

CAPACITACION DEL EQUIPO DE SALUD EN UN PROGRAMA DE ATENCION DE FAMILIAS EN RIESGO BIOPSIICOSOCIAL*

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 20-27

*Sr. Eduardo Carrasco***
*Sra. Carmen Gloria Hidalgo***
*Sra. Mónica Bella***
*Sra. Daniela Bolivar****
*Sra. Anita Lira****
*Sra. Ana María Cabezas*****

SUMMARY

A training activity was carried out with the aim of improving the relationship between the team of Villa O'Higgins Health Centre and the families participating in the Programme for Families in Biopsychosocial Risk of the said Centre. The activity applied a systemic model of families and health care teams as well as communications theory and cognitive biology.

The evaluation of the process showed that the concepts delivered had been incorporated by the participants. There was a need to handle more specific tools. There was criticism of the methodology employed, but the global result is considered positive. There are cultural obstacles in the current system and professional roles in health care.

Key words: families at risk, programme, training, evaluation.

RESUMEN

Con el objetivo de potenciar la relación entre el equipo humano del Centro de Salud Villa O'Higgins y las familias atendidas en el Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial de dicho Centro, se efectuó una capacitación basada en el modelo sistémico de familia y de equipo profesional, la teoría de la comunicación y la biología del conocimiento.

La evaluación del proceso mostró asimilación de los conceptos entregados. Se percibió la necesidad de contar con herramientas de manejo más específicas. A pesar de críticas de los participantes respecto a la metodología, el resultado global puede considerarse positivo; pero deben tomarse en cuenta los obstáculos culturales del sistema y los roles actuales en la atención de Salud.

Palabras clave: familias en Riesgo, programa, capacitación, evaluación.

* Trabajo realizado en la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile y en el Centro de Salud Villa O'Higgins, COMUDEF, financiado por el Proyecto FONDECYT N° 1960526, 1996.

** E. de Psicología, P. Universidad Católica de Chile.

*** Alumnas en Práctica, E. de Psicología, PUC.

**** Centro de Salud Villa O'Higgins, Comuna de La Florida.

INTRODUCCION

En el Centro de Salud Villa O'Higgins de la comuna de la Florida se inició, en 1994, la aplicación de un Modelo de Atención Integral centrado en la familia, a través del Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial (4,5). Este Centro de Salud, que cuenta con una población asignada de 60.000 habitantes, incluyendo en ella 2.500 familias pobres, se propuso iniciar una modificación sustantiva del abordaje de las problemáticas de salud de su población, implementando un programa en el cual se otorga atención integral e interdisciplinaria a familias en riesgo biopsicosocial. Este programa está dirigido a familias que por lo general viven en situación de pobreza y marginalidad, y en las cuales hay con frecuencia alcoholismo, consumo de drogas, violencia intrafamiliar, enfermedades físicas crónicas, etc.

Un enfoque de salud integral de la atención primaria centrado en la familia es conceptualmente útil y atractivo, pero su aplicación resulta difícil porque no sólo requiere de cambios estructurales, sino también exige modificaciones en las perspectivas implícitas de las personas en las acciones que realizan, reflejadas en la organización del equipo de salud y en la forma como este equipo se relaciona con el público que atiende. Esta condición hace imperativa una adecuada capacitación del equipo, necesidad que por lo demás es reconocida en la "Actualización de políticas y Plan Nacional de Salud Mental: período 1997-1998" del Ministerio de Salud. Entre las estrategias que se proponen en dicho documento se consigna la de "enfatar la capacitación de los equipos de salud en salud mental y aspectos psicológicos y sociales de la salud".

Desde sus inicios, el Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial generó la necesidad de capacitación del equipo de salud en temas relacionados con la familia. En una primera etapa realizada en el año 1995, la capacitación se centró en entregar herramientas conceptuales y técnicas apropiadas para el conocimiento de la familia. El progreso logrado permitió detectar deficiencias que posteriormente fueron corroboradas tanto en evaluaciones del equipo realizadas por los jefes, como en las autoevaluaciones hechas por los propios miembros del equipo.

Estas deficiencias se referían principalmente a la falta de destrezas aplicables en la situación concreta de entrevista con las familias atendidas en el programa o con miembros de ellas. Había conciencia de que en esas entrevistas es necesario

lograr una relación de cooperación con las familias, la que debiera facilitar, considerando sus realidades sociales, la participación efectiva de ellas en las actividades que se generen con motivo de su inclusión en el programa.

Sin embargo, el logro de este objetivo requiere de habilidades específicas en los miembros del equipo de salud, las que habitualmente se han inhibido o no se han desarrollado, tanto por los condicionamientos propios del rol profesional como por la "desesperanza aprendida" que resulta de enfrentar permanentemente las condiciones de adversidad social de los pacientes atendidos.

Estas habilidades deben ser estimuladas y aprendidas con metodologías basadas en la experiencia directa, para así poder conectar las percepciones y acciones concretas con los objetivos permanentes de ayudar a las familias en su tarea de desarrollar actitudes y conductas que se traduzcan en beneficios para la salud mental y física de sus miembros.

Como resultado de estas experiencias y reflexiones se elaboró un programa cuyo objetivo general fue desarrollar los recursos personales y grupales necesarios para potenciar la relación entre el equipo de salud del Centro de Salud Villa O'Higgins y las familias atendidas en el Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial de dicho consultorio. Se esperaba que los miembros del equipo que participaran en la capacitación logran realizar diagnósticos e intervenciones en familias e individuos, a través de entrevistas en las que fueran capaces de:

- reconocer las pautas de interacción que permitan establecer un mapa estructural mínimo de las familias entrevistadas.
- reconocer indicadores de funcionalidad y disfuncionalidad.
- reconocer los recursos que tiene la familia para lograr cambios dentro de su realidad particular.
- definir, con las familias entrevistadas, los problemas que son prioritarios y susceptibles de cambios efectivos.
- registrar los datos obtenidos en las entrevistas de modo que sean efectivamente utilizados como información relevante por los miembros del equipo.

PROGRAMA DE CAPACITACION

El Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial del consultorio Villa O'Higgins está a cargo

de 30 miembros del equipo de salud, grupo que es conformado por diferentes profesionales (médicos, matronas, enfermeras, nutricionistas, asistentes sociales, auxiliares de enfermería), todos los cuales participaron en la capacitación.

Para su realización el equipo se dividió operativamente en dos grupos de 15 personas (A y B), cada uno de ellos a cargo de un sector de la población; estos subequipos o "sectores" constituyen grupos de trabajo estables e independientes entre sí, y cada uno está liderado por un miembro del equipo.

El taller se realizó en 12 módulos de 3 horas una vez a la semana, agrupados en 4 etapas, cada una con sus objetivos específicos. En cada módulo se realizaban ejercicios diseñados para ejecutar tareas orientadas a lograr los objetivos. Cada sector participó en la capacitación en forma independiente, trabajando con los mismos objetivos y con ejercicios similares, pero adecuados a las dinámicas específicas de los grupos.

El equipo docente estaba constituido por un psiquiatra-terapeuta familiar, una pediatra-terapeuta familiar y seis alumnas en práctica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica. En cada módulo participaban establemente tres alumnas en práctica asignadas a las actividades regulares de cada uno de los equipos de sectores, y al menos uno de los terapeutas familiares.

METODOLOGIA

Para lograr los objetivos señalados anteriormente se prefirió diseñar una metodología especialmente adecuada para la educación de adultos, vale decir que sea de carácter práctico y experiencial, y enraizada en la experiencia clínica cotidiana de los participantes. Además debe tomar en consideración las dinámicas grupales propias de un equipo humano estable y heterogéneo.

Con el propósito de facilitar el aprendizaje, se planificó un programa con cuatro etapas sucesivas, con una utilización progresiva de la experiencia de los miembros de los sectores como medio para el desarrollo de nuevas capacidades. A continuación se describirá la realización del taller en forma de proceso, con las cuatro etapas y una evaluación final, cada una con sus objetivos, con las actividades realizadas y las tareas implicadas en dichas actividades.

1. PRIMERA ETAPA: PERSONA Y SISTEMA RELACIONAL: DISTINTAS PERSPECTIVAS

El modelo sistémico aplicado a la familia plantea, como pensamiento central, que en las relaciones familiares se observan las características de los sistemas abiertos: totalidad, límites, sinergia, recursividad, retroalimentación, homeostasis. También se ha utilizado ampliamente la teoría de la comunicación para comprender las interacciones entre los individuos. La evolución conceptual que se ha observado en los últimos 10 años agrega las nociones provenientes de la biología del conocimiento y pone el acento en la construcción personal y social de la realidad (1, 2, 3, 6).

En esta etapa del taller se revisaron y aplicaron las principales herramientas conceptuales de estas teorías, resaltando la importancia de desarrollar una visión "binocular", es decir, considerar simultáneamente las dinámicas individuales y relacionales.

Los objetivos fueron:

- facilitar la comprensión de conceptos que en general son difíciles por su abstracción, mediante el esfuerzo colectivo de elaborar definiciones y construir ejemplos apropiados.
- elaborar una base conceptual y un lenguaje que sean compartidos por los miembros del equipo.
- aprender a observar propiedades de los sistemas: qué observar, qué distinguir (el sistema "desde afuera")
- aprender a reconocerse como parte de un sistema: cómo participo, cómo me siento, qué hago, qué digo (el sistema "desde adentro")

Para lograr estos objetivos se realizaron dos tipos de actividades:

1. Trabajo grupal: Se formaron 4 grupos y a cada uno se le entregó una pregunta sobre la cual trabajar, definiendo los conceptos en términos poco técnicos y aplicándolos a un ejemplo concreto. Algunas de las preguntas propuestas fueron estas: ¿qué es un sistema? ¿qué es un subsistema? ¿qué son los límites? ¿cómo se define retroalimentación? ¿a qué se refiere el concepto de homeostasis en una familia?

2. Dramatizaciones basadas en una viñeta clínica: se dividió el equipo en grupos de 4 a 5 personas. Cada grupo asignaba sus actores, diseñaba el libreto básico y realizaba la representación de la viñeta, después de lo cual se analizaba y discutía lo ocurrido, permitiendo el aporte de las distintas perspectivas, tanto de los protagonistas como de los observadores. Ejemplos de viñetas:

- Una familia discute la decisión de consultar médico porque la abuela sufre de tos persistente, a pesar de muchos tratamientos previos inconclusos y del uso de remedios caseros. Además sufre hipertensión arterial, por lo cual debe controlarse periódicamente. La abuela se resiste a consultar porque tiene miedo a que la dejen hospitalizada.
 - En una familia se discute la decisión de dar o no dar permiso a Carola, la hija adolescente de 17 años, quien quiere ir un fin de semana a la playa con un grupo de amigos y amigas.
 - Una familia discute y evalúa la conveniencia de que la hija mayor, de 22 años, casada y con un hijo de 3 meses, se quede viviendo con sus padres o arriende una pieza, mientras espera conseguir el subsidio habitacional.
- Durante la actividad se propusieron las siguientes tareas:
- observar interacciones recurrentes, comunicación averbal, clima emocional, significados y premisas que pueden ser distinguidos durante la secuencia;
 - hipotetizar sobre la base de lo que se observa;
 - ampliar la capacidad de percepción desde el rol asumido: visión del sistema desde la perspectiva del individuo que está inmerso en él.

2. SEGUNDA ETAPA:

LA FAMILIA COMO SISTEMA RELACIONAL

La comprensión de los conceptos abstractos del modelo sistémico no es suficiente para reconocer las características de los sistemas en una familia determinada. En general es difícil sustraerse a la tendencia a considerar al sistema familiar como un "conjunto de individuos". "Ver" el sistema supone distinguir reglas relacionales singulares que operan entre las personas y la relación entre esas reglas y la "familia interna" de cada una de ellas. Esto requiere un cuidadoso entrenamiento de la percepción y del modo de participar en una interacción en el rol de entrevistador.

Esta dificultad –tanto conceptual como práctica– se refleja en el uso por lo general limitado que se da al registro de la información clínica referida al sistema familiar. Una de las formas más profundas de registro es el genograma, herramienta gráfica que resume la información relevante. Los datos acerca de la estructura, ciclo vital y relaciones familiares quedan visibles y fácilmente interpretables (3).

Los objetivos fueron:

- Aprender a observar pautas relacionales en una familia.
 - Distinguir propiedades de los sistemas relacionales en las familias.
 - Aprender a registrar la estructura familiar mediante la ejecución e interpretación de genogramas.
 - Desarrollar una mirada familiar sistémica ante el paciente que es atendido en forma individual.
- Las actividades que sirvieron para estos propósitos fueron:

1. Creación de dramatizaciones, introduciendo escenas con entrevistador. Cada grupo inventó y preparó un caso clínico, en el cual consultaban dos o más personas de una familia, quienes eran entrevistadas después por un profesional de otro grupo. Durante la actividad se proponía trabajar:

- La asignación y construcción de roles (previa y durante la dramatización).
- La observación y descripción de interacciones.
- La focalización en la definición de las relaciones entre los miembros de la familia presentes o ausentes. En esta etapa se evitó focalizar en el rol del entrevistador o en las intervenciones de éste, para así resaltar la observación y experimentación de los roles familiares. Si surgían comentarios sobre situaciones personales (familiares o intraequipo), se prefería bloquearlas, buscando ayuda, si era necesario, en el resto del grupo, para contenerlos y poder "volver al juego".

2. Dramatizaciones de entrevistas individuales con un paciente. Inicialmente se pedía a cada miembro del sector que relatara alguna experiencia real en la cual se evidenciara una situación difícil vivida durante una entrevista con un paciente. Después se seleccionaba un relato representativo para todo el grupo y se dramatizaba, poniendo al protagonista en el rol del paciente y alternativamente a varios miembros del grupo como entrevistadores. Las tareas realizadas se refieren a:

- elaborar información coherente sobre una familia, entre el entrevistador y el entrevistado;
- desarrollar la capacidad para imaginar la familia de un individuo que es entrevistado, y hacer preguntas que eliciten información relevante acerca de la estructura y dinámica familiar.

3. Entrevistas con "sistemas" (parejas, miembros de un familia). Al igual que en la actividad anterior, el punto inicial era el relato de experiencias reales, a partir de las cuales se efectuaban dramatizaciones. El trabajo se focalizó en:

- manejar las interacciones que se producen en una entrevista con familias: dirigir la entrevista, focalizar, reconocer y manejar alianzas, etc.;
- utilizar una entrevista colectiva (con varios miembros de una familia) para obtener y elaborar información relevante acerca del sistema familiar.

4. "Retratos de familias": utilizando las representaciones realizadas anteriormente, se pedía a quienes las habían protagonizado que construyeran un "retrato de familia" en vivo, poniendo a los distintos "actores" en los lugares, posiciones respectivas y expresiones que permitieran una "visión congelada" de las relaciones familiares que se habían evidenciado. Las tareas implicadas eran:

- ejercitar la descripción de sistemas relacionales (dadas, triángulos, alianzas, etc.);
- imaginar la "narrativa" de la familia y los discursos internos de cada uno de sus miembros.
- Sistema de registro para la atención de familias. Cada persona recibió una guía que contiene los elementos necesarios para la construcción de un genograma, tales como: paciente índice, género, fallecimiento, embarazo, parto con mortinato, aborto espontáneo y provocado, matrimonio, separación, convivencia, matrimonios múltiples, filiación, familia nuclear, familia monoparental, anotación de problemas de salud, relación entre los miembros de la familia. Después se realizaba un trabajo grupal: a cada grupo (de 4 ó 5 personas) se le entregaba una viñeta clínica que contenía la descripción de una familia, con la indicación de confeccionar un genograma a partir de los datos consignados. Posteriormente el grupo presentaba el genograma para que fuera interpretado colectivamente. De esta manera se ejercitaba tanto la confección de genogramas a partir de datos clínicos, como su interpretación para obtener información relevante.

3. TERCERA ETAPA

EL EQUIPO DE SALUD COMO SISTEMA

Se puede considerar al equipo de salud como un sistema relacional, que comparte algunas características con otros sistemas abiertos, como la familia. En este sentido, en un equipo de salud se observan interacciones organizadas entre sus miembros y con el medio externo. Ambas "superficies" de interacción condicionan los complejos ajustes entre homeostasis y cambio. Las reglas relacionales del equipo, cuando se rigidizan, pue-

den configurar conflictos interpersonales recurrentes y bloqueadores de las capacidades individuales. Pero, también en forma sinérgica, el equipo constituye un apoyo efectivo para sus miembros, tanto en los aspectos personales como en las acciones propias de sus funciones. Los objetivos de esta etapa fueron definidos así:

- Distinguir las propiedades de los sistemas relacionales en el equipo de salud.
- Potenciar al equipo como recurso para el individuo: sinergia, complementación, eficiencia, contención.
- Mejorar la capacidad para pedir ayuda dentro del grupo.

Para estos objetivos se realizaron cuatro actividades:

1. Construcción colectiva de un cuento con una temática grupal, a partir de un breve relato inicial. Este ejercicio permitió la utilización de la fantasía colectiva -a través del relato de un cuento- para evidenciar las propiedades sistémicas y evolutivas de un grupo humano: sistemas, subsistemas, organización, límites, tendencias homeostáticas y tendencias al cambio.

2. Discusión colectiva y confección de un listado de las diferencias y semejanzas que es posible establecer entre un sistema/familia y un sistema/institución. A través de esta discusión se trabajó la distinción de propiedades de los sistemas desde la comparación de dos sistemas relacionales que se intersectan en cada miembro del equipo.

3. El equipo como recurso para el individuo: ejercicio a partir del relato de un problema real. Las dramatizaciones y discusiones surgidas a partir del caso permitieron ampliar y flexibilizar la red de apoyo de los individuos en el interior del equipo.

4. Trabajo centrado en el rol: se iniciaba con el relato de una experiencia concreta reciente o llamativa por su dificultad. Después de una descripción detallada de la experiencia, se pedía una definición precisa de la dificultad que se había vivido. A través de una dramatización se promovía la participación de otros miembros del equipo, para facilitar el aporte de perspectivas y experiencias distintas y así ampliar la gama de respuestas posibles.

4. CUARTA ETAPA

LA ENTREVISTA PARA AYUDAR

Las entrevistas que se realizan en la atención primaria tienen por lo general condicionantes que

tienden a rigidizarlas y a restringir sus posibilidades como relación de ayuda. Entre estos condicionantes se destacan: el tiempo limitado, las diferencias culturales entre sus partícipes, la parcelación de la relación de acuerdo a la especialidad de quien ayuda y la sensación de que los problemas personales y sociales del cliente son de tal magnitud, que es preferible focalizar exclusivamente el pedido explícito. Esto fue expresado claramente en el taller con una metáfora: “si uno tira el hilo, después ya no sabe qué viene ni qué hacer con eso”. Dicho de otro modo, la conciencia de que entrar en “temas personales” lleva a cargar con el peso insostenible de lo que no tiene solución, induce un “distanciamiento defensivo”, que más puede entenderse como una estrategia de supervivencia.

Los objetivos planteados fueron:

- Aprender a lograr un acoplamiento con la familia o individuo entrevistado.
- Aprender a lograr una definición simple de un problema durante una entrevista.
- Aprender a reconocer y activar de los recursos y capacidades autoreparatorias de las familias.
- Aprender a activar la búsqueda de un cambio mínimo posible.
- Aprender a reconocer y “manejar” los sentimientos de impotencia frente a problemas que el profesional no puede resolver.

Dos tipos de actividades se utilizaron para estos propósitos:

1. “La otra cara de la luna”: cada uno de los miembros anotaba en un papel lo que consideraba que era una fortaleza propia en el desempeño laboral y en otro papel una debilidad. A continuación se juntaban los papeles en dos bolsas. Luego cada uno sacaba un papel de cada bolsa y escribía en el reverso el lado bueno de la debilidad y el lado malo de la fortaleza. Posteriormente se discutía en torno a la actividad.

2. Dramatizaciones focalizadas en la tarea de determinar metas concretas y evaluables: el cambio mínimo posible. Cuando “el paciente” se pasaba de un problema a otro se le pedía que priorizara su problema central. Se enfatizaba el objetivo de establecer cual es la postura del paciente. El lenguaje que se utilizaba para comunicar debía ser adecuado para la edad, nivel educacional y realidad social de la persona que era entrevistada.

EVALUACION

En el último módulo se realizó una evaluación

que tenía dos objetivos: apreciar las capacidades y conocimientos logrados, y conocer la percepción de los individuos y del conjunto del equipo sobre el taller. En el primer aspecto se llevó a cabo una prueba con preguntas referidas a un caso clínico, lo cual hacia necesaria la aplicación de los conocimientos adquiridos. Esta evaluación mostró una notable integración de conceptos sistémicos y relacionales utilizados para definir la problemática de salud y para generar estrategias de intervención adecuadas al modelo.

El segundo objetivo se logró a través de las respuestas recogidas en la evaluación del taller. Los miembros del equipo señalaron haber asimilado conceptos centrales, como sistema, subsistema, límites, retroalimentación, homeostasis, la familia como un sistema, crisis normativas y no normativas. También manifestaron haber aprendido el uso del genograma y algunas técnicas de entrevista. Agregaron que habían podido reconocer y potenciar ciertas habilidades personales, tales como la empatía, dirección de la entrevista, definición de límites, lograr la confianza del entrevistado y definir el problema en conjunto con éste. Expresaron que habían logrado reconceptualizar la relación entre el profesional y las familias que atienden, haciendo posible una mayor eficiencia en ella: “aprendí a ver la otra cara de la luna, o sea, a ver desde la posición de la familia, qué quieren ellos y no qué quiero yo o el equipo”.

Se percibió la necesidad de incluir temas que entreguen herramientas de manejo más específicas en situaciones de crisis, tales como violencia intrafamiliar, ya sea conyugal o maltrato infantil, abuso sexual, drogadicción. Plantearon interés por desarrollar habilidades para la contención de pacientes y técnicas específicas de devolución de información al paciente y su familia. También les hubiera gustado discutir en profundidad la distancia existente entre los sistemas de creencias y mitos de la población y los del equipo.

Cuando se evaluó la metodología utilizada las opiniones fueron mayoritariamente negativas. En particular, el uso de las dramatizaciones como herramienta se vivió como una experiencia estresante que “dificultaba el aprendizaje” y que a menudo se sentía como “repetitiva y cansadora”. Al exponerse ante el grupo para actuar el manejo de un caso, ya sea desde su perspectiva profesional o como miembros de un grupo familiar, se sentían exigidos, incómodos y desorientados en cuanto a cual era “la conducta adecuada o esperable para la situación”.

DISCUSION

Es interesante destacar que, no obstante hacer posible la adquisición de habilidades y destrezas acordes con los objetivos propuestos, la metodología implementada produjo resistencias. Las dificultades de esta experiencia se relacionaron con el tipo de aprendizaje que se pretendía y con las características del grupo al que estaba dirigida la capacitación. Este consistía en un sistema relacional estable, con sus propias normas y valores y con una estructura jerárquica definida. Se puede decir que esta estructura, aunque dinámica, estaba "predispuesta" por las funciones específicas dentro de la institución y por las diferentes formaciones de los profesionales que la conformaban. La forma y el grado de participación de cada miembro del equipo estaban así inevitablemente condicionadas por estas definiciones previas. Dicho de otro modo, las dinámicas del grupo de aprendizaje eran análogas a las dinámicas del grupo de trabajo, lo que significaba una dificultad adicional para la participación individual.

Sin embargo, este problema resultó compensado por el aprendizaje en un contexto "natural", lo cual facilitó la adquisición de destrezas personales, como parte de un proceso de cambio grupal. Quizás por esta razón, y a pesar de las dificultades descritas, el resultado global puede considerarse positivo y adecuado a las necesidades del programa que se estaba implementando. En particular es destacable que, junto con las opiniones negativas respecto a la metodología, se reconociera la adquisición de recursos personales que eran justamente los que esa metodología procuraba estimular.

La focalización en el rol profesional implica la exposición de aspectos de la persona. Más aún, si el grupo de trabajo y pertenencia es un grupo de aprendizaje (y por lo tanto de cambio), la dualidad persona-función se hace más compleja: los planos que se intersectan son al menos tres: la persona, su participación en un sistema de relaciones grupales e institucionales y su rol profesional. La riqueza del taller y al mismo tiempo sus dificultades se debieron al intento de no eludir esas intersecciones y de apoyarse en ellas para facilitar el proceso de cambio. De este modo fue posible acortar la distancia entre la comprensión teórica y la acción efectiva.

La experiencia lograda indica que en un taller con las características señaladas se requiere más cuidado en el acoplamiento entre el equipo docente y el grupo de trabajo que participa en él, vale

decir en el "sistema que se construye" durante la capacitación. La metodología experiencial utilizada hubiese sido positivamente potenciada por una adecuada etapa de preparación. Hay que considerar que los vínculos que se forman en el ámbito de la atención primaria están en cierta medida marcados por el contexto en el cual se dan. La expresión máxima en este sentido es la relación profesional-paciente, focalizada casi totalmente en el tema salud/enfermedad, excluyendo o minimizando otros aspectos de las realidades personales. Es posible que este factor haya constituido una dificultad que cruzaba el taller, puesto que estaba asociada al contexto mismo en el que se realizaba. El sistema "prescribe" la exclusión tanto de las necesidades como de la creatividad personales, y una acción que quiebra esa regla básica "conmueva": nadie deja de ser tocado.

Una última conclusión de esta experiencia se refiere a la necesidad de una supervisión continua del equipo de salud. Las características estructurales del grupo y la rigidización del rol profesional de sus miembros constituyen hechos generalizados en las instituciones de salud, que pueden ser atribuidos a los condicionamientos propios del contexto de trabajo. Por esta razón no es esperable que una capacitación experiencial logre cambios estables. La tarea concreta que enfrenta el equipo es difícil y desgastadora. Hay que agregar el efecto de la frecuente rotación de profesionales y las reconocidas deficiencias que estos tienen en la capacitación en el área de salud mental y más aún aquella referida a habilidades clínicas en la relación con las familias. Si se pretende que la atención primaria incorpore un "componente de salud mental" (OMS), acorde con la realidad social y epidemiológica que le compete, los equipos de salud necesitan un apoyo permanente a la función que ejercen.

REFERENCIAS

1. Campanini, A. & Luppi, F. (1995). *Servicio Social y Modelo Sistémico*. Barcelona. Edit Paidós.
2. Chadwick, M. & Fuhrman, I. (1995). *Fortalecer La Familia. Manual para Trabajar con Padres*. Santiago. Edit. Andrés Bello
3. De la Revilla, L. (1994). *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. Barcelona. Edit. Doyma.
4. Hidalgo, C.G., Carrasco, E., Cabezas, A. M., González, J., Cornejo, M. (1996): Evaluación del funcionamiento familiar en familias pobres, en el consultorio Villa O'Higgins. Trabajo presentado en el II Seminario Nacional de Salud Pública y las

- XVI Jornadas de Salud Pública, realizadas en la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, noviembre 1996.
5. Hidalgo, C.G. (1997). "Familia y salud: estudio comparativo de las características de estructura y funcionamiento familiar en familias clasificadas con y sin riesgo biopsicosocial". Tesis de Magister en Salud Pública con mención en Salud Mental, Universidad de Chile.
 6. Hirsh, H. & Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio. Entre Ríos. Edit. Nadir.