

Artículo Original

Significado de psicólogos/os de atención primaria de salud sobre la intervención psicosocial de grupo en el tratamiento de la depresión en Chile

Gonzalo Andrade¹ y Adriana Espinoza²

Resumen: En Chile, el tratamiento de la depresión en salud pública promueve la realización de Intervenciones Psicosociales en Grupo (IPG) para todos los casos diagnosticados, no obstante, se observa una baja implementación de estas prestaciones. El presente artículo describe y caracteriza, desde el punto de vista de la disciplina psicológica, el significado de psicólogos/os que trabajan en consultorios de atención primaria de salud (APS) sobre las IPG en el tratamiento de la depresión. Se entrevistaron a ocho psicólogos/os de los distintos Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Santiago. Este estudio se basó en las premisas de la Teoría Fundamentada, utilizando sus estrategias de análisis. La categoría “los grupos no nos resultan” expone las principales barreras que impiden la realización de estas intervenciones. La carga laboral centrada en atenciones individuales, el escaso presupuesto destinado a su implementación, y la falta de instalaciones adecuadas para realizar las IPG emergen como barreras institucionales. Así mismo, la “poca fe” en la efectividad del trabajo en grupo, la figura de las/os psicólogas/os como únicas/os profesionales capacitadas/os para trabajar con las emociones, la idea de que la baja adherencia al tratamiento no depende de su ejercicio laboral, y el hecho de que la implementación de las IPG dependa del interés individual de algunas/os profesionales, emergen como las principales resistencias profesionales a su realización. Se discuten los alcances de estas barreras, y se proponen soluciones que favorezcan el cambio cultural necesario para que las/los profesionales e instituciones de salud puedan alinearse en plenitud con el modelo comunitario de salud propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP). (Global Health Promotion, 2019; 26(3): 112–121)

Palabras clave: atención primaria de salud, Chile, depresión, intervención psicosocial, modelo comunitario, salud mental, trabajo en grupo

Introducción

De acuerdo a la Federación Mundial de Salud Mental (1), la depresión es una enfermedad mental caracterizada por la presencia de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o apetito, y mala concentración. Dependiendo del número y la severidad de estos síntomas, esta puede clasificarse como leve,

moderada o severa, lo cual determinará el grado de inhabilidad de la persona para llevar a cabo sus tareas sociales, laborales o domésticas cotidianas.

Se trata de uno de los diagnósticos de salud mental más prevalentes a nivel mundial. Con más de 350.000.000 de personas diagnosticadas, se estima que la depresión ocupará el primer lugar en la carga global de enfermedades en 2030 (1). Alcanzando

1. Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
2. Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Correspondencia a: Gonzalo Andrade, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680, Las Condes, Santiago de Chile. Email: g.andrade@udd.cl

(Este manuscrito fue presentado el 5 de noviembre 2016. Tras revisión por pares, fue aceptado para la publicación el 12 de julio 2017)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 26(3): 112–121; 729658 Copyright © The Author(s) 2017, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975917729658 journals.sagepub.com/home/ghp

prevalencias de 15% en países de ingresos altos y de 11% para países de ingresos medios y bajos (2), la depresión genera gastos invaluable para los sistemas de salud, perpetuación del círculo de pobreza, y consecuencias económicas perjudiciales para la/el paciente y su entorno (1).

En Chile, la depresión se ha convertido en uno de los principales problemas de salud (3), con una prevalencia de vida de 9,0% para la depresión mayor (presencia de un episodio depresivo mayor) y de 8,0% para la distimia (4) (estado de ánimo crónicamente depresivo durante al menos 2 años). Un 17,2% de la población mayor de 15 años ha presentado síntomas depresivos en los últimos 12 meses (5), reporte que aumenta a un 21% en la población de adultos trabajadoras/es quienes refieren haberse sentido deprimidas/os en el último año (6). Esta alta prevalencia aumenta a medida que disminuye el nivel educacional (5) y el nivel socioeconómico (7), evidenciando una distribución desigual de la sintomatología depresiva (8).

En una decisión pionera para un país de ingresos medio-bajo, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) implementó, en el año 2001, el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria, el cual se extendió a todo el país en el 2003, obteniendo resultados de efectividad similar a lo reportado por países de mayores ingresos (3).

A partir del 2006, la depresión ingresó a la lista de enfermedades cubiertas por el AUGE¹, entregando atención a más del 84% de las/los pacientes diagnosticadas/os con este trastorno (9), estimándose su cobertura total en más de un millón de personas, tanto en la red de salud pública como privada (10). El manejo de la depresión en salud pública sigue el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) (11), que busca implementar un modelo comunitario, con énfasis en la detección y tratamiento precoz, a través de intervenciones con costo-efectividad sustentada en evidencia.

No obstante, la incorporación de la depresión en AUGE no ha implicado una disminución de su prevalencia, y los escasos estudios sobre el impacto de estas políticas no permiten determinar la efectividad de los recursos invertidos (12). A nivel profesional, se ha observado una falta de precisión para evaluar los síntomas depresivos y las dificultades en la prescripción de tratamientos adecuados según la intensidad del trastorno (3, 13, 14).

En particular, las/os psicólogas/os de Atención Primaria de Salud (APS) reportan dificultades en su trabajo cotidiano: evalúan negativamente las condiciones y estabilidad de su trabajo, manifiestan carecer de conocimientos específicos sobre gestión y características de la APS, y estiman necesario configurar un plan de estudios adaptado a las particularidades de la salud pública que facilite su labor (15). Siguiendo la misma línea de pensamiento, Magaña y Loubat (16) plantean que la/el psicóloga/o no recibe la formación necesaria para tomar una posición desde una mirada paradigmática que le posibilite intervenir sobre trastornos con polivalencia y complejidad crecientes, integrando en este abordaje las características socio-históricas y culturales del mundo contemporáneo.

Un ámbito paradigmático en el que las dificultades institucionales y la falta de capacitación específica obstaculizan la implementación del modelo comunitario propuesto por el PNSMP en general, y por el AUGE de Depresión en particular, es el de las intervenciones psicosociales en grupo (IPG) en la salud mental.

La guía clínica del AUGE Depresión (17) estipula la puesta en marcha de una canasta de prestaciones que, tras un diagnóstico de depresión (y eventual inicio de farmacoterapia) realizado por una/un médica/o general o familiar en una sesión de carácter individual, incluyen: consejería, actividad física, medidas de autocuidado y psicoterapia, dependiendo de la gravedad del cuadro. Estas acciones son ejecutadas por un equipo multidisciplinario (de médicas/os, psicólogas/os, asistentes sociales, enfermeras/os, matronas/nes) quienes trabajan los temas de salud mental en cada centro de APS. En particular, las psicólogas/os tienen como labor el realizar intervenciones en promoción, prevención y tratamiento, con un enfoque comunitario (15). Esto implica propiciar la participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios, y la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus propias realidades (18).

Dentro de esta canasta de prestaciones, se propone la implementación de una IPG de manera transversal a todos los casos de depresión, transformándola en una prestación central del tratamiento entregado en los consultorios de APS. Estas intervenciones son definidas como actividades para el tratamiento de

enfermedades mentales, orientadas a la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que las condicionan, desencadenan o perpetúan (11). Su carácter de grupo permite la atención de un número mayor de pacientes por hora, aumentando los rendimientos de los equipos de salud, lo cual hace que su implementación sea prioritaria.

No obstante su demostrada costo-efectividad en el tratamiento de la depresión (19-23), estas intervenciones muestran una baja implementación en los centros de APS. A pesar del énfasis en lo grupal implicado en el enfoque comunitario en la salud mental, las/os psicólogas/os ocupan la mayoría de su tiempo en intervenciones individuales, en desmedro del tiempo dedicado a actividades en grupo y comunitarias (15). Esto determina que la implementación de la IPG presente una amplia dispersión: mientras un 84% de las/os pacientes de los centros comunitarios de salud mental sí acceden a estas prestaciones, en consultorios adosados a hospitales sólo un 31,3% de ellas/os las recibe (24).

Si bien las fallas institucionales y la falta de capacitación en temáticas específicas de APS reportadas por las/os psicólogas/os explicarían esta baja implementación del IPG, es posible pensar que el significado que las/os profesionales tengan sobre ellas juegue un rol relevante en su nivel de implementación. El presente estudio se aproxima al modo particular en que las/os psicólogas/os de APS conceptualizan las IPG, y qué barreras identifican para su aplicación.

Materiales y métodos

En este estudio cualitativo se realizaron entrevistas en profundidad a ocho psicólogas/os que trabajaban en consultorios de APS correspondientes a los seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, planteándose así como una primera aproximación al estudio del significado de las/os psicólogas/os de APS acerca del tratamiento de la depresión que entregan.

La estrategia metodológica utilizada deriva de la Teoría Fundamentada, desarrollada por Glasser y Strauss (25). Este es un método de investigación cualitativo diseñado para la construcción de marcos conceptuales o teorías desde el estudio de procesos sociales y psicológicos, con el propósito de clarificarlos y explicarlos. Esto se logra examinando las experiencias de las/os participantes a partir de la

recolección y el análisis sistemático e inductivo de datos. Por lo tanto, las categorías analíticas generadas están directamente enraizadas en los datos (26,27). Consecuentemente, permite a las/os investigadoras/es identificar los procesos sociales presentes en las interacciones humanas, así como descubrir patrones y procesos para comprender cómo un grupo de personas define su realidad a través de sus interacciones sociales (28).

Este estudio se ha guiado principalmente por el trabajo metodológico de Kathy Charmaz, (26,29) el cual se diferencia de otras vertientes de la teoría fundamentada por utilizar un enfoque derivado del construccionismo social. Desde esta perspectiva, los datos, los marcos conceptuales, y las teorías que elaboramos como investigadoras/es son parte tanto del mundo que estudiamos como de los datos que recolectamos. Es decir, construimos nuestras teorías fundamentadas trayendo nuestras experiencias previas como investigadoras/es a nuestras interacciones presentes con personas, perspectivas y prácticas de investigación (26). De este modo, los marcos conceptuales y las teorías que desarrollamos ofrecen un retrato interpretativo del mundo estudiado, y no una reproducción exacta de éste (29).

El proceso de análisis de datos se basó en las estrategias de codificación ofrecidas por la Teoría Fundamentada (30,31), permitiendo a las/os investigadoras/es mantenerse cerca de los procesos que estudian y elaborar un conjunto integrado de conceptos teóricos a partir del material empírico obtenido (29). En particular, nos centramos en el significado de las/os psicólogas/os, entendiendo por significado aquello que las personas piensan sobre un fenómeno, y que es comunicado a otro por medio del lenguaje. Este concepto es análogo a lo que se entiende por descripción desde la Teoría Fundamentada, en la cual se alude al “uso de palabras para expresar imágenes mentales de un acontecimiento, un aspecto del panorama, una escena, experiencia, emoción o sensación” (30), realizada desde la perspectiva de quien hace la descripción.

Participantes

Se incluyó en la muestra a psicólogas/os, que se desempeñaran en centros de APS, en cada uno de los seis Servicios de Salud de la Región

Metropolitana, y se excluyó a quienes cumplieran esta función por un período de tiempo menor a 12 meses de trabajo. Las/os participantes fueron ocho psicólogas/os (seis mujeres y dos hombres). Cuatro de ellas/os tenían entre 25 y 30 años de edad, habían egresado recientemente de la universidad, y ésta era su primera experiencia laboral estable. Las/os demás tenían entre 30 y 45 años, con experiencias laborales previas, y con más de 5 años trabajando en APS. Cada una/o de ellas/os, trabajaba con pacientes adultas/os de distintas edades (18 años en adelante), en comunas que pertenecen a los distintos Servicios de Salud de la Región: Norte, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Occidente y Central, ubicados en sectores periféricos de la ciudad, donde se atiende a la población en condiciones de vulnerabilidad social.

Técnicas de producción de datos

Se utilizó una entrevista semi-estructurada de carácter individual, para conocer los significados de cada participante, facilitando que expresaran sus experiencias y puntos de vista.

Procedimientos

Las/os ocho psicólogas/os fueron escogidas/os a través de un muestreo intencionado. Participaron en una entrevista de una hora de duración, realizada fuera de su lugar de trabajo. Esta entrevista fue grabada en audio y luego transcrita. Se realizó el análisis de cada una de ellas, siguiendo el orden cronológico en el cual fueron realizadas. Según este orden, a cada entrevistada/do se le asignó un número del uno al ocho, con el cual serán nombradas/os en la descripción de los resultados.

Análisis

El análisis del material estuvo compuesto por tres fases: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. La codificación abierta partió con la selección de citas de las/los entrevistadas/os sobre sus tratamientos de la depresión y su significado, que fueran atingentes a la pregunta de investigación. Las ideas centrales de estas citas se plasmaron en códigos, conceptos de primer nivel, que permitieron relevar una descripción, valoración, distinción, o posicionamiento relevante de la/el

entrevistada/o sobre el tema. En la codificación axial, los códigos fueron organizados en torno a ejes temáticos relevantes o categorías que emergieron durante el proceso. En la codificación selectiva, se estableció la relación entre las distintas categorías en torno a un argumento central que permitió comprender y explicar sus significados.

Resultados

Los significados de las/los psicólogas/os acerca del tratamiento de la depresión AUGÉ en centros de APS, se estructuraron en torno a seis categorías temáticas:

- 1) “Somos el equipo de salud mental”;
- 2) “Los grupos no nos resultan”;
- 3) “No me involucro con la Guía del Servicio”;
- 4) “Son pocos los que realmente tienen depresión”;
- 5) “Al Estado sólo le importan los números”; y
- 6) “Hacer trampita”.

El presente artículo describirá la categoría número 2: “Los grupos no nos resultan”, ya que trata sobre las dificultades en la implementación de IPG. Si bien refieren en particular al trabajo con grupos en el tratamiento de la depresión, entrega información relevante sobre el significado general que las/los psicólogas/os otorgan a los dispositivos en grupo en APS. Esta categoría agrupa los significados sobre la puesta en marcha, evolución y resultados de las IPG en el tratamiento de la depresión, en donde la noción de que “los grupos no nos resultan” emerge como el significado central. El significado se sustenta en tres ejes de sentido:

- 1) “Siempre hay problemas concretos con los grupos”;
- 2) “No les tenemos mucha fe a los grupos”; y
- 3) “Lo que se hace en los grupos depende del terapeuta”.

A continuación se detallará cada uno de estos ejes:

1. Siempre hay problemas concretos con los grupos.

Las/los psicólogas/os se refieren a que existen obstáculos concretos que redundan en una baja aplicación de IPG. El primero de ellos es la escasez de tiempo, ya que dada la alta demanda de atención

individual que cubren, no disponen de horas de trabajo para planificar y ejecutarlas:

no lo hemos podido hacer más por un tema de que no tenemos tiempo, pero si tuviéramos tiempo de planificar las sesiones, de convocar a los pacientes (...) pegarnos al teléfono, ir a buscarlos a las casas, y que nos llegaran los pacientes (...) yo creo que sería fantástico. (Entrevistada 5)

Manifiestan el no contar con el tiempo requerido para diseñar las intervenciones, hacer un adecuado proceso de invitación, y efectuar un seguimiento telefónico de las/os pacientes que facilitara su asistencia a las sesiones. Esto lo vinculan a la alta carga laboral que tienen y a la obligación de elegir qué temáticas e intervenciones privilegiar en este contexto:

Son equipos que están siempre más demandados de lo que pueden dar, y eso implica tener que dirigir esfuerzos más hacia algún lado que hacia otros (...) de todos modos, es bien insuficiente en general los esfuerzos que se hacen, sobre todo por el tema presupuestario que está como de fondo. (Entrevistado 4)

Reportan llevar a cabo su trabajo en un contexto de escasez de recursos económicos, que les impone una carga laboral mayor a la que pueden responder. Se ven obligadas/os a elegir qué tipo de intervenciones priorizar, lo que se acompaña de la sensación de que su esfuerzo es insuficiente. Esta insuficiencia presupuestaria se ligaría a un segundo obstáculo: la dificultad para contar con la infraestructura adecuada ya que, según su visión, los consultorios no están diseñados para albergar múltiples actividades en grupo:

A veces no están los espacios para hacer talleres, o está como el espacio, y hay que peleárselo con las matronas que hacen los talleres del Chile Crece (...) entonces cuesta conseguirse un espacio adecuado, y que permanezca en ese horario. (Entrevistada 5)

En su experiencia, los consultorios no tienen salas adecuadas para albergar actividades en grupo, o sólo cuentan con un lugar que deben compartir con otros programas de intervención, lo cual impide

contar con su uso continuo. No obstante, el obstáculo más relevante para la implementación de estas actividades es que las/los pacientes no asisten a las sesiones. Según las/los psicólogas/os, esto se debe a que existiría el temor de exponer la propia historia frente a otras/os, habitualmente sus propias/os vecinas/os:

Tiene que ver con los motivos de la depresión (...): problemas familiares, episodios de violencia, relatos de vida traumáticos que no han sido revelados (...) entonces juega mucho el tema de 'bueno, me van a señalar o van a saber mi historia', entonces no van, yo creo que ese es como el principal elemento. (Entrevistada 6)

Las/los psicólogas/os atribuyen la falta de adherencia de los pacientes al hecho de que no estarían dispuestas/os a compartir con otras/os los motivos traumáticos de su padecer, por temor a ser señaladas/os como personas con problemas psicológicos por parte de su comunidad. Además, señalan a la/ el paciente deprimida/o como alguien que busca una atención individual confidencial, más que ser escuchada/o en grupo:

Como el primer proceso de intervención es en entrevistas individuales, y luego la ingresas a grupo, se quedan con el gustito que tiene la entrevista individual, tener un espacio privado, tener un espacio de escucha para ti, donde puedes trabajar con intimidad lo que estás sintiendo. (Entrevistada 2)

La/el paciente deprimida/o buscaría un espacio propio para hablar de su intimidad, y la terapia individual sería el lugar que garantizaría esta privacidad. El hecho de experimentar ese tipo de atención al ingresar al sistema (recomendado por la Guía Clínica GES) haría que la instancia en grupo sea poco atractiva como una alternativa de tratamiento, por lo que las/los pacientes decidirían no asistir al grupo.

2. No les tenemos mucha fe a los grupos.

Las/los psicólogas/os parecen situar las intervenciones grupales en un lugar secundario dentro de la canasta de atenciones prestadas, fundamentando su opinión en la baja adherencia de

estas actividades: “los grupos son útiles, lo que pasa es que no le tienen mucha fe porque hay muy poca asistencia.” (Entrevistado 7)

La inasistencia de las/los pacientes llevaría a las/los psicólogos/os a tener “poca fe” en la efectividad que los grupos pueden mostrar en el tratamiento de la depresión. Si bien son conceptualizados como “útiles”, predomina el significado de que no son la intervención más adecuada, en tanto sean asociados a una baja adherencia. Por otro lado, esta baja adherencia las/los desmotiva, las/los interroga sobre sus habilidades para el manejo del grupo, y visibilizaría su falta de formación en el tema:

No soy muy partícipe de las intervenciones grupales porque yo siento que no me manejo mucho en el tema, como formación profesional, y porque me desmotiva que la gente tenga poca adherencia. (Entrevistada 6)

La desmotivación que produce la baja adherencia, pareciera alimentar el significado de que ellas/os no tienen las habilidades para realizar trabajo en grupo y que carecen de las herramientas conceptuales y técnicas necesarias. Este cuestionamiento profesional podría terminar por sostener la idea de que las intervenciones individuales son más efectivas que las de grupo:

Hay personas donde el grupo les sirve, ¿ya?, entonces desde ahí es que yo pongo el grupo como una posibilidad, pero yo creo más en las intervenciones individuales (...) no puedo dar fe de que sirvan más, es lo que yo creo. (Entrevistada 2)

Se supondría que las intervenciones individuales son más efectivas, por el hecho de creer o “tener fe” en ellas, ya sea por tener formación previa o por haberlas implementado reiteradamente. Esta preferencia por lo individual se sumaría a la noción de que las IPG tienen un estatus distinto a la psicoterapia (individual o en grupo), diferencia que radicaría en el nivel de profundidad emocional en el trabajo con la/el paciente:

La intervención psicosocial grupal vendría siendo como un taller con un enfoque mucho más psicoeducativo, sin entrar tanto en lo emocional. O sea, hablaría un poco de los síntomas de la

depresión, se puede trabajar algunas cosas como de relajación, pero no se metería como profundamente en lo emocional. (Entrevistada 5)

Desde su perspectiva, la IPG quedaría reservada para la función psicoeducativa y de relajación corporal, mientras que la psicoterapia se encargaría del trabajo con emociones intensas ligadas a la experiencia de cada sujeto. Esta distinción se sustentaría en la idea de que la/el psicóloga/o es la/el único profesional capacitado para el trabajo terapéutico, mientras que lo psicosocial en grupo podría ser dirigido por otras/otros profesionales de la salud:

En realidad, la intervención psicosocial grupal no es una psicoterapia, es algo que lo podría hacer cualquier profesional. Lo puede hacer una asistente social, una enfermera, una matrona. (Entrevistada 5)

Es posible pensar que esta “poca fe” terminaría posicionando a estas intervenciones en un lugar secundario con respecto al trabajo individual, quedando fuera del ámbito directo del trabajo psicológico, y reduciéndolo a una función psicoeducativa que dista del alcance psicoterapéutico.

3. Los grupos dependen del terapeuta.

Para las/los psicólogas/os, la implementación de estas intervenciones dependería de la voluntad de terapeutas particulares dispuestos a superar los obstáculos concretos, así como la “poca fe” que se tiene en los grupos. Por lo tanto, los equipos que efectivamente cuentan con trabajo en grupo en los centros de APS serían aquellos compuestos por terapeutas interesadas/os personalmente en desarrollar esa modalidad:

Me encanta hacer grupos (...) pero depende mucho de que tú también le pongas como profesional, que pongas de tu parte y que les hagas cosas entretenidas, que te preocupes de llamarlos, saber cómo están, pegar un llamado recordatorio para avisar que hay taller, y yo sé que es una realidad que no se puede hacer en todos los lugares y que tampoco lo puedes hacer todos los días, pero si le pones un poquito de empeño yo creo que igual funciona. (Entrevistada 8)

La implementación y efectividad de una IPG, es significada como siendo resorte de la motivación y “empeño” de una/un terapeuta individual, más que de un equipo de salud. Se trataría de acciones excepcionales, a pequeña escala, que no se pueden realizar en todos los consultorios ni como parte central de la carga laboral de una/un psicólogo/a de APS.

Este componente de motivación individual las/las llevaría a generar nuevas iniciativas en grupo. En particular, para estas/estos terapéutas que hacen sesiones en grupo, el taller diseñado por el Servicio de Salud no ha resultado atractivo, tanto por su orientación cognitivo-conductual, como por tener un énfasis psicoeducativo:

Primero tratábamos de hacer el taller que muestra el servicio (...) es un taller ideado en seis sesiones, desde un enfoque cognitivo conductual (...) Entonces al principio no nos resultó mucho lo del servicio, y desde el año pasado, por iniciativa de unos colegas, intentaron otro tipo de grupos que ya tiene que ver con un trabajo terapéutico. (Entrevistada 1)

El poco interés que causó tanto en terapeutas como pacientes el taller diseñado por el Servicio de Salud, los ha motivado a proponer dispositivos distintos, ligados a sus intereses y formación previa, lo cual determina las actividades realizadas:

En los primeros años, que fueron varios, seguimos al pie de la letra el manual de depresión, y hacíamos estas seis sesiones que trae el manual, ... la verdad es que después de algunos años ya estábamos nosotras medias así que nos deprimíamos (risas), ya no dábamos más, y empezamos a inventar algunas modificaciones, empezamos a inventarle algunas modificaciones a las mismas sesiones del manual. (Entrevistada 3)

La propuesta del MINSAL es significada del IPG en APS como poco atractiva para los psicólogos/os, quienes realizan variaciones que las/os motiven a seguir implementándolas. En este ejercicio, ponen en juego sus propios intereses y métodos:

En mi caso, instalamos un taller de adultos mayores con trastornos afectivos, y hemos hecho también talleres grupales para mujeres con

trastornos afectivos. Ahora, cómo los llevas a cabo, depende de cada profesional ... va a depender un poquito de quien lo esté monitoreando. (Entrevistada 8)

De esta manera, el contenido y la modalidad de trabajo pareciera estar definida por la/el terapeuta a cargo, así como la duración del grupo, la extensión de cada sesión, y el lugar donde se realiza. Por lo anterior, las IPG realizadas carecerían de objetivos, técnicas y estrategias compartidas, generando una gran variabilidad de experiencias y efectos.

Discusión y conclusiones

Los resultados de esta investigación revelan una serie de factores que afectarían la implementación de las IPG en APS. Estos factores podrían agruparse en barreras institucionales y profesionales.

A nivel institucional, la escasez de presupuesto, la falta de disponibilidad de infraestructura adecuada, así como la carga de trabajo centrada en la atención individual, serían las principales barreras para la implementación de IPG.

A nivel profesional, las/os entrevistadas/os manifiestan no “tener fe” en las IPG. Este significado sería consecuencia de un complejo círculo de asociaciones que operaría del siguiente modo: la baja adherencia de los pacientes a las IPG generaría un cuestionamiento de las/los profesionales, quienes se desmotivan, comienzan a dudar de sus habilidades y experimentan a sí mismas/os como careciendo de la formación básica en el ámbito en grupo. Ante este cuestionamiento profesional, responderían pensando que las IPG son útiles, pero menos idóneas, que las intervenciones individuales. Es decir, tendrían “más fe” en las intervenciones individuales porque se sienten motivadas/os por ellas, y con las habilidades y formación necesarias para realizarlas. Esto se ve reforzado por la idea de que la psicoterapia es más efectiva que las IPG, y que la/el psicólogo/a es la/el única/o profesional de APS capacitada/o para realizar un trabajo psicoterapéutico.

Interpretamos que esta “falta de fe” en las IPG pareciera ser una resistencia profesional que dificulta su implementación. Esto evidenciaría la falta de formación especializada en IPG y trabajo comunitario, así como un desconocimiento de las distinciones entre lo psicoterapéutico, lo psicosocial y lo psicoeducativo, que impediría reconocer los factores

terapéuticos que operan en cada una de estas estrategias, así como los efectos subjetivos beneficiosos para la salud mental que éstas podrían tener.

Asimismo, la noción de que la/el psicóloga/o es la/el única/o profesional de APS capacitada/o para trabajar en lo emocional, relegaría a un rol secundario a matronas/es, enfermeras/os y asistentes sociales, quienes serían las/os encargadas/os de labores “no psicológicas”, configurando una barrera profesional al trabajo multidisciplinario requerido en APS.

En esta misma línea, pensamos que este conjunto de significados podría configurar un círculo vicioso que termina afirmando una supuesta inadecuación de las IPG al contexto de la APS. Al situar el problema como algo intrínseco a la IPG, las/os psicólogas/os perderían la posibilidad de reflexionar y discutir sobre los cambios necesarios para mejorar el interés y participación de las/os pacientes en este tipo de intervenciones, que están dentro su alcance profesional.

La implementación de IPG pareciera quedar en manos de terapeutas que por motivación propia y experiencia previa, intentarían superar estos obstáculos para realizarlos. Creemos que esto puede traer como consecuencia una fuerte sobrecarga laboral para las/los psicólogas/os con mayor experiencia en el ámbito de trabajo en grupo, exponiéndolas/os a un desgaste profesional. De ser así, la política de salud mental comunitaria se vería debilitada al depender del esfuerzo “extra” de profesionales particulares y no del empuje global de toda la institución.

Estos hallazgos resultan relevantes porque evidencian las barreras institucionales y profesionales que impedirían la prosecución de los objetivos del PNSMP, tendientes a la instauración de un modelo de salud comunitario con énfasis en la prevención y promoción de la salud, donde la terapia en grupo es el eje de intervención central. Este escenario pone de relieve el cambio cultural que debe existir tanto en las propias instituciones de salud, las cuales intentan abandonar paulatinamente el modelo biomédico en el que fueron concebidas, como en los profesionales que se insertan en ellas, quienes han sido formados en instituciones universitarias que enfatizan el tratamiento individual de las patologías, por sobre la formación en abordajes en grupo (16).

Estimamos que las barreras para el trabajo con IPG que hemos identificado pueden superarse con

distintas medidas, tanto a nivel institucional como profesional. Proponemos:

- a) reestructurar la carga laboral de las/os profesionales de APS, incentivando el trabajo en intervenciones grupales;
- b) implementar un proceso de formación profesional continua en temas relacionados a APS e IPG;
- c) estimular la incorporación de enfoques teóricos diversos al propuesto por el Servicio de Salud (enfoque cognitivo-conductual) al trabajo con IPG;
- d) favorecer la investigación en efectividad de diversas IPG para trastornos específicos, lo que permitiría la protocolización de IPG costo-efectiva para APS;
- e) apoyar a los equipos de salud en el diseño de estrategias innovadoras, adaptadas a las particularidades de su población consultante, que aumenten la adherencia a los tratamientos; y
- f) realizar actividades comunitarias de promoción de salud, utilizando las diversas modalidades de IPG: charlas, talleres y sesiones para grupos de autoayuda, de modo que la comunidad y población consultante se familiarice y comprometa con este tipo de intervenciones.

Finalmente, creemos que la visibilización de estas barreras institucionales, laborales y profesionales al interior de las propias instituciones de salud y de formación universitaria, sería un punto de inicio para que éstas encabecen el cambio cultural requerido para re-pensar el lugar del uso de grupos en la política pública de salud mental. En particular, tanto los equipos como la dirección de los centros de atención primaria podrían participar en procesos de diálogo sobre la efectividad de los tratamientos e intervenciones que entregan, compartir sus experiencias de intervenciones en grupo exitosas, y generar las condiciones mínimas necesarias para facilitar la implementación de este tipo de intervenciones.

Financiamiento

Esta investigación no recibió apoyo financiero específico de ninguna agencia pública, comercial o sin fines de lucro.

Nota

1. Acceso Universal a Garantías Explícitas: conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al sistema de salud público y privado del país.

Referencias

1. World Federation for Mental Health. Depression: A global crisis [Depresión: Una crisis global]. 2012 [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
2. Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson N, Alonso J, de Girolamo G, ... Kessler R. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode [Epidemiología del episodio depresivo mayor del DSM-IV entre naciones]. *BMC Medicine*. 2011; 9(16). doi: 10.1186/1741-7015-9-90
3. Alvarado R, Rojas G. El Programa Nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en Atención Primaria: una evaluación necesaria [National program for the diagnosis and treatment of depression in primary care: a necessary evaluation]. *Rev Med Chile*. 2011; 139(5), 592-599. doi:10.4067/S0034-98872011000500005
4. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica [Chilean study of the prevalence of psychiatric pathology] (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI). *Rev Med Chile*. 2002; 130(5), 527-536. doi:10.4067/S0034-98872002000500007.
5. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud [National Health Questionnaire]. 2009 [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
6. Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo & Instituto de Seguridad Laboral. Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010) [National Questionnaire about Employment, Work, Health and Quality of Life of Workers in Chile]. 2011. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articulos-99630_recurso_1.pdf
7. PNUD-Chile. Desarrollo Humano en Chile. Bienestar Subjetivo: El Desafío de Repensar el Desarrollo [Human Development in Chile. Subjective Wellbeing: The Challenge of Rethinking Development]. 2012. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: http://www.centrodesarrollohumano.org/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=2033
8. Orchard A, Jiménez M. Chile, Desigualmente Deprimido [Unequally Depressed]. Centro de Investigación Periodística. 2012. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://ciperchile.cl/2012/12/19/chile-desigualmente-deprimido/>
9. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution [Chile: Una Revolución de Salud Mental en Proceso]. *Lancet*. 2009; 374 (9690), 597-598.
10. Ochoa J. Más de un millón de chilenos con depresión se han atendido por Auge. El Mercurio, ediciones especiales online. 2012. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://www.edicionesespeciales.elmercurio.com/hoy/detalle/index.asp?idnoticia=201207121045765&cidcuerpo=1051>
11. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [National Mental Health Plan and Psychiatry]. Segunda edición. Departamento de salud de las personas, Unidad de Salud Mental, Santiago. 2001.
12. Valdés C, Errázuriz P. Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud [Mental Health in Chile: The Poor Relation of the Health System]. Serie Claves de Políticas Públicas, Instituto de Políticas Públicas Universidad Diego Portales. 2012. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf
13. Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz M. Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile [Evaluation of a program to detect, diagnose and integrally treat depression in primary care in Chile]. *Revista Panam Salud Pública/Pan Am/ Public Health*. 2005; 18(4/5). [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28090.pdf>
14. Salvo L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile [Magnitude, impact and strategies to confront depression, with reference to Chile]. *Rev Med Chile*. 2014; 142: 1157-1164. Doi: 10.4067/S0034-98872014000900010
15. Scharager J, Molina M. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile [Work by psychologists in the primary care centers in the public health system in Chile]. *Revista Panam Salud Pública/Pan Am/ Public Health*. 2007; 22(3). [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n3/a01v22n3>
16. Magaña I, Loubat M. Psicología, salud mental, y salud pública: Una mirada panorámica histórico-crítica. En Laborda M, Quezada V. *Notas históricas de la psicología en Chile* [Historical Notes on Psychology in Chile]. 2010.
17. Ministerio de Salud. Guía clínica tratamiento de personas con depresión [Clinical guide to the treatment of people with depression]. Santiago, Chile: Minsal. 2013. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
18. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas [Community strategies in the promotion of mental health: Construction of concepts to approach complex psychosocial problems]. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*. 2014; 13, (2), 109-120.
19. Friedman M, Detweiler-Bedell J, Leventhal H, Home R, Keitner G, Miller I. Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Major Depressive Disorder [Psicoterapia y Farmacoterapia

- Combinadas para el Tratamiento de Depresión Mayor]. *Clinical Psychology Science and Practice*. 2004; 11(1), 47–68.
20. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression - A Systematic Review [Combinación de Farmacoterapia y Tratamiento Psicológico para la Depresión]. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(7), 714–719. doi: 10.1001/archpsyc.61.7.714
 21. De Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis [La eficacia relativa de la psicoterapia y terapia en combinación para el tratamiento de la depresión: un meta-análisis]. *Eur Psychiatry*. 2007; 22(1), 1–8. Extraído de <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.008>
 22. Huntley A, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis [Terapias psicosociales en grupo para la depresión en la comunidad: un repaso sistemático y meta-análisis]. *BJ Psychiatry*. 2012; 184–190. doi: 10.1192/bjp.bp.111.092049
 23. Yasuyuki O, Kanako I. Efficacy and acceptability of group cognitive behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis [Eficacia y aceptabilidad de la terapia cognitiva para la depresión, en el comportamiento en grupo. Repaso sistemático y meta-análisis]. *J Affect Disord*. 2014; 164,155–164
 24. WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe [The Mental Health System in Chile. Second Report]. 2014. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
 25. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research [El descubrimiento de la teoría fundamental. Estrategias para la investigación cualitativa]. London: Weidenfeld and Nicolson. 1967.
 26. Charmaz K. Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis [La construcción de la teoría básica. Una guía práctica del análisis cualitativo]. London: SAGE Publications. 2006
 27. Pidgeon NE, Henwood KL (1997). Using grounded theory in psychological research. En Hayes N. (Ed.), *Doing Qualitative Analysis in Psychology [Haciendo Análisis Cualitativo en Psicología]*, 245–273. Hove, UK: Psychology Press. 1997.
 28. Cutcliffe JR. Methodological issues in grounded theory [Problemas metodológicos en la teoría fundamentada]. *J Adv Nurs*. 2000; 31(6), 1476–1484.
 29. Charmaz K. La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. En Denzin N, Lincoln Y. *Estrategias de investigación cualitativa. Manual de Investigación Cualitativa [Qualitative strategies in research. Manual of Qualitative Investigation]*. 2013; Vol. III, 270–325.
 30. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria [Investigación de la teoría fundamentada: Procedimientos, canones, y criterios evaluativos]. *Qual sociol*. 1990; 13(1), 3–21. [consultado el 2016 Feb 10]. Extraído de: <http://zfs-online.ub.uni-bielefeld.de/index.php/zfs/article/viewFile/2741/2278>
 31. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Basis of qualitative research: techniques and procedures for the development of grounded theory]. Universidad de Antioquia. 2002.