un círculo no tan virtuoso. La existencia de pocos espacios de trabajo con la familia hace que ésta sea “poco vista” y por tanto que se perpetúe el escaso conocimiento respecto de la realidad particular que viven las familias de una población determinada. Ante eso, entonces se puede constatar que la institución no conoce en especificidad su población y no formula abordajes que se ajusten a los usuarios, si no que se persiste con el parámetro general de acción homogéneo para todas las familias. Esto último es visible en el siguiente relato extraído de uno de los focus que se realizaron en el marco de esta investigación: *“Falta un diagnóstico familiar. Tan simple como eso. Aquí no hay por ejemplo...es que varias veces hemos conversado el tema en reunión de equipo. Nosotros trabajamos en un sector de riesgo y hay un sector, que es la 28, que es de menos riesgo. Pero no se ha hecho un estudio desde hace muchos años atrás, cuando se hizo un estudio de desempeño difícil para ver qué tipos de familias tenemos ahí, cuáles son las problemáticas de esas familias, cuáles son los problemas principales, cuánto nivel de delito o personas que están en la cárcel hay en*

esas familias. Falta diagnóstico en familias (...) porque de repente hay comparación de dos sectores que no son iguales. Entonces tenemos recursos iguales para ambos”. (F.1, p. 119).

Estos estudios de familia se realizan sólo una vez al año y consideran únicamente con una familia de un determinado sector, que en palabras de los propios profesionales, es realizado principalmente con el objetivo de cumplir con la meta que se les exige asegurando así la acreditación como Centro de Salud Familiar, más que con la utilidad práctica que se le puede dar a ese estudio.

Este hecho pone en evidencia que los CESFAM, al menos respecto al ámbito de la intervención familiar desde salud mental, presentan un funcionamiento completamente contrario a una lógica recursiva que justamente promueva el revisar los propios procedimientos en la medida que estos se llevan a la práctica, para que esa misma práctica entregue luces respecto de una posible mejora o modificación en la ejecución de la intervención.

Contrastando la hipótesis antes planteada, es posible observar que los profesionales visualizan claramente algunas transformaciones sociales que influyen no sólo en la conformación de las familias si no que también en el funcionamiento diverso que tienen cada una de ellas. Algunas de las transformaciones que más se mencionan corresponden a la diferenciación de roles en el núcleo familiar, el ingreso de la mujer al mundo laboral, el uso de la tecnología, el acceso a los medios de comunicación, el rol masculino y femenino en la crianza, el reconocimiento de las parejas homosexuales, entre otras.

Es entonces como aparece nítidamente en el contenido de los grupos focales, el consenso sobre la idea de que la familia tradicional no existe o que al menos son los casos que menos enfrentan. Frente a ello destacan fuertemente la diferenciación de roles como el argumento más potente que sostiene este cuestionamiento a lo familiar y que al parecer el horizonte de la misma se habría extendido. Ya no se considera familia sólo a quienes viven entre ellos, sino que también a aquellos sujetos que son percibidos como una importante red de apoyo y con quien se tiene fuertes lazos afectivos. Desde ahí el rol de madre sería una posición que pudiese ser ocupada tanto por la abuela, tía, hermana, vecina, etc, por poner un ejemplo. Esta misma situación ya la planteaban

Bedoya y Builes (2008) quienes afirman que hoy no pareciera ser posible hablar de *la familia*, sino que de *las familias*, conformadas por personas que pueden o no vivir en el mismo lugar, que están fundamentalmente conectadas por lazos afectivos de cuidado y protección, además de lazos consanguíneos y legales.

Desde salud mental se hace visible la reflexión que ellos pueden hacer en torno a la idea de familia y cómo esa idea, a veces fallidamente, con sus propios medios, intentan sostenerla con las intervenciones que realizan. Esto último cobra importancia pues pareciera que el equipo de salud mental da una lucha constante, no sólo entre ellos y con los usuarios, sino que también con los otros profesionales del centro, que tienden a sostener una mirada más tradicional y normativa respecto de cómo debiese ser y funcionar una familia. Entonces, el equipo de intervención no sólo estará a cargo del hecho mismo de actuar frente a una problemática, sino que además queda a cargo de la tarea de leer un problema, no sólo en términos psicopatológicos, individualizantes, sino que a través de la inclusión de otros factores o variables contextuales, cosa que otros equipos institucionales que participan del proceso (entiéndase aquellos más asentados en un modelo biomédico) no lo hacen.

No obstante, si bien se percibe el reconocimiento sobre la existencia de esas transformaciones, estas pueden ser parcial y aisladamente incorporadas a la hora de intervenir y pensar una intervención. Un ejemplo de ello fue mencionado por algunos profesionales respecto al rol de los padres, cuando se conversó en los talleres con gestantes. En uno de los focus que se realizaron para esta investigación, se llega a discutir acerca de la participación de los padres y la especificidad que logran en este rol, según la experiencia que ellos habían podido escuchar de parte de los padres en el desarrollo de los talleres. En esta instancia se hace visible el hecho de que la paternidad estaría siendo paulatinamente más compartida y que la presencia del padre ha ido aumentando en el cuidado y crianza de los bebés, teniendo entonces los profesionales que ajustarse a esa incorporación y a su vez promoverla.

Por otro lado, es también posible reconocer que existen dificultades a la hora de considerar esas transformaciones en la intervención que realizan. Esto se desprende por ejemplo en la siguiente cita: *“de las distintas orientaciones sexuales también, yo creo que también hace una diferencia, porque nosotros en realidad no estamos preparados*

para, siento yo, hacer una intervención en una familia que tenga una pareja homosexual. No, no sé si siquiera nos hemos preguntado cómo hacerlo” (F.1, p. 7). Aquí se observa entonces que la obsoleta idea de familia que está a la base del funcionamiento del CESFAM tampoco reconoce la existencia de familias formadas por parejas homosexuales o transgénero, realidad con la que los profesionales entrevistados se han ido encontrando en mayor medida. La falta de lineamientos institucionales al respecto deja a los funcionarios desorientados y confusos, sin saber cómo enfrentarse a estos casos más allá de sus propias ideas personales.

Otro ejemplo respecto a las dificultades de incorporar las transformaciones sociales en la intervención tiene que ver con el reconocimiento del envejecimiento de la población. Los profesionales coinciden con el aumento de consultas de la población de adultos mayores, el efecto que tiene en los cuidadores o las familias el cuidado de los mismos, pero pareciera que al menos desde salud mental, existieran pocas estrategias de abordaje para esta nueva transformación que se ha dado de manera bastante acelerada en nuestro país y que además va en aumento.

En relación a las últimas ideas expuestas, se aprecia que existe un acuerdo común respecto a la necesidad de que la institución se haga cargo de estas transformaciones y las incorpore en sus prácticas, pero se muestran ambivalentes al respecto. Por un lado señalan que los cambios son siempre muy lentos, y que de aquí a un buen tiempo el abordaje de estas “nuevas” condiciones seguirá sujeto al criterio personal de cada funcionario y a su iniciativa personal. Mucho entonces dependerá de si la persona que atiende cada caso tiene la voluntad de usar tiempo y recursos en adaptar las intervenciones y buscar una alternativa. Para ellos, la única posibilidad de que el CESFAM genere transformaciones desde lo institucional es que un tema en particular se convierta en un fenómeno frecuente y masivamente reconocido como relevante por la sociedad. Es lo que sucedió, por ejemplo, con grandes temáticas de atención nacional, como son los problemas de alcohol, drogas, depresión y otros temas que actualmente se abordan con intervenciones específicamente diseñadas. Sin embargo, también pese a la lentitud de esos cambios, existe la idea de que estos son posibles de realizar, apelando a un recurso de “esperanza” casi de “fe” de que las cosas se pueden hacer diferentes. El

apoyo a nivel de ministerio sigue siendo muy lento, desajustado, hasta se podría decir que es extemporáneo en relación a los requerimiento reales y actuales de los centros y sus distintos programas, teniendo entonces que lograr sus altos objetivos con los recursos que cuentan, que al parecer resultan una y otra vez insuficientes.

IX. CONCLUSIONES

A continuación, en este apartado se sintetizarán algunas de las principales conclusiones de la investigación, específicamente de acuerdo a los objetivos que se plantearon al inicio de la misma.

En primer lugar, respecto a lo comentado en las discusiones y lo expuesto por los profesionales en los grupos focales, es posible argumentar que el *enfoque familiar* desde el cual se supone se trabaja en atención primaria, *lamentablemente no necesariamente iría de la mano con prácticas claras en torno al trabajo con familias y que incluso se contradice en su intención de incorporar a la familia como el “usuario”*, pues como se mencionó anteriormente, resulta un desafío para los equipos hacer participar a la misma. Se suma a lo anterior, que las mediciones o registros en torno a la cantidad de atenciones realizadas se continúa haciendo de acuerdo a las intervenciones individuales, pues no se contempla la medición respecto del trabajo familiar. Esto último tiene implicancias graves, pues al parecer, el pretendido enfoque familiar sólo queda en la teoría y en el deseo, ya que los centros no están siendo capaces de hacerse cargo de lo que se proponen, ni de lo que se les exige desde el mandato ministerial, al menos desde salud mental.

Con respecto a esto mismo, se discutió en torno al concepto de intervención familiar y la concepción que se tiene respecto de la misma. En base a los resultados, se observa que *los profesionales no cuentan con una definición clara respecto de lo que se entiende por intervención familiar, ni menos de dispositivos que les ayuden a ejecutarla*. Esto último resulta crucial para un centro que se hace llamar Centro de Salud Familiar, cuyo usuario es la familia, pero que justamente no tiene lineamientos claros respecto de lo que se entiende por intervenir con ella. Esta situación reviste la complejidad de que si no se piensa en torno a lo que se entiende por intervención familiar, menos entonces se tiene claridad sobre las posibles metodologías (claras, repetibles, fruto de una sistematización) a usar que se ajusten a la atención primaria, dejando así al profesional a la deriva.

Lo que se aprecia es que *sí, efectivamente se tiene una “mirada” familiar, que desde lo que ofrece la institución se consigue con determinados dispositivos técnicos*

(Apgar familiar, genograma, ecomapa, consejerías, visitas domiciliarias) que ayudan a tener presente este enfoque y una mirada general de la familia, *pero que dista bastante de una lectura compleja y de un método de intervención claro.*

En torno a esto último, desde la visión de la investigadora, si es que se entiende un método como un procedimiento sistemático que se repite de igual forma independiente del contexto en el cual este se lleve a cabo (que además tiene una estructura y pasos a seguir determinado, con objetivos claros, pero que también es capaz de revisarse a sí mismo en base su implementación, con un sustento epistemológico y teórico que resulte coherente con cómo se lleva a la práctica), entonces, a la luz de los resultados extraídos de las conversaciones con los profesionales, es posible argumentar que *no existe un método claro para el trabajo con familias en atención primaria de salud.* Esto queda evidenciado en los resultados de los grupos focales, donde gran parte de los profesionales afirma que para poder hacer un trabajo con familias, debieran ser ellos mismos quienes fomenten esa intervención y generar el espacio para poder llevarlo a cabo, es decir, depende de una motivación e intención personal, más que de una exigencia institucional. Incluso en particular algunos participantes refieren que sus prácticas no son revisadas o evaluadas por nadie, por tanto, recurren a recursos que en ocasiones escapan a la norma para poder tener un encuentro con la familia de acuerdo a sus disponibilidades de tiempo. En esos momentos el trabajo con las familias se transforma en una transgresión, sin espacio ni continuidad.

La escasa existencia de espacios de trabajo con la familia hace que ésta se haga poco visible para la institución y por tanto que se perpetúe la falta de conocimiento respecto de la realidad particular que viven las familias de una población específica. *Ante eso, entonces se puede constatar que la institución no conoce en especificidad su población y no formula abordajes que se ajusten a los usuarios, si no que persiste con el parámetro general de acción homogénea para todas las familias por igual, sin considerar sector, población o comuna a la que pertenecen.*

Con aquella disminuida ayuda ya otorgada por la institución, se suma el hecho de *que los profesionales psicólogos no cuentan con la formación suficiente ni necesaria en relación al trabajo con familias y metodologías de intervención con las mismas, pues*

estos se van generando en el mismo quehacer ajustándose a las posibilidades de estructura y funcionamiento que les son posibles dentro de los centros de salud familiar.

Si bien no se cuenta con los conocimientos específicos, ni tampoco con las facilidades desde la institución, sí se aprecia de parte de los profesionales la necesidad y urgencia de realizar un trabajo familiar más intenso, regular, con mayor impacto y eficacia, siempre teniendo en cuenta el involucramiento que les corresponde de acuerdo al nivel de atención al que pertenecen. De este modo se aprecia que son profesionales que se cuestionan bastante su accionar, que dentro de los pocos espacios que cuentan, son pensantes en torno a su práctica y a las posibles mejoras que pueden realizar.

Es así entonces que si bien no tienen espacios formales, existe una intención de pensar a la familia y cómo abordarla. Esto queda de manifiesto en los resultados cuando los profesionales *si reconocen el efecto de las transformaciones sociales en la familia y por tanto como ésta ha ido cambiando de acuerdo a los procesos acelerados de modernización*, reconociendo varios de estos ejemplos en la población con la que trabajan. Las más mencionadas son la introducción de la mujer en el trabajo, los nuevos roles en la paternidad, el uso de la tecnología, las condiciones económicas, la liberación de la población homosexual, el envejecimiento de la población, entre otros.

Sin embargo, *pese a que existe un cierto reconocimiento de las transformaciones sociales, estas no siempre pueden ser consideradas a la hora de intervenir con familias*, fenómeno que tiene diversas explicaciones. Por una parte, se sostiene la idea de que el modelo de familia, desde el cual se trabaja en los CESFAM, continúa teniendo una concepción más tradicional, cuestión que es inferida desde los dispositivos técnicos que propone para el abordaje familiar, como el acercamiento que propone a la familia. Además también se develan los propios prejuicios y premisas con las que cuenta cada profesional respecto al afrontamiento de cada temática, pues no existe un lineamiento claro respecto de cómo afrontar algunos de estos cambios desde la institución o el equipo, quedando entonces a un circunstancial criterio individual el tipo de intervención que se realice.

Otra conclusión a la que es posible llegar, desde el análisis anteriormente realizado, es que aparentemente no existe una lógica relacional ni necesariamente coherente entre las políticas públicas (enmarcadas en la propuesta del ministerio respecto de un tipo de intervención con orientación familiar y comunitario), con los lineamientos de los programas (incluyendo el trabajo del profesional) y finalmente las prácticas efectivamente realizadas (que afecta directamente al usuario que recibe la atención). Pareciera inclusive que no hubo atención, al momento de declarar los objetivos, con los propios requerimientos institucionales que impiden su propio cumplimiento. Las modalidades de intervención que logran desplegar los profesionales, derechamente no sintonizan con aquello que se les solicita desde un mandato que si bien, no es maltratante, es igualmente indicativo y presente cual panóptico entre sus prácticas y, sobre todo, cuando tienen que dar cuenta mensual o semestralmente de las mismas.

X. REFLEXIONES FINALES

En el proceso mismo de la investigación, el poder tener acceso a una realidad particular, en este caso el trabajo familiar que realizan los psicólogos en atención primaria de salud, se tiene la posibilidad de observar de manera amplia, pero igualmente novedosa, diversos aspectos de esa realidad que pueden incluso exceder a lo pretendido por el presente estudio. Pese ello, se piensa que es igualmente importante considerar aquellos aspectos que probablemente podrán ser objeto de nuevos estudios o investigaciones y que permitan entonces un análisis más acabado y completo de esos otros elementos que no pudieron considerarse en esta investigación. A continuación se mencionarán algunos de ellos.

En primer lugar, una de las conclusiones de la investigación refiere a la no existencia de un método claro respecto a las intervenciones con familia, ni tampoco de una sistematización ni medición de sus prácticas en torno a lo familiar. Entonces no hay método, ni tampoco es exigido por la institución, pues esta última tiende a evaluar sus intervenciones en términos de rendimiento, de cantidad de casos atendidos y no tienen, según plantean los participantes, medición respecto del trabajo que hacen con familias. Si esto es así entonces cabe preguntarse ¿Para qué contar con un método, si no están midiendo los resultados de su trabajo? Esto último reviste un importante problema, pues una institución que no mide su trabajo ni sus productos, entonces tampoco puede hacerse cargo de ellos, revisarlos y, menos aún, mejorar sus procedimientos. Así también puede cuestionarse la especificidad que tienen en torno a lo familiar. Esta inquietud podría entonces abrir otras preguntas de investigación respecto a los efectos de no sistematizar o no medir resultados (específicamente en torno al trabajo con familias) en una institución estatal que tuvo que sufrir todo un proceso de transformación para ser centro de salud familiar y que debiera promover ese abordaje. El posible cuestionarse también en torno a los tratamientos que se están realizando, a la atención recibida por los usuarios y la efectividad de su operar. Si bien estas preguntas que se abren en este escenario específicos de los CESFAM, bien puede ser una pregunta que surja en torno a otras instituciones con otros fines y en cuyo operar resulte fundamental la sistematización de un modelo, el conocimiento de la población con la que trabajan, entre otros elementos.

Se desprende del tema anterior la visión compartida de la mayoría de los profesionales respecto de las dificultades estructurales, administrativas y económicas del trabajo en estos contextos. De acuerdo a lo que plantean, queda la sensación de que se sigue operando bajo la lógica de hacer lo máximo posible con los escasos recursos que se tienen y de “hacer malabares” para poder hacer el trabajo. Entonces surge la inquietud respecto de la real prioridad otorgada a salud mental desde un enfoque familiar comunitario y los recursos ahí invertidos pues las intervenciones se siguen realizando de modo bastante similar al original modelo biomédico. ¿Está el Estado invirtiendo lo suficiente y lo necesario en salud mental? O si se están privilegiando otras necesidades ¿Cuáles son estas? Desde aquí se pueden desprender interesantes líneas de investigación en torno a la efectividad de las políticas públicas, al operar del aparato estatal en estos términos o incluso de las intenciones que hay detrás del gobierno de turno.

Finalmente, otro elemento que aparece nítidamente en la producción de datos, alude a la formación de los profesionales psicólogos que trabajan en este contexto particular. Se observó sobretodo la necesidad de un profesional multifuncional que sepa hacer de todo un poco pero nada específicamente. A eso se le suma la exigencia de tener un conocimiento respecto del trabajo con familias, pues es necesario para el nuevo abordaje familiar comunitario. Sin embargo hay contradicciones. El profesional no cuenta con el tiempo, el recurso económico, ni con la ayuda de la institución para poder tener ese tipo de especialidad o conocimiento que su trabajo le exige. Se abre la pregunta entonces del tipo de psicólogo que egresa de la universidad, cuáles son sus conocimientos, sus posibles campos de acción y si la formación de pre grado fue atingente o no al nuevo escenario. Esto nos lleva a otras preguntas en torno a la realidad laboral del psicólogo que se enfrenta a un mercado cada vez más saturado, con sueldos precarios, pero a la vez exigente de tener especialidad tras especialidad, generando un nivel de competencia brutal.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, M., Fernández., J. (2008) Más allá de la salud mental: La psicología en atención primaria en *Papeles del Psicólogo*, 2008. Vol. 29(3), pp. 251-270
- Andolfi, M. (1993) *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Aranda, V. (2014) *Familia: Estratificación social y trabajo y su implicancia en las nuevas dinámicas familiares*. Informe de Tesis Universidad de Chile, Santiago. Chile.
- Arriagada, I (2005). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. *Revista de la CEPAL N° 85*. Santiago, Chile
- Bedoya, M., Builes., M. La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008. Vol 73 (3), 344-354.
- Bertrando, P. y Toffanetti. D. (2004) *Historia de la Terapia Familiar: los personajes y las ideas*. Madrid: Paidós.
- Calventus, J. (2008) *Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales*. Documento de trabajo 2008. Docente de la carrera de Socioeconomía, Universidad de Valparaíso.
- Cárdenas, C., Punninghof. Modelo integral de salud con Enfoque familiar y comunitario: Experiencias en la implementación desde un equipo de atención hospitalaria. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2013 Vol 17 (2) :139-146

- Correa, M. V. B., y Hernández, M. B. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(3), 344-354
- Dejours, C. (1992) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo, en *Organización del trabajo y salud*. Buenos Aires: LUMEN.
- Erazo, A., Hidalgo, G., Mora, I., Puschel, K., Rojas, M.P., Scharager, J., (2011) Capítulo VII, Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena en *Propuestas para Chile*. Concurso políticas públicas. Pontificia Universidad Católica.
- Escobar, J., Bonilla, F. (2009) Grupos Focales: Una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología* , Vol. 9 No. 1, 51-67
- Essayag, M. (2012) El rol del psicólogo en la Atención Primaria de la Salud en algunos países de Latinoamérica y el Caribe. Tesina de Universidad de Belgrano. Buenos Aires.
- Espinal, I., Gimeno., A., y González., F. (2003) En enfoque sistémico en el estudio sobre las familias. Universidad Autónoma de Santo Domingo y Centro Cultural Poveda, Santo Domingo.
- Foladori, H. (2006) Burn out: el trabajo psíquico con equipos de salud y educación, en, *Revista Mexicana de Orientación Educativa*. Vol 5, N^o 12.
- Gálvez, F., (2011) La formación de profesionales reflexivos para la psicología clínica en contextos de salud mental pública. Un estudio cualitativo de los programas y procesos formativos en las universidades del estado. Postulación a proyecto de investigación en Ciencias Sociales, humanidades, Artes y Educación VID, de la Universidad de Chile.

- Gatica, W., Herrera., M., Llano., H. (2003) De consultorio a Centro de Salud Familiar. Cambios en los equipos de salud. Documento de trabajo extraído el 20 de Agosto del 2014 de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/De_consultorio_a_centro_de_salud_familiar.pdf
- González, F. (2000) Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos. México: International Thomson Editores
- González de la Rocha, M. (1986). *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos en Guadalajara*, El Colegio de Jalisco/CIESAS/Secretaría de Programación y Presupuesto, México.
- Grau, A. Flichtentrel, D., Suner., R., Prats., M., Braga., F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burn out en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83: 215-230.
- Guell, P. (1999) Familia y modernización en Chile. Exposición ante la Comisión de Expertos en Temas de Familia, SERNAM. Diciembre, 2009.
- Haz., A., Díaz., D., Raglianti., M. (2002) Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Revista Terapia Psicológica*, 20,1, 37, 23- 28
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2006). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill
- Infante, A., Paraje, G. (2010) La reforma de salud en Chile. Documento de trabajo del Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Santiago. Chile.

- Jelin, E. (2007) Capítulo IV Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones sociales, en *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Kinderman, P & Ubeda, C. (2000) El psicólogo en atención primaria: Hacia una sistematización de su quehacer en Cosam. Tesis para optar al grado de Psicólogo mención clínica. Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile.
- Louro, I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003, vol.29, n.1, pp. 48-51.
- Louro, I. (2004) Modelo teórico –metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias de la Salud. La Habana, Cuba.
- Marquéz, M., Sansó, S., Alonso, P. (2011) Medicina Familiar: Experiencia internacional y enfoque cubano. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146.
- Mella, O. (2000) Grupos Focales. Técnica de investigación cualitativa. Santiago: CIDE.
- Ministerio de Salud (2000) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2004) Reglamento de los Servicios de Salud. Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud (2011) Estrategia Nacional de Salud Mental: Un salto adelante. Propuesta para una construcción colectiva. Documento de Trabajo. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. Santiago. Chile.
- Ministerio de Salud (2008) Manuela de apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de Atención Primaria. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2008) En el camino a Centro de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gobierno de Chile.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(4/5): 346-58.
- Minuchin, S. (1998) El arte de la terapia familiar. Madrid: Paidós.
- Molina, M.L., y Scharager, J. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22(3):149-59.
- Montero, J., Téllez., A., Herrera., C. (2010) Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Centro de Políticas Públicas UC, Escuela de Medicina. Extraído el 2 de Septiembre del 2014 de <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/reforma-sanitaria-chilena-y-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2008) Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.
- Palacio, M. C. (2009). Los cambios y transformaciones en la familia. Una paradoja entre lo sólido y lo líquido. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 1, 46-60.

Rojas, M., Sharager, J., Erazo, A., Pushel, K., Mora, I., Higalco, G. (2011) Capítulo VII. Estimación de brecha de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena en *Propuestas para Chile*. Concurso políticas públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sampieri, R. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

SENAME (2013) *Intervenciones Familiares*. Programa Vida Nueva. Gobierno de Chile, Santiago de Chile.

SENDA - Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales (2012) *Estrategias de Intervención Selectiva e Intervención Temprana*" Documento de trabajo, En Edición.

Scully, T., Tironi, E., Valenzuela, S. (2006) *Familia en Chile. Los impactos de la modernización*, en *El eslabón perdido, familia modernización y bienestar en Chile*. Santiago de Chile: Aguilar Chilena de Ediciones S.A.

Valdés, X. (2008). *Notas sobre la metamorfosis de la familia en Chile*, en *Futuro para las familias y desafíos en las políticas públicas*. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social.

Velázquez, L., Chávez., M (2008) *Integración de los enfoques horizontal y vertical de en la atención primaria en salud*. Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía. Colombia. Extraído el 1 de Junio del 2015 de <http://es.slideshare.net/seisgaveros/integracion-de-los-enfoques-horizontal-y-vertical-en-aps-oct-30>