



**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TESIS DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA**

***“La praxis del psicólogo en la entrevista
domiciliaria”.***

Alumna: Ana E. Mackern.

Directora: Mgter. Monica B. Valgañon.

Mendoza, Mayo de 2018.

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

• **Presidente:**

• **Vocal:**

• **Vocal:**

• **Profesor Invitado:** Mg. Mónica B. Valgañón

• **Nota:**

AGRADECIMIENTOS

A mi hija, Agustina por marcar el camino a seguir, por su tolerancia y amor incondicional.

Mis padres, Jorge y Marta, por enseñarme con su ejemplo que todo se logra con esfuerzo y pasión.

Mi abuela, Diana, gracias por tantas charlas compartidas, gracias por tu fortaleza transmitida.

Mis hermanos, por caminar a mi lado, apoyándome y alentándome.

Mi familia, tíos, sobrinos, primos por su compañía.

Mis amigas siempre a mi lado, en cada momento.

Mis compañeras, amigas y futuras colegas, que con su ejemplo aprendí a llevar adelante esta carrera con dedicación y pasión.

A Mónica, por su predisposición, colaboración y gran ejemplo para mí.

RESUMEN:

Las alternativas de intervención del profesional de la psicología en el ámbito público viene desarrollando adaptaciones novedosas y necesarias para acoplar el ejercicio técnico con las demandas del encuadre de trabajo y las tareas que requieren resolución. Este es el caso de la entrevista en domicilio, tal como se la ejecuta de manera permanente y casi protocolar en algunos ámbitos de trabajo, específicamente en DINAF, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, institución en la que se realiza la presente investigación.

Esta investigación permitirá dar a conocer las estrategias implementadas por los psicólogos dentro del contexto de la entrevista domiciliaria, en un marco institucional y social, dentro del ámbito de la Salud Pública.

El objetivo principal es comprender la experiencia, el quehacer y la importancia que tendría la entrevista domiciliaria para los profesionales de psicología que trabajan con familias con derechos vulnerados.

La metodología es cualitativa con un alcance descriptivo. Además tendrá un diseño fenomenológico porque se trabajará directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias. La unidad de análisis incluye la experiencia propia de la investigadora como observadora participante y su realización de entrevistas en domicilio a familias con niños que han sido reintegrados, y entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales que realizan de manera continua visitas domiciliarias como una técnica de abordaje familiar .

Se confirma, con la presente investigación *la importancia de la praxis* del psicólogo en la entrevista, que contextualiza la intervención, y esto le permite observar con claridad el funcionamiento familiar (diferente a lo observado en la institución). A partir de esto se logra una relación simétrica y empática con la familia, en la mayoría de los casos sus miembros se muestran más tranquilos y colaboran más en la realización de la técnica psicológica propuesta.

Además esta estrategia de intervención permite desempeñarse en equipo, interdisciplinariamente. Por estos motivos sería importante desarrollarla dentro de los planes de estudio, y considerarla como elemento destacable dentro de la actividad disciplinar tanto pública como privada.

Palabras claves: entrevista domiciliaria, praxis del psicólogo, psicología de la salud, formación del psicólogo.

ABSTRACT

The intervention alternatives of the psychology professional in the public sphere have been developing novel and necessary adaptations to match the technical exercise with the demands of the work frame and the tasks that require resolution. This is the case of the interview at home, as it is performed permanently and almost protocol in some areas of work, specifically in DINAF, Ministry of Health, Social Development and Sports, institution in which the present investigation is carried out.

This research will make it possible to publicize the strategies implemented by psychologists within the context of the home interview, in an institutional and social framework, within the scope of Public Health.

The main objective is to understand the experience, the task and the importance of the home interview for psychology professionals who work with families with violated rights.

The methodology is qualitative with a descriptive scope. It will also have a phenomenological design because it will work directly the units or statements of the participants and their experiences. The unit of analysis includes the experience of the researcher as a participant observer and the conduct of home interviews with families with children who have been reintegrated, and semi-structured interviews aimed at professionals who continuously conduct home visits as a family-based approach.

It is confirmed, with the present research, the importance of the psychologist's practice in the interview, which contextualizes the intervention, and this allows him to clearly observe the family functioning (different from what was observed in the institution). From this a symmetrical and empathic relationship with the family is achieved, in most cases its members are calmer and collaborate more in the realization of the proposed psychological technique.

In addition, this intervention strategy allows to perform as a team, interdisciplinarily. For these reasons it would be important to develop it within the curricula, and to consider it as a remarkable element within the disciplinary activity, both public and private.

Keywords: home interview, psychologist praxis, health psychology, psychologist training.

INDICE:

Título	1
Hoja de Evaluación.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen	5
Introducción	11
Marco Teórico	13
Capítulo I: Psicología de La Salud	14
I.1 Paradigma Clínico y Social Expansivo.	15
I.2.El Desarrollo de la Psicología de la Salud... ..	18
I.3.Tipos de Disciplina.	20
I.4.Aspectos teórico-conceptuales y metodológicos de la Psicología de la Salud.....	23
4.1. Primeros inicios y Desarrollo de la Psicología de la Salud.	24
Capítulo II: Formación Psicológica	27
II.1.Periodo pre-profesional.....	28
II.1.1.Las provincias camino hacia el título.....	30
II.2.Primeras carreras y orientaciones predominantes	31
II.3.Incumbencias del Lic. en Psicología.....	33
II.4. Paradigmas preponderantes	36

II.5.Educación universitaria.....	37
Capítulo III: Entrevista domiciliaria como estrategia de intervención.....	42
III.1.Definición.....	43
III.1.1 Entrevista Domiciliaria Integral.....	45
III.2.Contexto Legal: Ley Nacional de Salud Mental 26657.....	47
III.3. Etapas de la entrevista domiciliaria.....	48
III.4.Entrevista y observación.....	50
III.5.Procedimiento de la entrevista domiciliaria desde el enfoque sistémico.....	50
III.6.Contextos en los que se realiza la entrevista.....	52
III.7. Las emociones del profesional.....	53
Marco metodológico.....	55
Capítulo IV: Materiales, Método y Procedimientos.....	56
IV.1.Objetivos, preguntas e Hipótesis de investigación.....	57
IV.2.Método.....	58
IV.2.1.Tipo de enfoque.....	58
IV.2.2.Campo empírico y contextualización espacial y temporal.....	59
IV.3.Instrumentos de Evaluación.....	60
IV.3.1.Registro etnográfico.....	60
IV.3.2.Entrevista semiestructurada.....	61

IV.4.Procedimiento.....	61
IV.4.1.Trabajo de campo previo.....	61
IV.4.2.Trabajo de campo.....	61
Capítulo V: Presentación de Resultados	63
Capítulo VI: Discusión de los Resultados.....	77
Conclusiones.....	84
Referencias Bibliográficas	88
Anexos.....	93

INTRODUCCIÓN

La entrevista domiciliaria como estrategia permite la generación de vínculos de confianza con las personas o este caso familias implicadas, del conocimiento progresivo de sus características y problemáticas.

Estudiar para qué sirve la entrevista domiciliaria y qué tareas realiza el psicólogo dentro de ésta contribuye a profundizar y ampliar la información teórica y práctica que existe y además diferenciar la praxis del psicólogo dentro de la entrevista domiciliaria con respecto a otros profesionales como por ejemplo el trabajador social.

La ley Nacional de Salud Mental N° 26657 aclara que el proceso de la entrevista en domicilio debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Roca y Ubeda citado en Velazco, Duran (2003) afirman que:

La entrevista domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas". Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.(p. 195)

Este trabajo se divide en dos grandes partes:

La primera parte está constituida por el marco teórico, el mismo consta de tres capítulos, el primero define psicología de la salud y paradigmas preponderantes, el segundo incluye la formación del psicólogo, y el tercero se centra fundamentalmente en el estudio de la entrevista domiciliaria como estrategia de intervención, herramienta fundamental del psicólogo dentro de la salud pública.

La segunda parte, el marco metodológico, conformado por los instrumentos de evaluación (entrevistas semidirigidas, registro de observación participante- historia natural) la presentación de resultados con su respectivo análisis categorial, seguido de esto la discusión de resultados y por último conclusiones obtenidas a través de la investigación.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

Psicología de la Salud.

Introducción:

Vivimos un periodo de importantes búsquedas, tanto en la teoría como en la praxis. Múltiples experiencias de trabajo en el mundo entero dan cuenta de este caminar desde el modelo clínico hacia otro basado en la comunidad. Alma Ata abrió un camino en el año 1978; Caracas el año 1990 lo transformó en mandato específico en el ámbito de la salud mental para América Latina al establecer la estrategia fundamental de este proceso: centrar los esfuerzos en la atención primaria y desde una perspectiva comunitaria. Es necesario consolidar un nuevo paradigma para la psicología, dar un salto cualitativo importante y diferente a lo conocido y ya propuesto.

Por esto mismo es importante lograr una reorganización de la formación psicológica teniendo en cuenta el actuar del psicólogo, las estrategias que utiliza para desenvolverse en la práctica, partiendo desde los modelos conceptuales aprendidos y los paradigmas existentes.

I.Paradigmas: Clínico y Social- Expansivo.

En el quehacer psicológico siempre intervienen mapas conceptuales o bien llamados paradigmas y es por esto que resulta importante explicar que creencias o propósitos predominan en el psicólogo a la hora de desempeñarse en su praxis.

Se considera importante comenzar con, según Saforcada (2017) la definición de paradigma :

El conjunto de creencias, propósitos (finalidades u objetivos), conocimientos de diversa índole (científica, puramente empírica, filosófica, de sentido común, etc.), prejuicios, suposiciones vigentes (fundamentadas o carentes de sostén lógico) y preconcepciones de diferente naturaleza (ideológicas, filosóficas, tecnológicas, etc.) que, en un lapso de tiempo determinado, es compartido por una comunidad profesional que posee o busca poseer un fundamento científico y tecnológico.

Teniendo en cuenta el paradigma individual restrictivo, se puede inferir que en Argentina, en el ámbito de trastornos mentales, se encasilla a la Salud dentro de lo mental, excluyendo una mirada macro, integral y expandida para explicar que la salud de una persona o comunidad no debe remitir a la enfermedad como malestar sino al aprendizaje de destrezas comunes, saludables y positivas para todos los miembros de la comunidad. “No menos del 75% de la demanda de atención por sufrimientos o problemas de manifestación mental no son

enfermos sino personas que carecen de las destrezas necesarias para afrontar ciertos problemas de la vida. Solo necesitan asesoramiento para generar esas destrezas”. (Saforcada, 2017)

En los últimos años han habido muchos cambios, desde el estado de salud de las poblaciones, que gracias a la medicina ha ido mejorando. Y la inclusión del pensamiento salubrista que ofrece herramientas diferentes para abordar los problemas de salud y orientar las soluciones correctas. (Martin Alfonso, 2003)

Todos estos cambios no hubieran sido posibles sin el aporte indiscutido de la psicología social, que incluye sus aportes para fomentar la participación popular, identificar las necesidades de la comunidad, favorecer la comunicación entre sus miembros, y operar en sus comportamientos con respecto a la salud. (Saforcada, 1999)

A modo de explicar el paradigma o paradigmas de la Psicología de la Salud. Se decidió tomar en cuenta dimensiones y subdimensiones que explican la naturaleza intrínseca de la posición clínica y posición salubrista.

El soporte teórico que se explica en el cuadro tiene relación con las concepciones y prácticas básicas de cada posición. Comenzando con el sistema conceptual dentro de la posición salubrista que opera según el paradigma social-expansivo, siendo multidisciplinario dando lugar a todas las disciplinas biológicas , psicológicas y sociales. La posición salubrista opera, desde su posición científico técnica con orientaciones tecnológicas de las disciplinas que tengan en cuenta al ser humano como una entidad bio-psico-social-cultural-económico y político. Su orientación rige hacia lo positivo, actuando en lo sano mediante la protección y promoción, modificando las condiciones y problemas de salud relacionados con la calidad de vida.

(Saforcada 2017)

Tabla 1 :Paradigmas subyacentes a las concepciones y prácticas científicas en Salud.

SUBDIMENSIONES	PARADIGMAS	
	INDIVIDUAL- RESTRICTIVO	SOCIAL-EXPANSIVO
1- Estructura del saber	Mono o bidisciplinaria	Multidisciplinaria exhaustiva
2- Objeto del saber	La enfermedad	El proceso de la salud
3- Eje teórico-técnico	La clínica restrictiva	La clínica expandida o epidemiología
4- Hipótesis etiológica utilizada	Etiopatogénica	Etiológica integral
5- Componentes etiológicos involucrados	Agente – Huésped	Ecosistemas de salud
6- Significación del ser humano	Nicho de la enfermedad	Instancia del proceso de salud
7- Ubicación eje significación-valoración	En el profesional, sus teorías y sus técnicas	En la comunidad y sus problemas
8- Actitud del efector ante los usuarios	Autocrática	Relativista cultural
9- Orientación fundamental del efector	Rehabilitadora	Protectiva y promocional
10- Objeto de la acción	El individuo descontextuado	Un ecosistema
11- Efecto buscado con la acción	Remisión de la enfermedad	Cambios en el ecosistema

DIMENSIONES:

1-6 SOPORTE TEÓRICO;
7 SOPORTE AXIOLÓGICO
8-9 SOPORTE ACTITUDIN

HEGEMONÍA DE LA SALUD NEGATIVA – PROMUEVE LA ENFERMEDAD

HEGEMONÍA DE LA SALUD POSITIVA – PROMUEVE LA SALUD

Nota: Recuperado de Saforcada, E. (2017).

Para explicar el paradigma social-expansivo parece importante comenzar por el concepto de salud propuesto por Enrique Saforcada (2017):

La salud es un proceso extremadamente complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico, psíquico, espiritual¹, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida.(p. 3).

Se considera esta concepción en salud dado que supera la tradicionalmente utilizada por la OMS que homologó la salud al concepto de bienestar de forma poco realista al entenderla como “Estado de completo bienestar” (OMS, 1948) escindiendo todas las situaciones vitales por las que transcurre la vida de los sujetos y los grupos humanos que más bien vivencian una tensión entre lo deseable y lo que en realidad ocurre (Saforcada y de Lellís, 2006).

A partir de esta última definición de salud se visualiza fácilmente cuál es el aporte fundamental de cada disciplina al proceso de salud, tanto en la vertiente de la comprensión como el de la acción profesional.

I.2.El desarrollo de la Psicología de la Salud

La psicología de la Salud no ha surgido del vacío, al contrario, es la resultante de indiscutibles hechos, ocurridos a lo largo de la historia y que se interconectan entre sí con múltiples disciplinas relacionadas con la salud pública como por ejemplo la antropología, sociología, filosofía, medicina, etc.

Morales Calatayud (1997, citado en Saforcada E., 1999) la define como:

La rama aplicada a la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud- enfermedad y de la atención de salud. Consecuentemente a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud. Incluye un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la persona. (p.88)

El desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido esencialmente el resultado natural de:

a) las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, **b)** el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y, **c)** la posibilidad de comprender cómo variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc.) mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad.

El modelo biomédico ha ido cediendo lugar al modelo biopsicosocial, donde se destaca la habilidad del médico para valorar los determinantes psicosociales, culturales de los síntomas pero sin restarle importancia al diagnóstico de la enfermedad.

El desafío de mejorar las condiciones de salud frente a este panorama es un asunto que trasciende el ámbito científico, técnico y profesional de la medicina convencional y de los sistemas de salud basados en el modelo biomédico tradicional, que tienen prominente intención curativa: la promoción de salud y las acciones de prevención producen mayor impacto con menor gasto en las acciones de salud y estas acciones no pueden realizarse al margen de consideraciones psicosociales. Es necesario introducir un nuevo enfoque, nuevos pensamientos, modificar

estrategias y maneras de abordar el modelo biopsicosocial. Entender que la salud no debe ser entendida como un bien en sí mismo sino como un medio para que el sujeto y la sociedad mejoren su calidad de vida .

Aunque formalmente el reconocimiento de la Psicología de la Salud como disciplina o profesión de la salud es un hecho relativamente reciente, Abalo y Meléndez,(2005) opinan que el desarrollo de esta nueva disciplina no es ajeno al desarrollo mismo de la Psicología: los vínculos entre la ciencia madre y salud han existido desde las primeras etapas del desarrollo de la Psicología. Los constantes progresos científicos, el perfeccionamiento de su aparato conceptual, los descubrimientos sobre los factores psicológicos en el proceso salud enfermedad con el incremento consecuente de la capacidad operativa de acciones psicológicas sobre este eje, el desarrollo de modelos que han devenido fuentes teóricas como la Psicología Clínica, la Psicología Comunitaria y la Medicina Conductual, han permitido ir forjando este nuevo campo de trabajo.

I.3.Tipos de Disciplina- Transdisciplina- Multidisciplina- Pluridisciplina- Interdisciplina

Teniendo en cuenta el marco conceptual donde se sitúa la entrevista domiciliaria como estrategia, y la manera en que se desarrolla junto con otros profesionales dentro de un equipo, se considera pertinente explicar las siguientes definiciones:

DISCIPLINARIEDAD:

Se entiende la “disciplinareidad” como la disciplina aislada de las demás especializaciones. La disciplina se conecta en un sentido horizontal con las demás disciplinas. (Sotolongo y Delgado 2006 citados en Carvajal Y., 2010). Un ejemplo de esta definición podría ser el desempeño del Lic. en psicología en consultorio privado.

TRANSDISCIPLINA:

Lo “transdisciplinario” traspasa los límites de lo interdisciplinario y tiene como objetivo superar la sectorización del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio de métodos científicos de los saberes

(interdisciplina). Los autores citados agregan que es un proceso en el cual se trascienden los límites de las disciplinas individuales para analizar problemas desde perspectivas múltiples y generar, así conocimientos.

En esta comprensión, la investigación transdisciplinar se orienta hacia los aspectos del mundo real más que a aquellos que tienen origen y relevancia sólo en el debate científico. Una cuestión de mayor importancia en este tipo de investigación es: hasta qué punto se consigue la integración de las distintas perspectivas científicas. Este aspecto es a menudo usado para distinguir entre trans, ínter y multidisciplinariedad.

Abalo & Meléndez,(2005) destacan como importante desarrollar acciones de transdisciplinariedad, subrayar las relaciones entre educación-salud-medio ambiente-calidad de vida, como propósitos sociales fundamentales, ofrecer mayor prioridad a la promoción de salud, con focalización en grupos de alto riesgo, la participación colectiva en la solución de los problemas de la población, y priorizar la atención en los llamados problemas “emergentes”(derivados del envejecimiento poblacional, el embarazo precoz, el alcoholismo y uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia y los accidentes, las cuestiones étnicas y éticas que afectan a la salud, los factores y condiciones de riesgo como obesidad, desnutrición, polución, uso desordenado del suelo, destino inadecuado de excrementos, problemas de vivienda, empleo y renta, actividad física insuficiente, control inadecuado de vectores, además de los comportamientos, creencias, actitudes y hábitos nocivos a la salud e incorporados en los estilos de vida no saludables).

MULTIDISCIPLINAR:

Como la palabra lo indica, una persona puede estudiar o tener interés en más de un área del conocimiento a la vez sin que eso implique una conexión entre ellas . Por ejemplo se puede ser competente en psicología, economía y abogacía sin que ello genere una relación entre ambas.

La Real Academia española define “multidisciplina” : afecta o abarca varias disciplinas. Teniendo en cuenta el mismo caso, puede un licenciado en trabajo social ser competente en la manipulación de diferentes leyes sin que esto implique ser un profesional de leyes.

PLURIDISCIPLINARIDAD

Usualmente se da entre áreas del conocimiento en un mismo nivel de jerarquías, compatibles entre sí. Implica una cooperación entre disciplinas un entendimiento mutuo.

Torres 1994 citado en Carvajal Y. , 2010, por su parte, la define como la unión no-integrativa de dos o más disciplinas, más o menos cercanas y por lo general dentro de un campo de conocimientos, que conservan sus métodos y modelos propios, como ocurre en la multidisciplinariedad, pero en la que se busca mejorar la relación entre ellas.

INTERDISCIPLINA

No hay interdisciplina si no se logra construir un equipo de trabajo, que permita convergencia, complementación y articulación de diferentes dominios disciplinares.

La “interdisciplina” según Ackerman (1988, citado en Carvajal Y., 2010) ofrece los siguientes beneficios: contribuye a obtener un pensamiento flexible, desarrolla habilidades cognitivas, mejora el aprendizaje y sus habilidades, facilita el entendimiento de fortalezas y debilidades de las disciplinas, incrementa la habilidad de acceder al conocimiento adquirido y enfrentar contextos disímiles. Un ejemplo de este tipo es desempeño del Lic. en Psicología que trabaja dentro de un equipo técnico que abordan los mismos casos entre sí y a la vez todos pertenecen a la misma institución.

Requisitos para una buena interdisciplina:

El trabajo interdisciplinario más que un logro es un esfuerzo de : cooperación constante, respeto mutuo , confianza, apertura mental para manifestar las complementariedades y lo que cada uno puede aportar a un proyecto interdisciplinario ya que varias disciplinas tienen en su propio conjunto de normas para abordar o formular problemas y no reconocen otras.

Es necesario trabajar en conjunto, reconocer las limitaciones, estar abierto a críticas, y aceptar la opinión de los demás con respecto a nuestro trabajo, obteniendo así un equipo de trabajo sólido para enfrentar los problemas con sus complejidades.

Para ello se requieren, además, personas con capacidad de flexibilidad, confianza, paciencia, intuición, pensamiento divergente, sensibilidad hacia los demás, moderación, mediación, asociación y transferencia, entre otros; con el fin de iniciar y promover un diálogo constructivo, crítico y permanente (Zárate, 2007 citado en Carvajal 2010).

Según la CEPAL-ONU (2003), ninguna disciplina por separado puede brindar resultados por sí misma, los problemas modernos deben estudiarse desde varias disciplinas y conformando equipos, para obtener soluciones integrales.

Se deben trabajar proyectos que tengan en cuenta los diversos contextos, desde un punto de vista interdisciplinario y de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas. (Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. D. P., & Quintero, M. F. 2009).

I.4.Aspectos teórico-conceptuales y metodológicos de la Psicología de la Salud: algunas definiciones de Psicología de Salud.

Rappaport (1977 citado en Saforcada 1999) define a la Psicología de a salud como la disciplina que acentúa la importancia de una perspectiva ecológica de la interacción, dando a entender que se puede mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente, al crear nuevas opciones sociales y desarrollar los recursos personales, en lugar de realizarlo mediante la eliminación de las debilidades de los individuos o sus comunidades.

Matarazzo (2002 citado en Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. D. P., & Quintero, M. F. 2009) define a la psicología de la Salud como:

El agregado específico de las contribuciones profesionales, científicas y educacionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnósticos referentes a la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas a ellas, y al análisis y mejoría del sistema de salud y de la formación de políticas en salud(p-94).

En esta definición se destaca no solo la promoción y prevención sino también el diagnóstico individual y social que se pueda realizar y las contribuciones educativas que se brindan como profesionales a una comunidad específica.

Sarafino (1990 citado en Saforcada 1999) la ve como un campo de la Psicología introducido a finales de la década de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

León y Jarana (1992 citado en Saforcada 1999) consideran que es la aplicación de los conocimientos teórico-prácticos de la Psicología (en su triple vertiente: investigativa y profesional-asistencial) para lograr los objetivos que el sistema de salud plantea en un contexto socio-cultural determinado, partiendo de que la salud no es solamente un estado, sino un recurso para la vida.

Taylor (1995 citado en Saforcada 1999) considera que es el campo de la Psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos.

Es factible incorporar al concepto de salud pública diversas definiciones, ya que por si sola la salud pública no puede ser definida.

I.4.1. Primeros inicios y desarrollo de la Psicología de la Salud.

En la mayoría de los países de Latinoamérica, el estado utiliza sus recursos en la mínima expresión y permite que se transfiera mayor cantidad de dinero a los poseedores de riquezas económica, provocando así como consecuencia el deterioro de la salud, educación, la seguridad, la cultura, el avance científico, etc. Sus acciones o inacciones en lo público fomentan la atención de la enfermedad al sector privado, así con la salud como con la educación, obstaculizando el acceso adecuado a una buena educación estatal y brindando la imposición de la educación privada. Esto no es cuestión de un gobierno determinado sino, de años de gestión mal encauzada (Abalo y Menendez, 2005).

En nuestro continente se puede observar un escenario no tan favorable en varios países que son consecuencia de los procesos político-económicos deficitarios, donde la sociedad latinoamericana permanece inmóvil y sin capacidad de llevar a cabo acciones razonadas y adecuadas que contraresten o neutralicen efectos tales como: el envejecimiento poblacional, el embarazo precoz, el alcoholismo y uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia y los accidentes, las cuestiones étnicas y éticas que afectan a la salud, los factores y condiciones de riesgo como obesidad, desnutrición, polución, condiciones ambientales, problemas de vivienda, empleo, actividad física insuficiente, además de los comportamientos, creencias, actitudes y hábitos nocivos a la salud e incorporados en los estilos de vida no saludables.

La Psicología de la Salud, como respuesta a las problemáticas planteadas anteriormente, surgió en América Latina precisamente en Cuba, a finales de los años 60, con el desarrollo de recursos profesionales para la atención primaria de salud. Estos cambios sociales determinaron que la dirección del Ministerio de Salud Pública considerara necesario crear condiciones para que la psicología como ciencia y disciplina independiente, hiciera su propio camino profesional, vinculándose a otras especialidades médicas, no sólo a la psiquiatría.

Poco a poco se fueron formulando bases teórico metodológicas de una Psicología de la Salud asentada en la práctica institucional en el sector salud. Desde 1968 y 1969 se construyeron los fundamentos de un desarrollo particular de la Psicología de la Salud en una red institucional de asistencia a la población que cubría prácticamente todos los niveles y tipos de instituciones del sistema cubano de salud.

Abalo y Menendez (2005) aclaran que en Cuba, a finales de 1990 más de 1,500 psicólogos desarrollaban sus funciones en esta red institucional. En el año 2005, del total de psicólogos que trabajaban en el Sistema Nacional de Salud poco más de la mitad se dedicaban a la atención primaria, formando parte del equipo básico de trabajo del médico de la familia, en los consultorios que estaban en la comunidad, integrados a cerca de 450 policlínicos en todo el país (se disponía de efectiva cobertura de atención con el médico de familia y su equipo en más del 97 % de la población).

En Cuba, hasta el año 2005 casi el 40 % del total de psicólogos del Ministerio de Salud Pública atendían a la población en más de 280 centros hospitalarios generales o clínico-quirúrgicos, materno-infantiles o gineco-obstétricos, pediátricos, psiquiátricos y en 11 Institutos de Investigación y otros hospitales altamente especializados. A su vez, estos mismos centros contaban con más de 800 técnicos medios, conocidos como psicometristas, trabajan en la red como valiosos auxiliares de los psicólogos, haciendo posible cierta reconceptualización del papel de la evaluación psicológica y descargando al psicólogo de tareas necesarias, pero costosas en consumo de tiempo, y permitiendo que pueda ocuparse más de la intervención.

¿Cuál es el papel de la psicología en este contexto?

En este escenario se encuentra la psicología trabajando desde dos vertientes : una, desde la práctica profesional y la investigación aplicada, la otra, la de la investigación básica junto a la elaboración y reformulación de teoría. (Saforcada, 1999) .

No cabe duda que, la psicología frente a este escenario con sus problemas puede hacer grandes aportes, pero la psicología latinoamericana en pocos casos ha respondido a las necesidades más importantes de los países y pueblos de la región, al contrario, ha aceptado más los designios, lineamientos teóricos y tecnológicos y especializaciones de aplicación de los países desarrollados, por ejemplo Estados Unidos, cuyo escenario es muy diferente a América Latina.

Sin embargo, la psicología de la salud, desde los años 70, ha emergido como un campo que, de frente a estos desafíos, puede y debe aportar a la solución de muchos de los problemas de la salud pública contemporánea. A lo planteado, Martín Alfonso (2003) agrega : “ Ninguna otra aplicación de la Psicología ha tenido un desarrollo tan amplio en un período tan breve de tiempo”.(parr.2)

El desafío de mejorar las condiciones de salud frente a este panorama es un asunto que trasciende, a todas luces, el ámbito científico, técnico y profesional de la Medicina convencional y de los sistemas de salud basados en el modelo biomédico tradicional, que tienen prominente intención curativa: la promoción de salud y las acciones de prevención producen mayor impacto con menor gasto en las acciones de salud y estas acciones no pueden realizarse al margen de consideraciones psicosociales. (Abalo y Menendez, 2005).

Por este motivo se considera importante ubicar a la entrevista en domicilio dentro de un marco de la Psicología de la salud, ya que esta intervención transdisciplinaria toma contacto con las familias fuera del consultorio, no es la familia la que asiste a buscar ayuda, sino el profesional con su equipo de trabajo el que se acerca al domicilio otorgando ayuda.

La aplicación de la entrevista en domicilio permite un trabajo interdisciplinario, cooperación y complementariedad de profesiones unidas para abordar espacios naturales, sociales de encuentro con esas personas que por diferentes motivos no pueden asistir a la institución.

Es importante que cada profesional pueda desarrollar su quehacer específico profesional, pero también integrar su trabajo junto con el desempeño de los demás profesionales del equipo. Es imposible pensar la entrevista en domicilio sin un equipo interdisciplinario que otorgue complementariedad de saberes y procedimientos dentro de un ámbito de trabajo complejo como lo es la familia y su contexto.

CAPITULO II

Formación Universitaria en Psicología.

Con el correr de los años la mayor parte de la psicología Argentina y Latinoamericana ha evolucionado manteniendo cierta distancia entre el enfoque científico y el contexto social. Según diferentes investigaciones realizadas entre los años 1990 y 2010, resultaba poco reconocido el funcionamiento que debía adquirir un plan de estudios para responder a las demandas sociales.

La mayor parte de la psicología argentina y en parte también la latinoamericana se ha desarrollado históricamente manteniendo un aislamiento relativo respecto del enfoque científico y el contexto social. Durante la década del 90, se hacía visible una tendencia a otorgar una importancia creciente a la formación científica básica del psicólogo. Hasta el año 2010 muchos planes de estudios no respondían a las demandas sociales. (Benito E.,2010).

Las carreras de psicología en Argentina nacieron en la década del '50 y en universidades públicas, en tiempos de renovación social, cultural y educativa, favorables para la emergencia de nuevas profesiones. La primera fue creada en 1955 en la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Las siguientes abrieron sus puertas en la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1957, en las universidades nacionales de Córdoba (UNC), de La Plata (UNLP) y de Cuyo (en San Luis) en 1958, y en la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) en 1959. Más tarde, en 1966, se abrió la de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMP). (Courel y Talak,2001)

En la provincia de Mendoza el 29 de agosto de 1963 fue creada la Facultad de Antropología Escolar, dependiente de la Dirección General de Escuelas de Mendoza. Las carreras eran Psicología, Pedagogía y Educación Diferencial. Psicología fue cerrada por el golpe cívico militar el 11 de marzo de 1977. (Moro, 2013)

Teniendo en cuenta las universidades privadas en la misma provincia surge en 1968 la carrera de Lic. Psicología en Universidad de Aconcagua. A partir del año 2004, se creó en la Universidad de Congreso, en el año 2005 surgió la misma en la Universidad de Mendoza en la Facultad de Ciencias de la Salud, con dos sedes: Mendoza y San Rafael, se dicta la carrera de Lic. en Psicología. (Kaplenbach, 2015)

II.1 Período pre-profesional.

Antes de la iniciación de las carreras, la psicología Argentina ya tenía varias décadas de historia. La primera cátedra universitaria de psicología fue abierta en 1896 en la facultad de filosofía y letras de la Universidad de Buenos Aires.

Los primeros profesores fueron abogados (Rodolfo Rivarola, Nicolás Matienzo) que adherían a una psicología científica basada en la fisiología del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. En 1902 se hizo cargo del curso Horacio G. Piñero, un médico que trabajaba en el laboratorio de fisiología experimental de la Facultad de Ciencias Médicas, que introdujo la metodología de los laboratorios wundtianos y que abarcaba, además de la psicofisiología y de la psicofísica, la psicología clínica.

En 1906 se crea un curso en la facultad, que incluía el estudio de sistemas y teorías psicológicas, cuestiones generales, enfoques genéticos, psicología social, procesos psíquicos superiores: sentimiento, intelecto, lenguaje y personalidad. Este curso tuvo como profesores primero al alemán Félix Krueger, y luego a los argentinos José Ingenieros y Carlos Rodríguez Etchart. (Courel y Talak,2001).

En esos tiempos estaba todavía ausente la concepción de la psicología como profesión autónoma. Se procuraba producir saberes psicológicos científicos para aplicarlos a la resolución de problemas en campos profesionales ya conformados, tales como la clínica médica, la educación y la criminología (Ríos y Talak, 1999 citados en Courel y Talak,2001). Los mismos autores agregan que, durante esta primera época, se destacaron los trabajos de José Ingenieros sobre clínica, criminología, aspectos teóricos de la psicología y los primeros textos históricos sobre los estudios de psicología en Argentina .

La psicotecnia empieza a tener más fuerza, mediante la aplicación de tests y cuestionarios a las poblaciones locales. Creando así la construcción estadística de una normalidad.

A través de la expresión cuantitativa de la inteligencia, las aptitudes, el rendimiento, los intereses y el carácter, la psicología podría convertirse en una práctica autónoma diferenciada de la psiquiatría y de la filosofía. En estos años previos a la creación de las carreras de psicología, aunque los institutos y especializaciones en psicología se organizaron en ámbitos estatales y en las áreas de educación y trabajo, las cátedras universitarias de psicología se mantuvieron alejadas de estas orientaciones prácticas preservando un perfil más

teórico y filosófico, cuyos autores de referencia iban desde Bergson hasta Merleau Ponty, pasando tanto por los teóricos de la Gestalt como por Husserl, Heidegger y Sartre (Dagfal, 1997, citado en Courel y Talak ,2001).

II.1.1 Las provincias camino hacia el título:

Según los aportes de Ardila, Klappenbach , Courel y Talak las universidades fueron surgiendo de diferentes maneras en toda Argentina:

En Mendoza (Universidad Nacional de Cuyo), el Dr. Horacio Rimoldi, médico egresado de la Universidad de Buenos Aires, interesado en los modelos matemáticos objetivos, organizó en 1942 el Instituto de Psicología Experimental, vinculado a la Facultad de Filosofía y Letras, en la cual dictaba Biología y Psicología II (Ardila, 1978 citado en Courel y Talak, 2001). En 1946, luego de la llegada de Perón al gobierno, Rimoldi se alejó de Mendoza y desaparecieron del plan de estudios las dos cátedras antes mencionadas. En 1948, el Instituto de Psicología Experimental pasó a llamarse Instituto de Biotipología, pasando a depender del Instituto de Medicina para Graduados.

En San Luis, sede en ese entonces de la Universidad Nacional de Cuyo, fue fundado en 1948 por Plácido Horas el Instituto de Investigaciones Psicopedagógicas. En 1952, fue creada la Dirección de Psicología Educacional y Orientación Profesional, como proyección del mencionado Instituto. Y en 1953 se creó la Especialización en Psicología, carrera de posgrado de tres años de duración, dividida en tres ciclos: fundamental, de especialización y de aplicación. Podían ingresar a ella los egresados de las Facultades de Ciencias de la Educación y de Filosofía y Letras. Si bien el área de la salud pública como incumbencia posible del psicólogo fue una temática propia de la década del '60, ya fue tenida en cuenta en esta especialización .

En la Universidad Nacional de Tucumán, dentro de la Facultad de Filosofía y Letras, se creó en 1950 la Licenciatura de Psicotecnia y Orientación Profesional, de 5 años de duración. Su plan era muy abarcativo, similar al que tendrían luego las primeras carreras de psicología. También era posible realizar un profesorado de cuatro años de duración. Funcionaban en Tucumán, además, tres institutos donde se realizaban investigaciones psicológicas: a) el Instituto de Psicotecnia y Orientación Profesional (del cual dependía la

mencionada licenciatura); b) el Instituto de Ciencias de la Educación, que tenía una "Sección de Investigaciones Psicológicas, Biológicas y Antropológicas"; y c) el Instituto de Filosofía (Klappenbach, 1995 citado en Courel y Talak,2001).

Fue en esta Universidad donde en 1954 se llevó a cabo el Primer Congreso Argentino de Psicología.

En Rosario, en la Universidad Nacional del Litoral, se creó en 1947 la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Allí se destacó Luis Juan Guerrero, que dictó psicología desde 1953 con un enfoque fenomenológico-existencial, y que participaría más tarde en la creación de la carrera.

En la Sección Ciencias de la Educación de la ciudad de Paraná, se creó a fines de 1951 un "Gabinete de Psicotecnia", que tenía como objetivos realizar orientación profesional y determinar aptitudes físicas e intelectuales. En 1953, en Rosario (también dentro de la universidad), se creó la carrera de Auxiliar de Psicotecnia, para los egresados de las Escuelas Normales y con una duración de dos años (Courel y Talak, 2001).

II.2.Primeras carreras y orientaciones predominantes.

Courel ,Talak y Saforcada afirman:

La primer carrera de psicología del país se creó en la ciudad de Rosario, el 6 de abril de 1955, aunque fue cerrada al poco tiempo después del golpe de estado que se produjo en el mes de septiembre.

Los planes asumieron perspectivas acentuadamente humanísticas, combinándose enfoques provenientes de la medicina con otros de perfil filosófico. Con distintos matices, puede decirse que los primeros planes tenían una orientación más bien plural, en la que el psicoanálisis se conjugaba con la reflexología y enfoques fenomenológico-existenciales. A diferencia de lo sucedido en Chile o Brasil (donde la psicología norteamericana y particularmente el conductismo tuvieron mucho peso), en Argentina la psicología procedente de Francia siguió siendo más importante, destacándose la recepción de autores como Daniel Lagache, Henri Piéron, Maurice Merleau-Ponty y Jean Piaget .

En Argentina este predominio vino de la mano de una rápida expansión del psicoanálisis, que a mediados de la década del '60 se instaló como matriz teórica fundamental, sobre todo en las carreras de Buenos Aires, Rosario y La Plata. Cuando en 1942 se creó la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), se trataba solamente de un núcleo reducido de médicos psiquiatras que atendía a las elites porteñas, aunque llegaría a ser la institución psicoanalítica más importante de Iberoamérica.

El psicoanálisis que ingresó en las carreras en la década del '60 no respondía a la ortodoxia de corte médico de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Estaba atravesado por inquietudes de tipo social que lo hacían más atractivo a los ojos de los alumnos. En este sentido, cabe destacar la influencia de las ideas de Enrique Pichon-Rivière. (Saforcada ,2017)

Por su parte, los psicólogos querían ejercer con autonomía la práctica , ya que hasta entonces el psicólogo , en 1967, solo podía hacer psicodiagnóstico e investigación bajo las órdenes del médico psiquiatra , ignorando, sus competencias en el ámbito laboral, educacional, jurídico y comunitario.

En 1967, el Poder Ejecutivo Nacional, que ejercía el gobierno defacto desde el golpe militar del año anterior, dictó la Ley 17132, de ejercicio legal de la medicina, por la cual incluía las actividades del psicólogo en el capítulo 9, destinado a los auxiliares de la medicina hasta la sanción de la Ley 23.277 en 1985. Según el artículo 91 de tal normativa, el psicólogo sólo podía desempeñarse profesionalmente bajo dependencia del "médico especializado en psiquiatría" y sólo "por indicación y bajo su supervisión" (Ceberio M. R. ,2016).

Recién en 1980 el Consejo de Rectores de Universidades Nacionales reconoció las incumbencias del psicólogo en los diferentes ámbitos. Finalmente, el trabajo de los psicólogos en psicoterapia dejó de ser "clandestino" con la promulgación de la Ley Nacional del Ejercicio de la Psicología (Ley 23.277) en 1985. (Klappenbach, 2000)

II.3 Incumbencias del Lic. en Psicología.

Por incumbencias del título de Psicólogo o de Licenciado en Psicología, se entienden las competencias, es decir, las capacidades que el psicólogo ha desarrollado tras su formación universitaria y mediante las cuales está en condiciones de llevar adelante determinadas acciones o actividades. (Klappenbach, 2000)

Sin embargo Pesino, C.; Pereyra Z. y Maria E., (2013) realizan una diferenciación donde definen: “incumbencias aquello para lo cual la normativa vigente habilita a los profesionales; y las competencias como aquellas actitudes, habilidades y contenidos, en los cuales esa misma legislación, forma e instruye, a esos mismos profesionales legitimando y legalizando ese saber”.(p.56)

Es necesario destacar que la posición ética del profesional requiere un desempeño que incluya un acuerdo entre las incumbencias, la currícula y la época que se está transitando.

Figuroa y Uribe (2012) infieren que las incumbencias de un título cumplen una función demarcativa: establecen los alcances y límites de una determinada formación universitaria; demarcan el limitado dominio del conocimiento sobre el cual un determinado tipo de graduado ejerce autoridad y dominio. Al mismo tiempo, es necesario advertir que una resolución de incumbencias no tiene fuerza de ley, no legisla, más vale puede llegar a orientar al legislador.

Sin embargo, lo que se intenta establecer es que, por bien estructurado que esté el programa de grado, por variadas que sean las competencias que promueva, es posible que no sean suficientes para el desarrollo de las destrezas, habilidades y conocimientos que un psicólogo clínico requiere para ejercer la profesión desde una postura ética y responsable.

Por este motivo no sería razonable que una legislación permitiera que un psicólogo pudiera matricularse para ejercer determinado acto profesional, si, previamente, las incumbencias del título no hubieran establecido que tal acto profesional fuera efectivamente de su competencia a partir de su formación universitaria. Es decir, que la cuestión del

ejercicio profesional contiene la cuestión de las incumbencias, y éstas, a su vez, contienen la cuestión de la formación universitaria. (Kapplenbach, 2000)

A grandes rasgos, los estudiantes universitarios poseen las competencias básicas, predominantemente en el área clínica. Pero es fundamental, opina Figueroa y Uribe (2012) en la formación profesional del psicólogo clínico el desarrollo de competencias investigativas. La “investigación” es una de las herramientas más poderosas que el psicólogo clínico tiene a su alcance con el fin de proponer nuevos acercamientos a las distintas situaciones que se presentan tanto a nivel social como a nivel individual.

Además de las competencias investigativas resulta importante destacar la notable ausencia de pautas, guías, y normas en la práctica pública y su influencia considerable en la ética de la profesión en este ámbito, y a su vez en el desempeño y quehacer del profesional. Ya que en la formación profesional, es importante la integración de teoría y práctica, a través de esto se lograría reconocer cuales serían los problemas, cómo enfrentarlos correctamente y así lograr una óptima identificación, comprensión y enfrentamiento de situaciones de implicancias éticas. Winkler M., Alvear K., Olivares B., Pasmanik D. (2012)

Se considera importante el aporte de Saforcada para explicar cómo se manifiesta la práctica pública y práctica privada desde el punto de vista ético.

Al nombrar la integración de teoría y práctica en la formación profesional, Saforcada (1999) expone la necesidad de tener en cuenta en la formación de profesionales la diferencia conceptual clara entre orden de práctica y orientación de la práctica. Entiende por orientación de la práctica a los modelos teóricos, ya sean clínicos o pertenecientes a la psicología de la salud. Por orden de la práctica, se refiere al ámbito de acción que puede ser público o privado.

El eje de significación-valoración de un profesional sería el conjunto de conceptos, teorías, enfoques mediante los cuales una persona significa y valora el mundo que la rodea, y a través de esto orienta y regula su comportamiento. El eje que el profesional elija dependerá de la formación que el mismo reciba.

Figura 1: Diagrama de los emplazamientos posibles del eje de significación-valoración de la realidad específica circundante y sus implicancias éticas.



El profesional, sus teorías y sus técnicas

La población, sus problemas y su solución



PRACTICA PRIVADA DE LA PROFESION

PRACTICA PÚBLICA DE LA PROFESIÓN.



Éticamente se justifica , porque hay una relación contractual en un plano de igualdad de poder y capacidad de elección.

Es una exigencia ética porque hay una relación obligada en un plano de desigualdad de poder e incapacidad de elección.

Nota: Recuperado de Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*, Paidós.

II.4.Paradigmas Preponderantes.

Indagando en una perspectiva histórica, se descubren dos paradigmas claramente diferenciados dentro de la formación universitaria del psicólogo: el individual-restrictivo y el social-expansivo

Para cada una de ellas se indagó el indicador pertinente en las dos grandes líneas de concepciones y prácticas en salud que se dieron a lo largo de la historia, desde el mundo grecorromano de la antigüedad hasta nuestros días: una, el higienismo, continuado por la medicina social y mucho más tarde por la psicología comunitaria; la otra, la medicina clínico-experimental y posteriormente la psicología clínica. El conjunto de estos indicadores da origen a la configuración de cada uno de los mencionados paradigmas.

Así mismo para entender la formación del psicólogo es importante entender el predominio de los paradigmas que hacen a su quehacer profesional en tanto también humano. Formaciones orientadas por el paradigma clínico darán como resultado profesionales cuyo eje se centrará en sus soportes teóricos y sus prácticas dependerá, de modo excluyente, de las tecnologías que deriven de esos soportes.

El profesional orientado por un paradigma salubrista va a accionar y elegir sus estrategias de intervención teniendo en cuenta la población y sus problemas. Incluso, para determinar qué es un problema de salud , apelará no sólo a sus marcos teórico-científicos sino a las características, y visiones de la misma población . Estará al tanto de los contenidos de los saberes en salud presentes en la cultura y bus-cultura donde se desempeñe. Además tendrá la posibilidad de desarrollar acciones preventivo-primarias de la enfermedad, encarar acciones de protección y promoción de la salud, además de trabajar eficazmente en instituciones públicas de la seguridad social o en la misma comunidad. (Saforcada, 1999).

Lo planteado hasta aquí permite advertir cómo la orientación actual en la gran mayoría de las universidades, en lo referido a la formación de los profesionales y técnicos de salud, responde a un paradigma estrictamente clínico restrictivo, centrado en la enfermedad y en enfoques asistenciales orientados por el modelo de consultorio privado o práctica liberal de la

profesión. Si bien es cierto que el psicoanálisis ha incursionado en las demandas y abordajes sociales, los grandes avances en esta área provienen de modelos no psicoanalíticos.

La Argentina pierde así un valioso recurso de salud , los profesionales no son capaces de aportar una concepción social y eco sistémica integral del proceso salud-enfermedad. Las universidades los inhabilitan para incluirse en las acciones relacionadas con la protección y promoción de la salud. (Saforcada, 1999)

Se presenta como desafío frente a esto, reevaluar el perfil de las carreras de psicología para que los futuros profesionales puedan contribuir no solo al avance de la ciencia sino también a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. (Alonso y Klinar, 2014)

II.5.La Educación Universitaria.

Se ha calificado la formación de psicólogos en Argentina como monoteórica, generalista y predominantemente psicoanalista, ajena a la investigación, reduccionista tanto en la teoría como en la práctica, ignorando las demandas sociales del medio.

Alonso-Martín (2010 citado en Figueroa y Uribe 2012) explica:

La universidad tiene como misión la transformación de conocimientos y la formación integral humana y profesional de los estudiantes siendo para ello necesarios unos adecuados contenidos de los programas, un modelo constructivista de enseñanza/aprendizaje, y unas metodologías y técnicas docentes que ayuden a la formación de nuevos profesionales, que promuevan ciertas actitudes y desarrollen propuestas autónomas (p. 103).

Es importante crear en los estudiantes un pensamiento crítico, que se adquiere por medio de las investigaciones que realicen en la universidad. Además, si los docentes, en el marco de la enseñanza no se abocan a realizar investigaciones, tampoco están dando un ejemplo ideal a los alumnos. (Melgarejo , 2010).

Es indispensable la investigación y la exploración de sus resultados, pero junto con eso la cooperación de la sociedad y el aprovechamiento de las ventajas tecnológicas; la educación

y la formación, y como esto propicia el desarrollo regional y local, al que pueden contribuir de manera significativa.

La relación con un mundo y naturaleza compleja, precisa de un pensamiento complejo. Edgar Morin citado en Max Neef (2004) propone una reformulación radical de la organización del conocimiento, un pensamiento recursivo. Es decir un pensamiento capaz de establecer retroalimentaciones.

Los psicólogos clínicos, así como los psicólogos en las demás ramas de la disciplina, como profesionales y como seres humanos, deben contar con las competencias, conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan asumir su rol en la sociedad y en la profesión de manera ética, responsable y consciente. La formación académico-profesional debe, por todos los medios, posibilitar la construcción de tales competencias, conocimientos, habilidades y destrezas. (Figueroa y Uribe 2012)

Para mejorar la formación de grado en psicología clínica Fierro, C.; Iacovella, J. Toselli, L. (2015) coinciden en reflexionar acerca de ciertos errores que operan en la curricula implícita o explícitamente. Esto debido a tres razones fundamentales:

Primero, según los descubrimientos empíricos y sistemáticos obtenidos se registra, una gran actualización en cuanto a la formación de psicólogos argentinos, especialmente en lo referido a la reducción clinicista, monoteórica, intuicionista y desactualizada del ejercicio profesional (Benito y Elmasian, 2010; García, 2009; Medrano, Moretti, Benito, y Elmasian, 2009; Moya, 2012 citados en Fierro, C.; Iacovella, J.; Toselli, L., 2015).

Segundo, porque el núcleo psicoterapéutico del área clínica, registra los mayores índices de desempeño profesional en Argentina. El desarrollo de la psicología en Argentina, está dirigido hacia la práctica profesional, especialmente en el campo de la clínica o la psicoterapia, “16 posgrados están orientados a la clínica o psicoterapia (18.6%) y un total de 20 son explícitamente sobre psicoanálisis (23%)”. La mitad de los programas de posgrado se centran en la enseñanza de la clínica. Teniendo en cuenta esto, investigaciones contemporáneas indican que entre el 40 y 90% de los psicólogos se dedican a la clínica, mientras menos del 1% se dedica al área comunitaria. (Alonso y Klinar, 2014)

Junto con esto se considera que los estudiantes perciben subjetivamente sus competencias más desarrolladas en el área clínica (Fierro, 2014; Manzo, 2011 citados en Fierro, C.; Iacovella, J.; Toselli, L., 2015).

En tercer y último lugar, debe considerarse que los estándares que rigen los procesos de acreditación de las carreras de psicología del país desde 2009 explícitamente promueven una formación pluralista, científica, actualizada y crítica (Di Doménico y Piacente, 2011 citado en Fierro, C.; Iacovella, J.; Toselli, L., 2015). Esto brindaría potencialmente una mirada más optimista en cuanto a la búsqueda de un paradigma social- expansivo, relacionado con otras áreas y ámbitos de actuación del psicólogo que van más allá de la psicología clínica.

Según un estudio realizado por Castro Solano, A. (2004). el perfil del psicólogo promedio, registra carencias básicas en una gran cantidad de áreas desde el punto de vista del potencial usuario del sistema, hallazgo que resulta llamativo frente a la gran cantidad de estudiantes y graduados de psicología en Argentina.

La formación predominante tanto en el ámbito universitario como extrauniversitario se enmarca dentro del desarrollo de competencias clínicas clásicas, ya que algunos contenidos clínicos más modernos (diagnóstico por DSM-IV, intervenciones en crisis y emergencias) no forman parte de las competencias profesionales de los graduados.

Esto aparece no solo como desventaja sino como desafío a evaluar la calidad de los conocimientos y competencias básicas transmitidas y aprendidas por los estudiantes , especialmente , opina el mismo autor, en carreras relacionadas con la salud pública.

Por su parte, Serrano-García, Colón y Díaz (2005 citado en Figueroa y Uribe 2012), plantean la pertinencia y la necesidad de que los estudiantes de psicología se involucren en la política pública. Estos investigadores exploraron, en siete universidades de

Puerto Rico, particularmente en doce departamentos de psicología, el estado de la educación y/o adiestramiento en política pública. Según resaltan, únicamente en tres de los programas del país se ofrecen cursos directamente relacionados a la política pública y sólo uno ofrece práctica relacionados a la misma. Lo interesante fue que a pesar de que en algunos programas no existe un adiestramiento formal en política pública, sí se trabajaba en algunos cursos de forma indirecta, reconociendo la pertinencia del tema.

Es necesario promover el análisis construccional de las situaciones desde el inicio de la formación de los estudiantes de psicología clínica, esto posibilita miradas integrativas, abarcadoras y contextualizadas de las situaciones. Esto, a su vez, repercute en un ejercicio clínico a conciencia, ético y responsable. (Saforcada, 2017)

Unidades académicas interconectadas.

A pesar de la diferencia de modelos, prácticas y teorías parece importantísimo y optimista destacar como saber complejo y en camino a un modelo más generalista la creación en 1991, en Rosario la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPSI), formada por todas las unidades académicas de psicología de las universidades públicas de Argentina y Uruguay.

La AUAPSI se propuso, según señala su Estatuto, "...promover la interrelación entre las distintas unidades académicas de psicología del país, con el objetivo permanente de mejorar la formación de grado y posgrado, la investigación y la extensión universitaria" (AUAPSI, 1991 citado por Iglesias, I., Scharagrodsky, C. J., Szychowski, A., y Tarodo, P. V. 2010). (p-339)

En 2007, AUAPSI confecciona un Documento para dar respuesta al Art 43 de la Ley de Educación Superior N° 24521, donde queda incluida la resolución N° 136/04 (Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, 23 de febrero del 2004) que hace referencia a los títulos de Licenciado en Psicología o Psicólogo. Esto significa que dichos profesionales se incluyen en las profesiones "reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes". (Iglesias, I, et al. 2010)

Lo novedoso de estos emprendimientos ha sido el logro de acuerdos a partir de la cooperación entre psicólogos de orientaciones diversas (cognitiva, psicoanalítica, social, etc.), sobre estrategias de desarrollo para el conjunto. Por otra parte, la AUAPSI ha acordado con la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA), que nuclea a las asociaciones gremiales, avanzar en la complementación de sus respectivas actividades, convergiendo hacia políticas integrales en la formación de los psicólogos

Para concluir, lograr mejoras en la formación de grado requiere no sólo de paradigmas y conocimientos, sino, también de orientación ética, de responsabilidad que como profesional se tiene sobre la salud del paciente.

Es razonable pensar que la quiebra ética ha deteriorado la dimensión correspondiente a la capacitación científica-técnica , la cual involucra de modo muy significativo a los ámbitos universitarios de formación de los recursos humanos de salud, todo esto porque los profesionales olvidan los ideales y códigos éticos que tenían al comenzar su formación , a esto define Saforcada (1999) “se suma la voluntad de lograr el mayor nivel de excelencia científico técnica para poder desempeñarse en el campo profesional”. Ambos olvidados por la inclusión que como profesionales tienen en el mercado.

Resulta imprescindible generar oportunidades para la formación y promover, a la vez, la transferencia de conocimientos. Incluyendo por ejemplo las actividades de extensión universitaria en la vida de la comunidad. Creando de esta manera las bases hacia un compromiso social de los jóvenes profesionales.

CAPITULO III

La entrevista domiciliaria como estrategia de intervención.

Los sujetos reproducen y recrean el contexto social del cual son emergentes. Es imposible concebir a los individuos fuera del marco social donde pertenecen y es imposible pensar los contextos en que las personas viven, sin las dinámicas intersubjetivas que los construyen y sostienen.

Cuando el profesional concurre al domicilio, realiza la entrevista, vulgarmente se denomina visita, pero la intervención es específicamente una entrevista. Desde el mismo encuadre de visita o entrevista, la estrategia de intervención, roles y procedimientos que en ella se encuentran, son similares.

La comprensión de esta perspectiva es imprescindible para entender la salud en un plano colectivo, su accionar se ubica siempre en el campo psicosocial, en un marco de interacciones sociales a partir de las cuales se construyen valores, percepciones, creencias, representaciones, sociales, culturas, y subculturas, prácticas sociales, modalidades de organización y participación, redes, espacios de poder, todos aquellos procesos de dinámica intersubjetiva que modifican, configuran los estilos de vida, por una parte, y modelan los ambientes.

Las entrevistas domiciliarias despiertan la sensibilidad humana, nos permite ver más allá, comprender que el paciente que visitamos es un ser integral o biopsicosocial, rodeado de circunstancias económicas, sociales, familiares, psicológicas y ambientales.

III.1. Definición:

La entrevista domiciliaria, utilizada muy poco por los psicólogos, es una herramienta fundamental para incluirse en esta dialéctica de individuo-sociedad. Para comprender esto es importante comenzar definiéndola:

Roca y Ubeda citado en Velazco, Duran (2003) afirman que:

La entrevista domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas". Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta,

descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.(p. 195)

Así mismo, Cifuentes Gil (2001, citado en Casallas Contreras, M. A., López, C., Matilde, A., Medina Cruz, D. A., y Torres Velasquez, L. 2010) define a la visita domiciliaria como “El actuar profesional dirigido a un colectivo (grupo, población territorial, institución, organización) para la transformación de una situación específica a partir de una realidad contextual que propicia el mejoramiento de la calidad de vida”. (p-6)

En la entrevista domiciliaria se observa la interacción desde fuentes primarias directas, esto mismo permite apreciar reglas y pautas estructurantes del funcionamiento familiar.

Gervas y Perez (2010 citado en Zuliani L. A., Villegas, M. E., Galindo, L. A. y Kambourova, M., 2015) afirman: “ La visita domiciliaria, a pesar de haber sido pensada más como una estrategia de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación, no ha sido reconocida como una estrategia pedagógica que aporta a la formación integral, siendo un instrumento de evaluación más utilizado por profesionales de trabajo social, enfermería y terapéuticos, que por médicos y médicas”. (p-3)

La visita domiciliaria es considerada una estrategia educativa para identificar y mejorar factores de riesgo capaces de producir enfermedad en la práctica comunitaria. (Prado y Prado, 2012 citados en Zuliani et al.,2015)

Este escenario facilita al profesional una mirada integral, al conocer la dinámica interna de la familia e identificar qué aspectos sociales y culturales del entorno influyen en la situación.

Además en la entrevista domiciliaria se facilita un acercamiento cálido y de confianza con los integrantes de la familia; por encontrarse en su ambiente cotidiano, (Zulliani, et al., 2015) de esta manera los profesionales pueden hacer una mejor evaluación, y la familia visitada se muestra mucho más colaboradora y menos irritable.

Sintetizando lo planteado, según Cubillos X., (2007) los beneficios de la entrevista domiciliaria son :

- La familia aumenta su participación y responsabilidad.
- Mejora la calidad de vida de los integrantes de la familia.
- Brinda una sensación de intimidad y bienestar.

- Mejora la educación hacia las familias o comunidades.
- Previene la falta de inserción social (gracias al vínculo que tiene la familia con los integrantes del equipo que visita el hogar, personas ajenas a su comunidad y familia).

Así mismo, para garantizar el desarrollo de la entrevista domiciliaria, son necesarios ciertos requisitos, Velasco y Duran (2003) determinan:

1. La participación de todos los miembros del equipo de salud.
2. La valoración integral del paciente y su familia.
3. La coordinación con los demás recursos sanitarios y sociales.
4. La participación comunitaria, desde la propia familia hasta las diversas asociaciones que existan.

Para garantizar el empleo de la entrevista domiciliaria es importante tener claro sus definiciones y requisitos indispensables para su aplicación, entender que para lograr las metas propuestas se requiere el aporte del profesional, su equipo, la familia, y los recursos sanitarios y sociales.

Como elementos generales importantes a destacar para lograr una entrevista domiciliaria eficaz, la intervención dentro del domicilio va a depender de lo que según Cancrini (1987 citado en Coletti y Linares 1997) llama “Sintaxis”, como “conjunto de normas que dan como fruto la organización que hace el profesional del material que le propone la familia que visitamos. Sería en otras palabras el relato de los casos”. (p .124)

La gramática para este autor sería el conjunto de recursos técnicos que posibilitan la eficacia de la intervención, por ejemplo, cómo manejarse en la primera entrevista, cómo conseguir acomodarse a la familia, cómo usar el lenguaje analógico y digital, cómo distribuir el tiempo, cómo concluir, etc.

III.1.1. Entrevista Domiciliaria Integral:

Se considera importante distinguir dos concepciones, para lograr entender la denominación de “integral” en la entrevista domiciliaria.

Según Cubillos, (2007):

“La atención en domicilio a diferencia de la entrevista domiciliaria integral, es la atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor” (...). (p.1)

De lo contrario, la entrevista domiciliaria integral permite ver al individuo y más allá de éste, porque incluye todo su contexto: dónde vive, con quiénes vive, las personas, sus relaciones y las circunstancias en las que se desarrolla su acontecer mental; en este contexto, siempre se debe recordar que es una de las actividades más invasivas que puedan realizar los profesionales de la salud, por lo tanto es una actividad de riesgo y no se puede hacer sin una preparación previa. “Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud”. (Cubillos, 2007)

Se observa, en las entrevistas, una relación de asimetría, la cual no es muy difícil de imaginar, ya que una persona externa a la familia ingresa al hogar a señalarles los problemas que poseen, o las indicaciones para realizar destrezas positivas. Por este motivo es imprescindible que haya un buen vínculo establecido previamente, para que, según el mismo autor “la actividad se pueda enmarcar en la narrativa de la familia y otorgue continuidad a la atención”. (p.3)

Por lo tanto, esta actividad debe ser planificada y autorizada, en una negociación que se debe hacer previamente. Y no quedarse con el compromiso que implica la invasión, sino ver la visita como una intención de ayuda y compromiso por parte de los profesionales o instituciones, y que la familia lo perciba de esa manera.

En el momento de elegir la entrevista domiciliaria, como cualquier otro instrumento de trabajo profesional en el proceso de ayuda es importante, opinan Coletti y Linares (1997) “reflexionar sobre sus usos y efectos, tener en cuenta que esto conduce a actualizar experiencias profesionales propias y de otros, sino, además a contrastar necesidades,

circunstancias , modos de hacer y aceptar los condicionamientos históricos y socioculturales, así como la lucha por el cambio”. (p. 167)

Resulta importante tener en cuenta que cuando se interviene en un domicilio, es necesario flexibilizar las nociones de familia y hogar que previamente se tienen adquiridas, suponiendo de esta manera , según los mismos autores planteados, una definición clara de la posición del profesional en la co-construcción de realidades alternativas.

III.2.Contexto Legal de la entrevista domiciliaria : Ley Nacional de Salud Mental 26657.

Para comenzar, se ubicará a la entrevista domiciliaria como estrategia de intervención, explicando en qué contexto legal se sitúa, para que sea más fácil entender la valoración de este instrumento, alejado del método clínico tradicional y abierto hacia el ambiente, hacia el hogar de cada individuo.

La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 se ha constituido en una herramienta normativa, basada en los estándares de derechos humanos, como también fortalece el rol del Estado nacional y libra nuevas formas en el modelo de atención del psicólogo. Esta ley, ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Por lo cual, su abordaje incluye inevitablemente un enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario, integrado por técnicos y profesionales, fuera del ámbito de internación hospitalario. (Bang, 2014)

De esta manera, parece destacable explicar cada aspecto fundamental de esta ley comenzando con su definición, presente en el artículo 3, donde “se reconoce a la salud mental como proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (p-1)

La modalidad de atención queda a cargo de equipos interdisciplinarios integrados por técnicos y profesionales, fuera del ámbito de internación hospitalario. “Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”. (p-2)

Estas modalidades deben promover dispositivos tales como la atención domiciliaria supervisada, que implementen acciones de prevención y promoción en salud mental.

III.3. Etapas de la entrevista domiciliaria:

La entrevista comienza con la identificación de ese ambiente externo desde el momento en que se conoce el nombre del barrio que se va a visitar, hasta la llegada donde se observa la vivienda de la familia. Aquí se determinan dos aspectos que rodean a la familia: uno institucional, que evidencia la accesibilidad que tienen para el transporte, la recreación, las instituciones educativas, de salud y religiosas que complementan la red de apoyo social de la familia, necesarias para su proceso de desarrollo y bienestar. Y un segundo que es el de convivencia, que son las normas y relaciones que se establecen en el entorno comunitario. (Coletti y Linares, 1997)

Dentro de las etapas de la entrevista pueden surgir inconvenientes, la entrevista puede crear expectativas negativas a la familia, al esperar demasiado, desde ayudas económicas, sociales, educativas, mejoras en la vivienda y solucionar la situación de salud del niño o niña, hasta tener temor de que los sujetos profesionales de salud interactúen con entes territoriales y judiciales para tomar medidas legales frente a la situación de la familia. También esta entrevista puede generar sentimientos en el profesional que obstaculicen su intervención como por ejemplo temor a no lograr una buena comunicación con la familia, por ejemplo con la utilización de un lenguaje apropiado o estrés frente a las condiciones en las que vive la familia. (Zulliani , et al., 2015).

Para que estas dificultades no se presenten o se puedan solucionar, la visita domiciliaria familiar requiere una rigurosidad en su planeación, concertando una hora adecuada para hacer la intervención, el conocimiento del lugar al que se debe llegar, la preparación previa sobre lo que se hará y los instrumentos que se van a utilizar durante la visita.

Cubillos, (2007) evalúa distintas etapas para la entrevista domiciliaria entre ellas se destacan:

Programación: Se debe establecer quienes asistirán y cuantas visitas se harán. Si forma parte de un proceso elegir de manera estratégica en que momento del proceso se realizará, para que los integrantes de la familia no se sientan invadidos.

Planificación: Tener en cuenta el motivo de la visita y los objetivos propuestos. Tomar medidas de confidencialidad, precisando día y hora, y dependiendo de el motivo de la visita se debe obtener el consentimiento de la familia. Es necesario que la familia sepa cuál es el beneficio que se obtendrá al exponer su intimidad.

Ejecución: Comienza desde el momento en que el equipo se dirige al domicilio, se observan las características físicas del lugar, cómo se desenvuelve la familia en ese marco de protección, socialización y satisfacción de necesidades. En el momento de ingresar al domicilio comienza la primera parte de la entrevista propiamente dicha, la fase social, esta es muy importante porque posibilitará crear un clima de confianza con la familia. Además de observar las características físicas se observa la dinámica familiar, y dentro de ésta los factores protectores y de riesgo.

Evaluación y registro: El equipo debate acerca de los datos obtenidos y extrae conclusiones, a partir de esto realiza una descripción y evaluación de la entrevista realizada. Se elaboran hipótesis acerca de los problemas y posibles soluciones que se confrontan con los miembros del equipo y posteriormente con la familia.

Se considera importante el aporte de Anton (1998 citado en Velazco y Duran 2003) quien agrega dos etapas importantes a lo planteado:

Planificación de los cuidados: en esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales: a) Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables. b) Establecer acuerdos o pactos con la familia. c) Identificar y movilizar los recursos disponibles: la familia y el cuidador de la familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.

Ejecución de cuidados: estos pueden ser los cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

III.4. Entrevista y Observación.

Además de las etapas importantes para comprender la praxis, es indispensable incluir la entrevista y la observación como elementos fundamentales dentro de la visita domiciliaria:

Cáceres, Oblitas y Parra (2000, citados en Casallas et al., 2010) afirman que es necesario involucrar directamente la entrevista ya que, de forma lógica, la visita domiciliaria se basa y consiste en una entrevista, la cual “orienta a obtener información, es decir, determinar ciertas características y condiciones del entrevistado, conocer opiniones, creencias, comportamientos, sentimientos frente a determinados hechos o situaciones” (p.23).

Por otro lado, la observación posibilitará el contacto con las familias, en su cotidianeidad, junto con su cultura, sus creencias, como también la respuesta de la familia frente a la situación de la visita.

Según los aportes de Bonilla E. y Rodríguez P. (citados en Naranjo L. y Gualteros I., 2009) se puede decir que:

“la observación implica focalizar la atención de manera intencional sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de captar sus elementos constitutivos y la manera cómo interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación”. (p. 56)

En otras palabras, la observación permite reconstruir la realidad que trae la familia en su contexto, y situación específica.

III.5. Procedimiento de la Entrevista Domiciliaria desde el enfoque sistémico:

El procedimiento que corresponde para desarrollar la entrevista domiciliaria desde el enfoque sistémico, está determinado, no solo por la concepción que el profesional tenga de la entrevista misma, sino de su papel en relación con la institución para la cual trabaja, de sus relaciones con el equipo interdisciplinario cuando lo hay, de las relaciones con quien toma las decisiones finales, de la política de la institución y de las normas legales que rigen su quehacer y la situación de la familia sobre la cual se toman decisiones.

De esta manera, aunque el procedimiento de la entrevista domiciliaria conserva su estructura para el desarrollo y aplicación de las políticas, procedimientos y formas de consignar la información de cada institución, es importante, como afirman diversos autores que han trabajado desde la óptica sistémica, tener en cuenta: según Casallas et al. (2010)

- Puede establecerse una diferencia entre la realidad que se observa, producto de la interacción y la comunicación de los miembros de la familia con el o la profesional, y la realidad que se describe en los informes. Esto puede darse por la complejidad de lo observado o por las condiciones mismas de tiempo y circunstancias en que se hace la visita, como también por la subjetividad propia del investigador.

- Es necesario, cuando se realizan las entrevistas a las familias, tener en cuenta que los sistemas familiares no son fijos, estáticos, sino dinámicos y cambiantes. Lo que se observa en una visita domiciliaria, puede ser totalmente diferente a lo que se observa en otra, por lo cual hay que pensar en el proceso total de comunicación con la familia, al cual aporta la visita domiciliaria pero también los demás contactos que se tengan con la familia.

- Según los autores citados, es importante analizar también, cuando se realiza la visita, cómo se coloca el o la profesional en relación con los demás subsistemas con los que trabaja: en la institución, en el equipo interdisciplinario, en relación con la jerarquía formal, en relación con los reglamentos, las leyes y las alianzas con que puede contar, bien sea para proponer un procedimiento o una decisión o para organizar la intervención.

- Dada la complejidad de la entrevista es muy importante preparar rigurosamente su intervención para no dejar de lado elementos cruciales a la hora de informar, proponer, tomar decisiones que afectan no solamente a las familias sino también a las instituciones.

La entrevista domiciliaria, facilita procesos de empatía con la familia, el profesional comprende los problemas que la familia tiene, como así también el lenguaje que comparten, observar la familia en su propio contexto permite relacionar aspectos que de una u otra forma pueden dar cuenta de dinámicas, relaciones, emociones, jerarquías, alianzas entre otros dentro del sistema familiar; así mismo “desde este enfoque se logra comprender que el profesional al integrarse al sistema familiar lo modifica y éste al profesional”.(p.63) (Casallas et al., 2010)

III.6.Contextos en que se realiza la entrevista.

Estos contextos, según D'Adda y Gallioni (1983), citados por Campanini (1991), pueden ser de distinto orden:

- Informativo (cualquier miembro de la familia puede informar sobre algo o solamente uno de ellos tiene la información);
- De asesoramiento, cuando en sucesivas visitas el profesional tiene el tiempo y la intencionalidad de establecer con la familia un tipo de relación dirigida a tratar un problema específico;
- Asistencial, cuando se trata de recolectar información para atender un problema urgente, generalmente asociado a condiciones materiales.
- De control, cuando intervienen decisiones de entidades con poder legal para decidir sobre alguno de los miembros de la familia.

Desde este mismo enfoque, los autores Coletti y Linares (1997) definen que el contexto asistencial promueve una posición inferior del paciente con respecto al profesional. El contexto de control tiene mucho poder al tener el respaldo de legislaciones o normas sociales, y debe ser utilizado como último recurso por parte del profesional. Por último el contexto informativo es similar a la enseñanza, la tarea del profesional es brindar indicaciones para guiar al grupo.

Tener claro en qué contexto se da la relación es muy importante para planear y ejecutar la entrevista domiciliaria y conseguir los objetivos propuestos. La manera de dirigirse a la familia no va a ser la misma si uno se encuentra en un contexto informativo o si asisten al domicilio en un contexto de control, donde la distancia es más establecida y el grado de responsabilidad y voluntad de la familia es mucho más bajo.

Frente a lo planteado resulta importante destacar el contexto de cooperación donde los profesionales se encuentran inmersos, ya que según los mismos autores, los profesionales de la salud trabajan en continuo intercambio con otros profesionales, ya sea por razones laborales

(comparten el mismo caso), por razones personales (precisan consejos o formación) o por razones estructurales (la organización donde trabajan esta jerarquizada).

Este contexto es universal ya que como agentes de salud no existen contextos donde no se deba trabajar con otros profesionales ya sea en red, inter o transdisciplinariamente. Incluso en el consultorio privado se necesita de la supervisión de un colega.

III. 7. Las emociones del profesional.

La descripción de cualquier sistema no puede ser objetiva, ya que ésta siempre incluye la parte subjetiva del observador que observa este sistema.

El análisis del sí mismo, del rol y de la interacción con la familia permite observar el lugar que ocupa el profesional en un sistema terapéutico . Y así a través de esto ser consciente de las fortalezas y debilidades que tiene el profesional como persona. (Coletti y Linares, 1997)

El trabajo con familias multiproblemáticas implica un desgaste serio del profesional. Es necesario un autoconocimiento personal, aceptar que existe involucración emocional, con sus riesgos en todo el proceso. Los mismos autores agregan que esta implicación emocional necesita ser explicitada y trabajada para que no intervenga en el proceso ni en el rol profesional.

Lo deseable sería que el profesional pudiera actuar de mediador, de traductor entre lo social y la familia pero muchas veces el profesional experimenta una identificación con algún miembro o situación familiar. Por esto, es muy importante que las instituciones tengan conciencia de ello y hallen formas de resguardar al profesional. El trabajo en equipo, el acudir en parejas, la alternancia dentro de las funciones (tareas de intervención directa por trabajo más interno).

Independientemente de esto, es fundamental que los equipos dispongan de espacios de supervisión, ya que estos ofrecen un ámbito para reflexionar, tomar distancia, recomponer

los objetivos y las intervenciones, expresar atascos, desalientos y emociones. La gran cantidad de sufrimientos, incongruencias, violencia que se dan en estas familias produce reacciones emocionales muy fuertes y variadas en el profesional que trabaja con ellas. Estas reacciones son parte integrante de la intervención y pueden facilitar o bloquear su evolución.

A modo de conclusión podemos pensar que en la entrevista domiciliaria se conjugan los paradigmas propuestos, tanto clínico, porque se realiza un diagnóstico de la dinámica familiar y social-expansivo porque se observa al individuo en su contexto social: en que barrio se encuentra ubicada su casa, donde se encuentra el centro de salud más cercano, como se trasladan hacia la escuela, cómo es la relación con sus vecinos, etc.

Esta estrategia genera un espacio de interacción con las familias que ayuda a comprender que la psicología no es solamente ver al sujeto paciente en el consultorio, desde el síntoma, sino comprender que el conocimiento del contexto y la familia por parte del profesional, brinda herramientas para elaborar intervenciones oportunas que contribuyen a mejorar la calidad de vida del grupo familiar.

En cuanto a la importancia que tiene la entrevista domiciliaria como técnica de intervención cabe destacar que, mediante esta estrategia se puede interactuar dentro del propio contexto de la familia y esto mismo posibilita que la familia tome en cuenta que la institución se preocupa por ellos y sobre todo permite brindarle a la familia la confianza necesaria para expresarse.

SEGUNDA PARTE:

MARCO

METODOLÓGICO

CAPITULO IV

Materialles, Método y Procedimientos.

Estudiar para qué sirve la entrevista domiciliaria y qué tareas realiza el psicólogo dentro de ésta contribuye a profundizar y ampliar la información teórico-práctica que existe mejorar la eficacia del trabajo del psicólogo y desarrollar una herramienta que pueda ser coherente con esa intención.

Esta investigación es viable dado que se busca comprender la experiencia, el quehacer y la importancia de los profesionales de psicología que realizan entrevistas domiciliarias y cómo su aporte es necesario para la profesión y para la sociedad.

La idea, motivo y finalidad de este estudio tiene que ver con profundizar en conocimientos científicos y estrategias que posibiliten mejorar y comprender diferentes herramientas en la praxis del psicólogo. Comprender la experiencia, el quehacer y la importancia que tendría la entrevista domiciliaria para los profesionales de psicología que trabajan con familias con derechos vulnerados.

IV. 1. Objetivos, y Preguntas de investigación de investigación:

Objetivo general:

Comprender la experiencia, el quehacer y la importancia que tendría la entrevista domiciliaria para los profesionales de psicología que trabajan con familias con derechos vulnerados.

Objetivos específicos

- 1- Conocer las experiencias subjetivas de los psicólogos que realizan visitas domiciliarias a familias con derechos vulnerados.
- 2- Describir las tareas que realiza el profesional psicólogo/a en ocasión de realizar una entrevista en domicilio con familias derechos vulnerados.
- 3- Conocer qué relevancia tiene para el profesional psicólogo la gestión de esta estrategia.

- 4- Conocer si esta estrategia es relevante para los profesionales de otras disciplinas que realizan de manera conjunta.

Preguntas de investigación:

- ¿Cómo es la experiencia subjetiva de los psicólogos que realizan visitas domiciliarias a familias con derechos vulnerados?
- ¿Qué tipo de actividades específicas realiza el psicólogo perteneciente a un lugar de trabajo en el que se realiza esta actividad de manera frecuente?
- ¿La visita domiciliaria, es relevante para el profesional psicólogo?
- ¿La gestión y el empleo de estrategias son relevantes para los demás miembros del equipo técnico?

IV. 2. Método

IV.2.1.Tipo de enfoque

El presente estudio tendrá un enfoque cualitativo ya que según los lineamientos de Hernández Sampieri, Baptista Lucio y Fernández Collado (2014) el enfoque cualitativo busca principalmente la “dispersión o expansión” de los datos e información, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas.

Con un alcance descriptivo que consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Además tendrá un diseño fenomenológico porque se trabajaran directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias. Enfocándose en la esencia de la experiencia compartida.

Según los mismos autores, los propósitos centrales del análisis cualitativo son:

- 1) explorar los datos
- 2) establecer una estructura, con unidades y categorías.
- 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones
- 4) explicar los datos, otorgarles sentido e interpretación.
- 5) comprender en profundidad el contexto.
- 6) reconstruir hechos e historias.
- 7) asociar los resultados con los conocimientos.
- 8) generar una teoría fundamentada en los datos.

IV.2.2.Campo empírico y conceptualización espacial y temporal:

La descripción de los sucesos se hace en único momento temporal.

La muestra es de expertos, estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas (Hernández Sampieri, Baptista Lucio y Fernández Collado 2014).

La investigación cuenta con dos intervenciones:

La experiencia propia de la investigadora como observadora participante y su realización de entrevistas en domicilio a familias con niños que han sido reintegrados, intervención solicitada por el equipo técnico de D.I.N.A.F (Dirección Nacional de niñez, adolescencia y familia) ubicada en Godoy Cruz, Mendoza, Argentina.

Entrevista semiestructurada dirigida a profesionales que realizan entrevistas domiciliarias, los mismos comprenden las edades entre 30-40 años. Dos son mujeres y dos hombres, ambos trabajan en el equipo técnico de “Casa cuna” perteneciente a D.I.N.A.F .

IV.3. Instrumentos de evaluación utilizados:

IV. 3.1. Registro etnográfico (cuaderno de campo):

Dentro de los métodos de recolección de datos pertenecientes a las investigaciones cualitativas, se encuentra el registro etnográfico. Según Murillo J. y Martínez C. (2010): “La etnografía consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos” (p-2). La “microetnografía” se basa en observar e interpretar un fenómeno dentro de un ámbito, institución o situación social.

Para esto es necesario, considera Bahktin (2008 citado en Cé, J., Oliveira-Machado, R., & Alencar-Rodrigues, R. 2011) tomar distancia de las pre-concepciones o prejuicios que el investigador trae. Se trataría entonces de una co-construcción de la realidad que trae el investigador y la realidad propuesta por la familia, y a partir de esas dos realidades construir una nueva.

Elementos de la Etnografía:

Los mismos autores explican :

“Uno de los rasgos centrales de la etnografía es la observación participante, constituida por una comprensión de las relaciones que el investigador y los interlocutores establecen en su contacto, algo como el acto natural de vivir, intrínseco al cotidiano, pero con fin distinto, o de la comprensión científica”.(p-6)

Como material principal de análisis en la perspectiva etnográfica se menciona el diario donde el investigador escribe las anotaciones más importantes.

Frizzo (2008 citado en Cé, J. et al. 2011), elabora un modelo para el diario y lo divide en tres ejes:

1.Descripciones: tipo de vivienda, contexto físico, comportamientos de los participantes, sentimientos manifestados.

2. Reflexiones: Acerca de los hechos, y de esta manera aportar para la comprensión de estos.
3. Preparación de la próxima intervención: planear acciones y actividades previstas.

IV.3.2. Entrevista Semi-estructurada:

El tipo de entrevista elegida es semiestructurada, se basa según Hernández Sampieri, et al. 2014, “en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información”.(p- 403).

A su vez que la entrevista no tiene pasos definidos ni claros, más bien, su estructura es dinámica. El modo en que se desarrolla, la dirección, normas, lenguaje, dependen tanto del entrevistador como del entrevistado.

IV.4. Procedimiento:

IV.4.1.Trabajo de Campo Previo:

Inicialmente fueron las prácticas profesionales del último año las que comenzaron a sembrar curiosidad e inquietud acerca de las entrevistas domiciliarias. En ese entonces las prácticas se trataban de brindar talleres informativos a los acompañantes familiares que trabajan en DINAF y concurrían a los domicilios de las familias involucradas. Se buscaba como objetivo capacitar a estas acompañantes que nada sabían acerca de lo técnico de visitar una familia con derechos vulnerados, pero si desde lo humano se comprometían, desde la pasión encontraban ese vínculo con la familia, y aprendían día a día a trabajar “trabajando” de manera conjunta con la familia.

Al año siguiente fue la colaboración para una investigación en DINAF lo que permitió el resurgimiento de algunas inquietudes, el trabajo consistía en tomar algunas técnicas de seguimiento a las familias, algunas dentro de la institución, y otras en el domicilio, ya que por razones económicas, de distancia y comodidad, las familias no podían asistir.

IV. 4.2. Trabajo de Campo:

Las intervenciones que se realizaron fueron las siguientes:

1) Entrevistas en domicilio:

Para la realización de la presente investigación se utilizaron los datos recolectados en los meses de julio y agosto del 2017 por la misma investigadora, quien realizó como observadora participante durante ese período tres entrevistas domiciliarias en familias con niños en proceso de reintegro, a pedido del equipo técnico de casa cuna perteneciente a Dinaf. El procedimiento consistía en salir de la institución con la movilidad propia de ésta, acompañada por la trabajadora social o acompañante de la respectiva familia. La duración de la tarea por lo general era de 2 horas, desde la salida de Dinaf hasta el domicilio asignado. En el caso de Costa de Araujo fueron casi 4 horas.

A fin de construir las categorías de las entrevistas, los crudos relevados y transcritos fueron enviados a tres jueces para que de manera separada propusieran las categorías posibles. De lo enviado por los mismos se realizó la consistencia que obra en el cuadro N° 1 que se detalla en el apartado siguiente.

2) Entrevistas a profesionales:

Para dar comienzo a las entrevistas semiestructuradas, se realizó el contacto con los directivos de DINAF, donde se les explicó el objetivo de la investigación. Luego se acordó un encuentro con los profesionales miembros del equipo técnico de “Casa Cuna” que realizan entrevistas domiciliarias, entre ellos dos psicólogos y dos trabajadores sociales, con quienes se realizó la entrevista semiestructurada, (ver anexo 1). Las respuestas fueron grabadas y luego transcritas (Anexo 2).

Luego de la recolección de los datos obtenidos de las entrevistas y los registros etnográficos los mismos fueron transcritos para posteriormente realizar una interpretación de los resultados obtenidos, en el siguiente apartado se procede al análisis de las categorías. No obstante se tiene en cuenta información relevante a la hora de realizar la discusión de resultados. Por último se presentan las conclusiones obtenidas del trabajo de investigación realizados.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE **RESULTADOS**

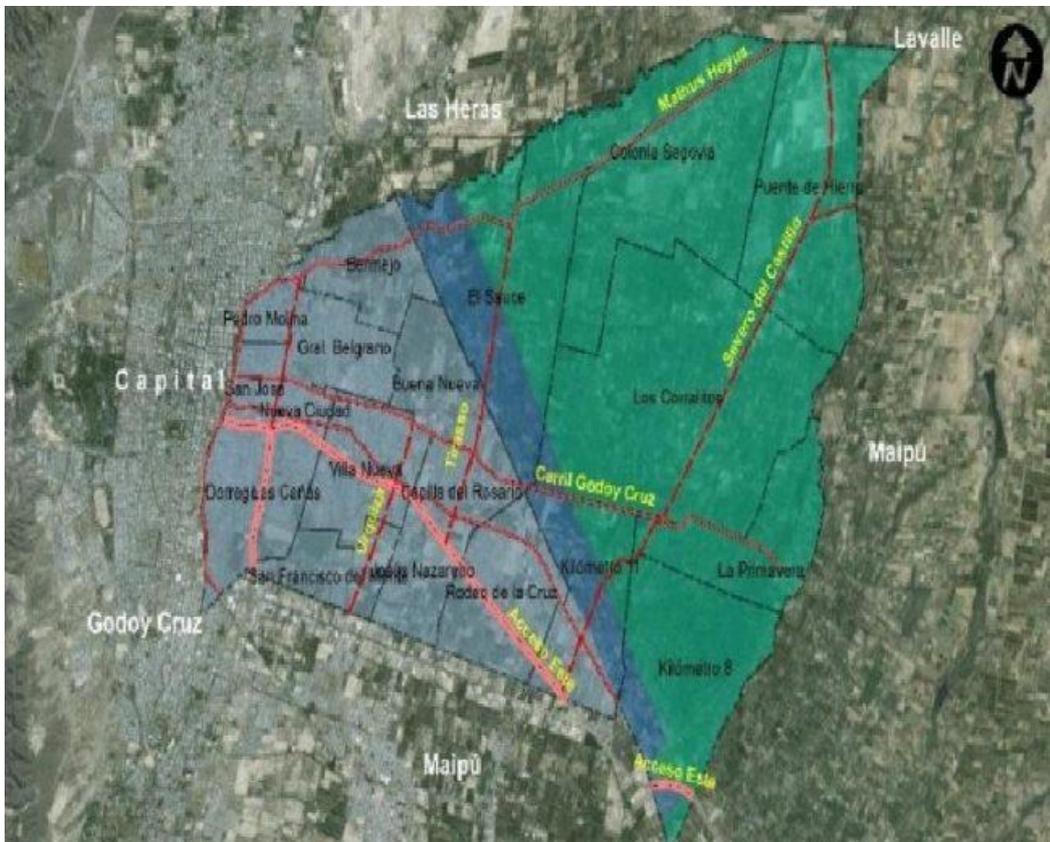
Registro etnográfico:
“Entrevistas domiciliarias”.

Lavalle- Costa de Araujo.





Bermejo- Barrio Nueva Esperanza.





San José- Guaymallén.





V.1.Registro Etnográfico:

Llegando a **Bermejo**, “Barrio Nueva Esperanza”, me espera Dulce la tía materna de Mora, quien está a cargo de sus cuidados desde hace un año. En el camino a casa, junto con la acompañante familiar, voy pensando y quizás un poco expectante acerca de cómo será el encuentro, ya que es la primera vez que realizo la entrevista domiciliaria sin ningún profesional a mi lado.

No conozco ese barrio, tampoco a la familia, esto provoca en mi cierta ansiedad, por este motivo le pregunto a la acompañante datos acerca del caso, para tener en cuenta cómo relacionarme con la familia, y qué aspectos observar.

La casa se encuentra en una esquina, frente a un descampado, entramos al hogar, saludamos, la casa es humilde pero acogedora, posee cocina comedor, tres habitaciones, en una duermen las niñas, en la otra Dulce, su marido y su hijo de dos años. La casa no posee cerámica, la cocina-comedor es calefaccionada a través de una estufa a garrafa, observo la cocina, con todos sus artefactos.

Dulce y su marido (que se encontraba colocando cerámica en el baño) nos saludan, mientras tanto los niños duermen.

Me presento, ya que soy desconocida para ellos. La acompañante le pide a Dulce algunos papeles para presentar en la institución. Por mi parte observo, y escucho, hasta intervenir y explicar el motivo de mi presencia, ya que por cuestiones de seguimiento debo realizar la toma de una técnica familiar.

Dulce despierta a Mora para que la acompañante la vea y hable un poco con ella.

En el momento del empleo de la técnica observo la dinámica familiar, e ítems a evaluar. La acompañante observa sin intervenir en mi tarea. Los miembros de la familia muy respetuosamente realizan toda la técnica, a gusto. Siento que la realizan tranquilos, sin sentirse evaluados y sin presión, ya que se encuentran en su hogar. Es en ese momento que yo también me siento a gusto y tranquila de poder desempeñar mi trabajo aunque no me encuentre en el contexto al que estoy acostumbrada.

Estoy satisfecha porque los objetivos de la entrevista en domicilio son logrados con éxito y sin ningún tipo de dificultades.

Me dirijo a **Lavalle** en compañía de la trabajadora social y una estudiante de trabajo social, concertamos una entrevista en domicilio de la Familia de Paula, una nena que ha sido reintegrada a su familia hace 6 meses.

Llegando al domicilio el camino se dificulta porque es de tierra, la trabajadora social no ha ido a la casa actual, la familia se ha mudado del otro domicilio muy cerca de allí por causas materiales ya que la casa se estaba, manifestando por los miembros de la familia: “viniendo a bajo”. Le preguntamos a un vecino que caminaba por esa larga calle de tierra si conocía a la familia, y a pesar de haber tan pocas casas, alejadas unas de otras por más de 500 metros, el vecino sabía donde vivía la familia.

Llegamos al domicilio y dos de sus integrantes trabajaban en la finca, las mujeres estaban dentro de la casa y la pequeña Paula jugaba afuera. Al vernos llegar las mujeres salieron y nos recibieron muy cálidamente, como otro miembro más de la familia.

La casa se encuentra dentro de una finca, por este motivo, afuera tiene un espacio bastante amplio. Es una casa vieja, alta y un poco oscura, está muy ordenada y limpia (adentro y afuera). Posee comedor, una cocina, y dos habitaciones. Su sistema de calefacción es una estufa a leña. En el comedor donde nos reciben tienen pocos muebles y bastante espacio, una mesa grande, sillas y un armario pequeño.

La trabajadora social me presenta, y explica el motivo de mi presencia, comienza a hacerles preguntas de seguimiento, yo mientras tanto observo. La cooperación entre los miembros se hace presente en los relatos, explicando como manejan el dinero, realizan los quehaceres domésticos y se ayudan entre todos para mantener juntos dos familias ensambladas, que son las que viven ahí.

Es el momento de la toma de la técnica, los hombres que estaban trabajando afuera entran a la casa para realizarla, con muy buena predisposición. En el momento que comienza la técnica, las trabajadoras sociales observan sin intervenir.

Percibo a la familia muy tranquila y entusiasmada con la técnica, eso genera en mi comodidad y satisfacción. Logrando de esta manera todos los objetivos propuestos.

Después de estas dos experiencias previas satisfactorias, me dirijo tranquila y con baja ansiedad al último domicilio ubicado en **San José, Guaymallén**. Me encuentro con la acompañante familiar, Debora y una estudiante de psicología. Llegando al domicilio golpeamos la puerta de un portón de chapa y nadie nos atiende, al segundo intento aparece la mamá de los 3 niños implicados en el seguimiento que estamos realizando, expresando sorpresa e incomodidad al vernos, abre muy poco la puerta casi sin dejarnos pasar.

La acompañante la saluda y le pregunta si podemos pasar. Ella nos deja entrar, adelante del lote se encuentra la casa de su hermana. La casa cuenta con 3 habitaciones, un baño y cocina-comedor, está muy desordenada y algo sucia, la televisión estaba con un volumen fuerte y las piezas totalmente abiertas y a la vista de toda persona que entrara al domicilio. La mamá en ningún momento saluda ni me hace tomar asiento, expresando una vez más la incomodidad que le provoca mi presencia y la de mi colega, expresado esto además gestualmente y verbalmente por ella: “No es necesario que me evalúen, a mi ya me evaluaron en Dinaf”.

Debora la acompañante explica los motivos de nuestra presencia, pero la mamá expresa: “No me gustan las sorpresas y que no se me avise que venías con dos personas más”.

Me empecé a sentir muy incómoda, con ganas de retirarme del domicilio, respetando la decisión de la madre, y colocando mi rol a expensas de ella.

Luego de unos minutos, Debora explica que la intervención es por pedido del equipo técnico, y si ella muestra desacuerdo es necesario que se elabore un acta explicando los motivos.

La madre, luego de esto, logró aceptar la toma de la técnica familiar. Nos invitó a sentarnos, disculpándose por lo sucedido. El clima se tranquilizó y pude realizar la técnica. A pesar de encontrarse la pareja y padre de uno de sus hijos él no acepto realizar la técnica, por lo que eso fue motivo de mi insatisfacción ya que todos los objetivos propuestos no se alcanzaron.

Personalmente sentí esta experiencia insatisfactoria pero creí importante aprender a manejar la tolerancia a la frustración que se pone en juego en este tipo de casos, y los aspectos objetivos que hay que tener en cuenta con respecto al rol y procedimientos a desarrollar muchas veces aunque los miembros de la familia no estén de acuerdo. Siendo firmes en nuestra postura y manteniendo una posición superior con respecto a la familia.

También es importante lograr un buen trabajo en equipo junto con los demás profesionales, realizar todos los pasos propuestos de la entrevista y ayudarnos en el cumplimiento de objetivos.

Cuadro 1: *Categorías de las entrevistas en domicilio.*

Categorías	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3
Domicilio especial	Barrio pobre	Medio rural, con dificultades de accesibilidad y alejado	Medio urbano
Encuadre desconocido	No se conocía.	No se conocía.	No se conocía.
Clase social	Baja	Baja	Baja
Intervención técnica	Entrevista, observación directa de condiciones de vida y de interacciones, técnica específica	Entrevista, observación directa de condiciones de vida y de interacciones, técnica específica.	Entrevista, observación directa de condiciones de vida y de interacciones, técnica específica.
Ambiente relacional	Agradable	Agradable	Hostil en distintos grados
Aviso	Sin aviso	Sin aviso	Sin aviso con resistencia
Logro de objetivos	Logrados	Logrados	Logrados con dificultad
Condiciones edilicias	precarias	Precarias	

			Desorden y precariedad sin
Interdisciplina	Acompañante familiar, estudiante avanzada de psicología.	Trabajadora social, estudiante avanzada de trabajo social, estudiante avanzada de psicología.	Acompañante familiar, estudiante avanzada de psicología.

Domicilio especial :se refiere a las características del lugar de realización de la visita.

Clase social baja: son grupos familiares de ingresos mensuales que no cubren las necesidades básicas del mismo.

Encuadre desconocido: los profesionales no tienen conocimiento de las características del lugar ni de los habitantes de la casa, ni su condición.

Intervención técnica: tipo de tareas realizadas.

Ambiente relacional: clima emocional de los participantes.

Logro de objetivos: éxito de la expectativa profesional propuesta.

Aviso: si la familia esperaba o no la visita.

Condiciones edilicias: estado del inmueble visitado.

Interdisciplina: diversos tipos de profesionales u operadores realizando la entrevista.

V.2. Entrevistas semiestructuradas.

Para realizar la presentación de los resultados obtenidos en la presente investigación se mostrarán en un primer momento síntesis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales.

Se muestran fragmentos de las entrevistas con sus respectivas categorías. (Ver anexo 2).

Tabla 2: Opiniones de los profesionales de CA con respecto a la entrevista en domicilio.

	Prof.1	Prof.2	Prof.3	Prof.4
1.	No tuve formación.	Poco.	Muy poco.	No tuve.
2.	Necesario, también en el consultorio privado.	Fundamental.	Super importante.	Ves al individuo contextualizado
3.	Evaluación del funcionamiento familiar.	Complementaria al trabajo en la institución.	Puede ser utilizada por cualquier profesional.	Observas el contexto.
4.	Observar relacional-contextual.	Entrevista familiar y visitar la red social.	Observar características de la vivienda , redes institucionales.	Tomar técnicas.
5.	Lic. Minoridad y familia, trabajador social, lic. Psicología.	Lic. Psicología, trabajador social.	Lic. Psicología, trabajador social.	Trabajador social, Lic. Psicología, Lic. Minoridad y familia.
6.	Los roles se mezclan.	Los roles se complementan, hay un límite, el diagnóstico.	Iguales, tienden a confundirse.	Similares.
7.	Trabajador social se enfoca en las redes, físico-arquitectónico. Lic. En Psicología se enfoca en la dinámica familiar.	Lic. Psicología se enfoca en lo funcional-familiar y hace sugerencias terapéuticas.	Lic. Psicología ve lo dinámico familiar, el trabajador social enfoque más social.	Trabajador social tiene una mirada externa. El Lic. Psicología mirada interna. Lic. en niñez se enfoca en las modalidades a pedir.
8.	Prefiero la entrevista domiciliaria.	Son complementarias.	Las dos se complementan.	Prefiero la atención dentro de la institución.
9.	Se eligen todas las familias evaluadas para un reintegro.	Todas se eligen.	Todas las familias.	Siempre en situación de reintegro del menor .
10.	Cada 15 días.	Durante el diagnóstico vas más. En el seguimiento cada 15 días.	Cada 15 días , depende del recurso institucional.	Depende de cada caso y de la movilidad.
11.	Miedo.	Satisfacción.	Miedo, ansiedad y expectativa de lograr cambios.	Miedo al comienzo .

Formación Universitaria: Idea, opinión o manera de entender la entrevista domiciliaria que tenía antes de egresar de la universidad.

Concepción Actual: Idea, opinión actual acerca de la entrevista domiciliaria.

Utilidad: Beneficios que posee para ser eficaz.

Tareas: Trabajo que se realiza.

Profesiones: Personas que han obtenido una preparación universitaria y que realizan la entrevista domiciliaria.

Roles y Procedimientos : Lugar que desempeña cada profesión, y modo de accionar.

Enfoque: Aspectos considerados por las profesiones en la entrevista domiciliaria.

Preferencia: Prefiere el trabajo en la institución o entrevista domiciliaria.

Criterios: Regla o norma para elegir a la familia que se entrevista en domicilio.

Frecuencia: Veces que se realiza la entrevista domiciliaria en cada familia.

Emociones: Sentimientos presentes en el profesional durante el transcurso de la entrevista domiciliaria.

V.2. Interpretación de los resultados.

Registros etnográficos:

Los domicilios visitados son muy diferentes entre sí, en especial el de Lavalle, por pertenecer a una zona rural. Bermejo y San José pertenecen al mismo departamento, pero Bermejo tiene una connotación más barrial, con más contacto entre vecinos, inclusive varios miembros de la familia extensa viven cerca. San José al ser visitado en horario de la siesta quizá demostró ser más desolado, por el motivo que cerca de la casa se encontraban muchos negocios comerciales. Los domicilios pertenecen a un encuadre desconocido para la investigadora, sobre todo el caso de Lavalle.

La clase social a la que estas familias pertenecen es baja, cubriendo solo las necesidades básicas, los ingresos provienen de un solo miembro de la familia.

La intervención técnica es la entrevista en domicilio, integrada por la observación participante y el empleo del “Test de las bolitas” del Dr. Raúl Usandivaras.

El ambiente relacional en general fue muy agradable, todos los miembros se mostraron colaboradores tanto en la entrevista realizada por la trabajadora social o acompañante familiar

como así también en el empleo del test. En el último domicilio visitado hubieron inconvenientes, un recibimiento un tanto hostil y de rechazo por parte de la mamá de los niños reintegrados. Por el motivo expresado por ella de “no avisarle” que la acompañante no iba sola al domicilio, en todos los casos no se avisa a la familia quien asiste y en la mayoría de los casos no se avisa la fecha y hora, con la intención de que la familia se muestre tal y como es.

Las condiciones externas del inmueble básicamente estaban cubiertas. Poseen los servicios básicos cubiertos. El hogar más humilde visitado fue el de Lavallo, pero el mejor distribuido y el más grande, los niños tenían suficiente espacio para jugar al aire libre. El hogar menos precario fue el de San José pero fue el más desordenado y sucio de los tres.

El trabajo interdisciplinario estuvo a cargo de trabajadores sociales, acompañantes familiares y estudiantes avanzados de psicología, se logró un buen trabajo en equipo cumpliendo objetivos propuestos y una excelente integración de disciplinas y abordajes.

Entrevistas semiestructuradas:

La formación universitaria acerca de la aplicación de la entrevista domiciliaria como estrategia en la mayoría de los casos es poca o nula.

Todos los profesionales coinciden en determinar su concepción actual afirmando la estrategia como necesaria y fundamental.

Por utilidad, se entienden los beneficios, a los que los integrantes afirman que esta estrategia permite contextualizar la intervención, la evaluación que se realiza de la dinámica familiar es más clara que la que se puede llegar a evaluar en la institución o consultorio.

Como tareas realizadas en el domicilio todos los entrevistados coinciden en la observación y entrevista, indistintamente de la profesión que desempeñen. En este caso como profesiones que intervienen en el desempeño de esta estrategia, todos coincidieron en trabajador social y psicólogo, incluyendo con menos frecuencia en las respuestas la presencia de abogados, médicos o Lic. en minoridad y familia.

Teniendo en cuenta los roles y procedimientos efectuados, se logra observar una coincidencia al explicar que son similares entre profesiones, pero existe un claro límite que los diferencia, el diagnóstico individual, propio de la praxis del Lic. en psicología.

El enfoque, o aporte teórico-técnico que realiza cada profesional, es similar entre todos, los aportes individuales se complementan, siendo propio del psicólogo el aporte interno del funcionamiento familiar, distinto el trabajador social que tiene un enfoque más orientado hacia lo externo de la familia, hacia los factores sociales.

En el momento de indagar acerca de la elección por parte de los miembros en cuanto a si prefieren el trabajo en la institución o en el domicilio, se puede interpretar que los dos ámbitos le resultan útiles, complementarios, al no poder decidir uno sólo. Los dos aportan datos significantes y diferentes entre sí.

En cuanto a los criterios que se tienen en cuenta al momento de elegir la familia para entrevistar en domicilio, se eligen a todas las familias que sean evaluadas en proceso de reintegro.

Con respecto a la frecuencia en que se utiliza la entrevista domiciliaria en cada familia, todos los entrevistados coinciden que se realiza cada quince días, tres semanas. La mayoría aclara que la frecuencia depende mucho del recurso institucional, denominada por ellos como “movilidad”, la movilidad es el transporte que brinda la institución para asistir a los domicilios, siendo éste escaso frente a la gran demanda de las familias.

Como sentimientos presentes en el profesional durante el transcurso de la entrevista domiciliaria, la mayoría coincide con sentir miedo, antes y durante la entrevista. A pesar de esto como aspecto positivo y motivador expresan satisfacción y expectativa de lograr cambios.

CAPITULO VI

DISCUSION DE *RESULTADOS.*

VI. Discusión de Resultados.

A continuación se realiza la discusión de resultados correspondientes, comenzando con la **formación universitaria (fu)** expresada por los profesionales como escasa y falta de práctica (en el caso de Lic. en trabajo social). En el caso de los Lic. en Psicología expresaron que no tienen ningún tipo de formación, recién en el caso de cursar maestría o postgrado, es explicada la entrevista desde lo teórico.

Debido a lo anteriormente planteado existen investigaciones que afirman el modelo clínico y poco social en donde se encuentra inmersa la educación universitaria. “Aún resulta poco reconocido el funcionamiento sinérgico que debería adquirir la organización del plan de estudios para responder a las demandas sociales”.(Benito, 2010)

Saforcada (2017) expresa: “La orientación clínica de nuestras escuelas de psicología tienen siempre o casi siempre un marco referencial psicoanalítico ortodoxo que ha llevado, en la mayoría de los casos, a que el psicólogo pierda de vista los diversos y fundamentales componentes sociales de la personalidad y los factores de esta misma naturaleza en la etiología de las enfermedades mentales”.

Según los descubrimientos empíricos y sistemáticos obtenidos se registra, una gran actualidad y concreción de hecho en la formación de psicólogos argentinos, especialmente en lo referido a la reducción clinicista, monotéorica, intuicionista y desactualizada del ejercicio profesional (Benito y Elmasian, 2010; García, 2009; Medrano, Moretti, Benito, y Elmasian, 2009; Moya, 2012 citados en Fierro, C.; Iacovella, J.; Toselli, L., 2015).

La segunda categoría se relaciona con la **concepción actual (con)** la idea, opinión actual que tienen los profesionales acerca de la entrevista, dos de los entrevistados

coincidieron afirmando que es necesaria y fundamental su aplicación. *“En el consultorio y clínica también sería fundamental hacerlo”* (Lic. Psicología, 30 años).

Otro entrevistado manifestó *“Es fundamental, en algunas etapas del seguimiento”*. (Lic. Trabajo social, 40 años)

Uno de las personas entrevistadas manifestó la importancia del rol simétrico que adquiere el profesional al ingresar al domicilio con respecto a los demás miembros de la familia. Según investigación realizada por Zuliani et al. (2015) se obtiene la conclusión: *“En la entrevista domiciliar se facilita un acercamiento cálido y de confianza con los integrantes de la familia; por encontrarse en su ambiente cotidiano, de esta manera los profesionales pueden hacer una mejor evaluación, y la familia visitada se muestra mucho más colaboradora y menos irritable”*.

En el caso de las entrevistas domiciliarias realizadas por lo general el clima emocional de la familia hacia la intervención fue muy favorable mostrando interés y colaboración de parte de sus miembros para realizar la técnica propuesta.

Otro profesional en la entrevista manifiesta: *“Ves interacciones macrosistémicas, al individuo contextualizado”* (Lic. Psicología, 33 años). Observar en que barrio vive, si concurre a instituciones cerca, que grupos frecuenta, como son las relaciones fuera y dentro de su entorno familiar.

Este escenario facilita al profesional una mirada integral, al conocer la dinámica interna de la familia e identificar qué aspectos sociales y culturales del entorno influyen en la situación.

El conocimiento del domicilio y las condiciones del inmueble ayudaron a obtener información acerca de la accesibilidad que los niños tenían para llegar a la escuela (en el caso de Lavalle). En el caso de la familia de San José, en un mismo terreno habitaban dos hermanas cada una en su respectiva vivienda con sus familias, entre ellas no existía relación, y eso era un aspecto a tener en cuenta por el equipo técnico.

La **Utilidad (uti)**, en la entrevista domiciliar serían los beneficios que tiene la entrevista domiciliar para ser eficaz.

El total de entrevistados expresaron: *“Puede ser utilizada por cualquier profesional, la evaluación que realizamos acerca de la dinámica funcional de la familia es más clara que la se observa en consultorio, y como último contextualiza la intervención”*.

Lo que se busca explicar cuando se opina acerca del poder de ser la entrevista utilizada por cualquier profesional, es presentar como recurso el trabajo en conjunto con otros profesionales, con un marcado límite, el diagnóstico propio que realiza cada ciencia acerca de la familia que entrevistamos en domicilio.

Es útil porque en algunos casos de las entrevistas realizadas la trabajadora social, por ejemplo no podía asistir al domicilio y en ese caso la entrevista era realizada igual junto con la acompañante familiar. El cumplimiento de logros se realizaba de todas maneras.

Trandisciplinar (t) :

Se comienza explicando esta categoría, exponiendo las **tareas (ta)** propuestas por cada profesión durante la entrevista domiciliaria.

Como tarea exclusiva del psicólogo se manifiestan la aplicación de técnicas, solo expresado por un entrevistado.

Todos coinciden en la observación y entrevista como tareas que se realizan en el domicilio, siendo aplicadas por ambas profesiones.

Gonzalez C. (2003) en su investigación manifiesta: “Este acto se compone de varias técnicas: la entrevista (con sus recursos específicos, subtécnicas y habilidades), y la observación en sus distintas formas(participante, estructuradas, no estructurada, focal...)”. (p.3)

La intervención técnica dentro de las entrevistas en domicilios consistieron en observación participante, entrevista por parte de los trabajadores sociales o acompañantes familiares y la administración del test psicológico.

Para explicar **Las Profesiones (pro)** que se encargan de la entrevista domiciliaria los entrevistados denominaron : Lic. en trabajo social, Lic, en psicología, y Lic. En niñez

adolescencia y familia. Aclarando también que en otras situaciones (dos de ellos) habían compartido entrevista alguna vez con pediatras y fonoaudiólogos.

Además de los profesionales, es muy importante el desempeño de los operadores como por ejemplo los acompañantes familiares que muchas veces visitan las familias sin compañía de un profesional.

Con respecto a los **roles y procedimientos (ryp)** y si existe diferencia entre ellos dependiendo de cada profesión, los entrevistados manifestaron “Son similares, se mezclan entre sí, se complementan”. Aunque uno de ellos además agregó: *“Existe un claro límite que los diferencia, el diagnóstico individual, el cual el trabajador social no lo puede realizar. Por este motivo los roles deben ser diferentes, complementarse pero ser diferentes, sino no se hace interdisciplina”*. (Lic. Trabajo Social, 40 años).

Es importante que cada profesional pueda desarrollar su quehacer específico de su profesión, pero también integrar su trabajo junto con el desempeño de los demás profesionales del equipo.

La siguiente categoría guarda relación con el **Enfoque (e)**, aporte teórico- técnico que realiza cada profesional, durante la entrevista domiciliaria. Todos los entrevistados coincidieron en que los enfoques se mezclan, se complementan, las profesiones hacen lo mismo. Uno de ellos agregó que a pesar de lo anteriormente planteado, *“ lo que se busca es diferente”* (Lic. Psicología, 30 años).

Así mismo todos explicaron que el Lic. en trabajo social tiene un enfoque en dirección a lo “externo” de la familia, una mirada hacia los factores sociales.

“El licenciado en psicología tiene una mirada “interna” del funcionamiento familiar, y además de esto realiza sugerencias terapéuticas”. (Lic. trabajo social, 40 años)

Uno de los entrevistados, asegura: *“Es necesario a partir de enfoques que se relacionan entre sí, que el equipo realice un trabajo en red”*. (Lic. trabajo social, 35 años)

La categoría **preferencia (pr)** indaga acerca de la elección por parte de los miembros en cuanto a si prefieren el trabajo en la institución al trabajo en el domicilio. Los resultados obtenidos muestran que de 4 entrevistados, 3 no pueden elegir una sola, les parece que los dos ámbitos son útiles, complementarias, *“Muchas cosas que ves en el domicilio no las ves en la institución”*, (Lic. Trabajo Social, 35 años).

De los 4 entrevistados solo uno prefirió el trabajo en la institución, *“Prefiero la atención dentro de la institución, como psicólogo, los cito, controlo el ambiente, tengo una posición superior en cuanto a roles”*. (Lic. Psicología, 33 años).

Se puede relacionar los resultados con los aportes de Zuliani, et al. (2015) en su investigación afirman que la visita domiciliar favorece el proceso de formación integral para el profesional al tener la posibilidad de participar en dos escenarios: la consulta institucional y el entorno sociocultural.

Es necesario el trabajo en la institución, pero también el trabajo en el domicilio. Las dos entrevistas aportan datos significantes y diferentes entre sí.

La siguiente categoría se relaciona con los **criterios (cri)** que se tienen en cuenta al momento de elegir la familia para entrevistar en domicilio. Los 4 entrevistados afirman que se eligen todas las familias que están siendo evaluadas en proceso de reintegro. Uno de los entrevistados manifiesta: *“La presencia del psicólogo es opcional, la del trabajador social, obligatoria”* (Lic. Psicología, 33 años).

Gonzales C. (2003) En su investigación afirma: *“No en todos los casos se hace necesario realizar una visita domiciliaria, pero sí en aquellos en los que se precisa realizar un diagnóstico-tratamiento o seguimiento mucho más ajustado y fiable”*.(p.2)

Con respecto a la **frecuencia (fr)** en que se utiliza la entrevista domiciliaria en cada familia, todos los entrevistados coinciden: *“Se realiza cada quince días, tres semanas”*.

Se considera importante destacar que de los 4 entrevistados, 3 aclaran que la frecuencia depende mucho del recurso institucional, *“movilidad”* que tienen los profesionales para dirigirse al domicilio, siendo éste muy escaso, ya que la demanda es mucha.

La búsqueda de recursos, como así también el horario en que se concertará la entrevista está estrechamente relacionado con una buena programación y planificación de la entrevista por parte del equipo, y elegir con prioridad las familias donde se necesita que se apliquen medidas.

Emociones (E):

Esta categoría implica los sentimientos presentes en el profesional durante el transcurso de la entrevista domiciliaria.

En investigaciones anteriores, Coletti y Linares (2010) enumeran ciertos sentimientos tales como, implicación incontrolada, parcialidad, agotamiento, impotencia, bloqueo y rabia, que aparecen con frecuencia en el trabajo con familias multi-problemáticas. (p.201). Sin embargo, el sentimiento predominante, antes y durante la entrevista domiciliaria, expresado por 3 de los 4 entrevistados fue el miedo.

El trabajo con familias multi-problemáticas implica un desgaste serio del profesional. Es necesario un autoconocimiento personal, aceptar que existe involucración emocional, con sus riesgos en todo el proceso.

A pesar del miedo generado antes y durante la entrevista, es notorio el aspecto positivo expresado por 2 de los entrevistados.

“*Ansiedad y expectativa de lograr cambios*” (Lic. trabajo social, 35 años). Así mismo otro entrevistado agrega “*Satisfacción, me gusta, es re útil, no sólo la casa, sino visitar lo que rodea a la familia*”. (Lic. Trabajo social, 40 años)

CONCLUSIONES

En conjunto con la elaboración del marco teórico y el análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas, junto con la propia experiencia de vivenciar las entrevistas en domicilio, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En relación a los objetivos propuestos inicialmente para la investigación y los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas, siguiendo lo que Cubillos (2007) plantea como elementos importantes de la entrevista en domicilio, *las actividades específicas* del psicólogo perteneciente a un lugar de trabajo en el que se realiza esta actividad de manera frecuente, son:

1) preparación de la intervención: conversando con el equipo técnico sobre datos a recabar y necesidades, quiénes realizarán la entrevista en domicilio y definiendo una fecha probable, luego se solicita a la institución el medio de traslado, concertando día y horas específicas para la realización de la actividad.

2) en el domicilio: observación de lo relacional, contextual, la distribución de espacios, la dinámica interna familiar dentro del domicilio, la aplicación de técnicas psicológicas y el diagnóstico clínico. (si se considerara necesario)

El empleo de la entrevista domiciliaria *es relevante* para psicólogos y trabajadores sociales, el total de psicólogos entrevistados aclaran, que al comienzo de su ejercicio profesional no tenían una concepción acerca de esta estrategia porque durante su formación universitaria no habían recibido teoría y mucho menos práctica al respecto.

Se considera que es probable que la entrevista en domicilio como herramienta psicológica no se encuentre desarrollada lo suficiente dentro de la currícula de formación de grado de los profesionales psicólogos.

El caso de los trabajadores sociales es diferente, porque enuncian que durante su f de grado sí reciben preparación acerca de la estrategia de conocer a la familia en su contexto habitual.

“...me gusta, es re útil, no sólo la casa, sino visitar todo lo que rodea a la familia”. (Lic. Trabajo social , 35 años)

Según el relato de sus experiencias consideran importante y complementario este tipo de entrevista junto con el trabajo en la institución, además uno de ellos afirma que es relevante su uso y aplicación, porque puede ser realizada por cualquier profesional que tenga la mirada preparada para aprovechar dicha herramienta.

Es imposible concebir a los individuos fuera del marco social donde pertenecen y es imposible pensar los contextos en que las personas viven, sin las dinámicas intersubjetivas que los construyen y sostienen. Por este motivo se encuentra *la importancia de la praxis* del

psicólogo en la vivienda, que contextualiza la intervención, y esto le permite observar con claridad el funcionamiento familiar (diferente a lo observado en la institución).

“Es muy relevante, vas a ver dónde va el niño y contextualizar la estrategia que lo va a meter en ese hogar”. (Lic. Psicología, 33 años)

Compartiendo la afirmación de Casallas et al. (2010) se logra una relación simétrica y empática con la familia, en la mayoría de los casos sus miembros se muestran más tranquilos y colaboran más en la realización de las técnicas psicológicas propuestas.

Podría pensarse que esta estrategia de intervención permite desempeñarse en equipo, interdisciplinariamente y que probablemente requiere de: cooperación constante, respeto mutuo, confianza, apertura mental para manifestar las complementariedades y lo que cada uno puede aportar a un proyecto interdisciplinario.

Teniendo en cuenta la *experiencia subjetiva* de 3 de los 4 profesionales que realizan este tipo de entrevista, ellos refieren como sentimientos predominantes antes y durante la visita al domicilio el miedo

“Miedo, no del encuentro, sino de llegar al barrio. A veces te sorprende como te recibe una familia para bien o para mal”. (Lic. Psicología, 30 años)

Este sentimiento probablemente sería menor si los profesionales lograrán adquirir más conocimientos teórico-prácticos durante su formación universitaria.

A través de los resultados obtenidos se abren nuevos interrogantes:

¿Teniendo en cuenta una mirada macro, es la entrevista en domicilio una estrategia de intervención necesaria y demandada por la mayoría de las instituciones que abordan problemáticas vinculadas a los niños, niñas y adolescentes y sus familias? Y si esto es afirmativo: ¿Qué ofrecemos desde el saber científico de la psicología para el desarrollo de este instrumento de diagnóstico e intervención?

¿Cómo perciben las familias la presencia de un equipo profesional en su domicilio?
¿Qué estrategias y propuestas podemos generar desde nuestro saber profesional los psicólogos para mejorar esa interacción?

Cada profesional debería por lo menos dedicar una sesión a realizar este tipo de entrevistas, no sólo en abordajes pertenecientes a instituciones. Se considera importante su aplicación incluso en algunos abordajes clínicos individuales en el que las condiciones de vida sean significativas para la salud mental del paciente.

Desde esta perspectiva se debería considerar tener en cuenta: en primer lugar una buena formación universitaria que enseñe en qué momento de la terapia realizarla, aspectos

diferenciales a considerar respecto a la clínica tradicional de consultorio y con qué frecuencia realizarlas en función de los objetivos y metas psicoterapéuticas y en segundo lugar una buena supervisión de las intervenciones que acompañe lo realizado permitiendo optimizar toda la información adicional que brinda el trabajo en el domicilio del propio paciente para mejorar la labor psicoterapéutica.

Como profesionales psicólogos tenemos el deber ético de formarnos permanentemente, de buscar nuevas técnicas de diagnóstico e intervención que aseguren a los consultantes el acceso al mejor abordaje o tratamiento que se pueda brindar. A medida que buscamos la manera de ampliar nuestros conocimientos no solo crecemos profesionalmente sino como personas. Y ese es el desafío.

“En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente, y los conceptos éticos y morales, entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado, del lado de la humanidad”.

René Favaloro.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Abalo, J. A. G., y Meléndez, E. H. (2005). Psicología de la Salud: Aspectos Históricos e Conceptuales. *E. Hernández, & J. Grau (Comps) Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 33-84. Recuperado de : <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOGÍA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HISTÓRICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

Aracena M.; Loreto L.; Undurraga C.; Krause M.; Perez C.; Cuadra V.; Campos M.; Bedregal P. (2011). Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. *Revista Médica Chile*; 139: 60-65. Recuperado de : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000100008&script=sci_arttext&tlng=en

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000200011&script=sci_arttext

Benito, E. (2010). Perspectivas para una Formación Científico-Social en Psicología. *CDID*. Recuperado de: <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/publicaciones/eureka-7-2-10.pdf#page=63>

Casallas Contreras, M. A., López, C., Matilde, A., Medina Cruz, D. A., y Torres Velasquez, L. (2010). Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarias de familia de Bogotá, DC. Recuperado de: <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/12806/62001010.pdf?seque>

Cataldo R. ; Hermosilla Ana María (2012) Ley de Salud Mental 26657 Antecedentes y perspectivas. *Psiciencia Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 4(2), 134-140. doi: 10.5872/psiciencia/4.2.41

Calvo, V. G. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. N°61, 63-86. Recuperado de: http://scholar.google.com.ar/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fwww.ts.ucr.ac.cr%2Fbinarios%2Fmeri%2Fmd-00005.pdf&hl=es&sa=T&oi=ggp&ct=res&cd=2&ei=fla1WsKyMpSumgGUgZdQ&scisig=AAGBfm06v700A7Oype5EMitmbfdExPXYYg&nossl=1&ws=1280x625

Cé, J. P., Oliveira-Machado, R., & Alencar-Rodrigues, R. Título: Salud Comunitaria y masculinidad: Aportes etnográficos desde una experiencia en la periferia de Brasil. Recuperado de : http://www.cime2011.org/home/panel5/cime2011_P5_RobertaAlencar_AdolfoPizzinato.pdf

- Ceberio, M. R. (2016). Discordias y compatibilidades de una pareja terapéutica: El psicólogo y el psiquiatra. *Ciencias Psicológicas.*, 10(1), 85-96. Recuperado de : http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212016000100009&script=sci_arttext&tlng=es
- Coletti y Linares (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella*. Ed. Paidós.
- Cubillos, X. (2007). Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 949. Recuperada de : <http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Visita%20domiciliaria%20integral%20para%20actuar%20en%20salud%20familiar.pdf>
- Ferrero Andrea (2011). Regulación de la psicología por parte del Estado en la República Argentina. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9(26), 68-69. Recuperado de : <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/13961>
- Figueroa Rodríguez, J., y Uribe Rodríguez, A. F. (2012). Reflexión en torno a la formación académico-profesional en Puerto Rico y Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (36). Recuperado de : <http://www.redalyc.org/html/1942/194224431011/>
- Gómez-Puente, L., & Gómez-Jiménez, P. M. (2008). Evaluación de estrategias de intervención para la prevención primaria del maltrato infantil. Revisión de la literatura. *Acta Pediátrica de México*, 29(5), 279-283. Recuperado de http://scholar.google.com.ar/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fwww.mediagraphic.com%2Fpdfs%2Factpedmex%2Fapm-2008%2Fapm085g.pdf&hl=es&sa=T&oi=ggp&ct=res&cd=0&ei=-UC0WqLoMY2pmAHO9aKIBw&scisig=AAGBfm3rgfHWchcBNImJrFEI6k3mFORRvA&nossl=1&ws=1280x625
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México. Ed. Mc Graw Hill.
- Iglesias, I., Scharagrodsky, C. J., Szychowski, A., y Tarodo, P. V. (2010). LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO: PROBLEMATIZACIÓN DEL CONCEPTO DE COMPETENCIA. In *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Bs. As. UBA* (pp. 338-340). Recuperado de : <https://www.academica.org/000-031/429.pdf>
- Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina. Antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 419-446. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/805/80532301.pdf
- Klappenbach, H. (2015). La formación universitaria en psicología en Argentina: perspectivas actuales y desafíos a la luz de la historia. *Universitas Psychologica*, 14(3). doi:10.11144/Javeriana.upsy14-3.fupa

Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010. Recuperado de :<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30568>

Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista cubana de salud pública*, 29(3), 275–281. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012

Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. D. P., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23). Recuperado de : <http://www.redalyc.org/html/213/21311917006/>

Molina Aguayo ML.(2007) El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *RevPanam Salud Publica* ;22(3):149–59. Recuperado de : https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000800001&script=sci_arttext&tlng=

Murillo, J., y Martínez, C. (2010). Investigación etnográfica. *Universidad Autónoma De Madrid*, 30: 2-3. Recuperado de : http://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

Naranjo L. y Gualteros I. (2009). *La intervención social desde la visita domiciliaria como una estrategia en los procesos de rehabilitación integral en la clínica Fray Bartolomé De las Casas*. (Tesis de Grado). Facultad de ciencias humanas y Sociales. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/handle/10656/801>

Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Washington D.C. recuperado de :<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Paramo M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.

Pesino, C., Zorraquin, P., y María, E. (2013). COMPETENCIAS E INCUMBENCIAS DE LOS PSICÓLOGOS A LO LARGO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL. In *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de : <https://www.academica.org/000-054/531.pdf>

Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*, Paidós.

- Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2).doi: 10.5872/psiencia/4.2.73
- Saforcada, E. (2017) Charla de Maestría en Psicología Sistémica: Psicología Sanitaria y Salud Pública. Universidad del Aconcagua. Mendoza, Argentina.
- Velasco, A., Duran, M., y de Enfermería Comunitaria, D. (2003). La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia. *Recuperado de http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/CAPACITACION/4_DOCUMENTO_2_visita_domiciliaria.pdf*.
- Winkler, M. I., Alvear, K., Olivares, B., & Pasmanik, D. (2012). Lo ético es transversal y cotidiano: dimensiones éticas en la formación y práctica en psicología comunitaria. *Acta bioethica*, 18(2), 237-245. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2012000200012&script=sci_arttext
- Zuliani L. A., Villegas, M. E., Galindo, L. A. y Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 851-863. DOI:10.11600/1692715x.13221280813

ANEXOS:

ANEXO N° 1: Guía de preguntas para la realización de la entrevista semiestructurada dirigida a los profesionales.

1. ¿Qué tareas se desarrollan en tu área en la entrevista en domicilio?
2. ¿Cuáles son aquellas profesiones dentro de la institución que también hacen uso de la entrevista domiciliaria como estrategia?
3. Los roles y procedimientos de cada uno de éstos son diferentes entre sí ¿Por qué?
4. ¿Qué aporte realiza cada uno dentro de la entrevista en domicilio?
5. ¿Preferís la entrevista en domicilio a la atención dentro de la institución?
6. ¿Con qué criterios eligen a la familia para visitar?
7. ¿Con qué frecuencia asistís al domicilio de cada familia?
8. ¿Qué concepción tenías de la entrevista en domicilio cuando saliste de la universidad?
9. ¿Qué concepción tenés actualmente de la entrevista en domicilio?
10. ¿Qué relevancia tiene para vos la gestión de esta estrategia?
11. ¿Qué has sentido en el encuentro con la familia en el domicilio?

ANEXO N° 2: Breves fragmentos de las entrevistas con sus categorías correspondientes.

Tabla 3 . *Relevancia de la entrevista en domicilio: Formación universitaria del profesional, concepción previa acerca de la entrevista domiciliaria, utilidad actual de la misma.*

Formación Universitaria (fu): Idea, opinión o manera de entender la entrevista domiciliaria que tenía antes de egresar de la universidad.

Concepción Actual (con): Idea, opinión actual acerca de la entrevista domiciliaria.

Utilidad (uti) : Beneficios que posee para ser eficaz.

S	Sujeto		Fu	Con	uti.
	Edad	Profesión			
MUJERES	30	Lic. Psicología	<i>“No tuve formación, no se habla, solo está en la maestría”</i>	<i>“Necesario, hay que hacerlo, en el consultorio privado también sería fundamental.”</i>	<i>“Evaluación del funcionamiento es más claro que un consultorio. También contextualiza la intervención”.</i>
	40	Lic. Trabajo Social	<i>“Salí sabiendo poco, lo teórico lo empezas a entender cuando lo practicas”.</i>	<i>“Es fundamental en algunas etapas del seguimiento”.</i>	<i>“Es útil, pero también es complementaria con el trabajo en la institución”.</i>
HOMBRES	35	Lic. Trabajo Social	<i>“Sí, hablamos de las zonas complicadas , pero de la entrevista domiciliaria muy poco. Una gran diferencia entre lo teórico y la práctica”.</i>	<i>“Es super importante, una técnica privilegiada, brinda muchos elementos. Es un trabajo desde al lado, no desde arriba , ni abajo”.</i>	<i>“Es útil porque puede ser utilizado por cualquier profesional”.</i>
	33	Lic. Psicología	<i>“No, lo aprendí y conocí acá (DINAF). Cuando egresé en el 2008 no teníamos práctica ni teoría”.</i>	<i>“En el domicilio saben que venís a controlar, se permiten otras conductas. Ves interacciones macrosistémicas, al individuo contextualizado”.</i>	<i>“Es muy relevante, vas a ver dónde va el niño y contextualizar la estrategia que lo va a meter en ese hogar”.</i>

S	Sujeto	Edad	Profesión	Ta	pro	Ryp	en
MUJERES		30	Lic. Psicología	“Se ingresa al territorio de la familia. Ves lo relacional, contextual, orden, espacio de cada uno distribuido”.	“Lic. Minoridad y familia, Trabajador social y Lic. Psicología”.	“Muchas cosas en común, los roles se mezclan, pero lo que se busca es diferente”.	“El trabajador social se enfoca en las redes, físico-arquitectónico. El psicológico tiene una mirada más profunda de la dinámica familiar, la familia como función conviviente”.
		40	Lic. Trabajo Social	“Entrevista familiar, a los vecinos, a los que están. Visitas toda la red social, la chequeas”.	“Lic. Psicología, trabajador social, antes también iban fonoaudiólogos”.	“Tienen que ser diferentes, no están claras las tareas, los roles se complementan. Hay un límite concreto, el diagnóstico”.	“Hacen lo mismo, el psicólogo se enfoca en lo funcional familiar, y hace sugerencias terapéuticas”.
		35	Lic. Trabajo Social	“Observa las condiciones de higiene, cantidad de espacio, características de la vivienda, redes institucionales”.	“Lic. Psicología y trabajadores sociales”.	“Son iguales, tienden a confundirse, es específico de lo transdisciplinario”.	“Es un trabajo en red. El psicólogo ve lo vincular en la dinámica familiar. El trabajador social tiene una mirada más social”.
HOMBRES		33	Lic. Psicología	“Toma técnicas, no hay tareas privativas”.	“Trabajador social, lic. niñez, lic. psicología”.	“Son similares”.	“El trabajador social ve las condiciones físicas del lugar, mirada más externa. El psicólogo tiene una mirada interna, y el licenciado en niñez pide modalidades, no tiene función específica”.

S	Sujeto				
	Edad	Profesión	pr	cri	Fr
MUJERES	30	Lic. Psicología	“Si, si prefiero la entrevista domiciliaria, a nivel práctico no, a nivel funcional si, ves más cosas y en terreno. Las dos cosas son útiles”.	“Se eligen todas las familias evaluadas para hacer un reintegro”.	“Antes del reintegro vas una vez, y después cada 15 días, en teoría”.
	40	Lic. Trabajo Social	“Son complementarias, la institución da la información de primera fuente, la entrevista familiar da información colateral”.	“Todas se eligen, la dificultad está en los recursos no en a quién eliges, primero en general, se va a las más complejas”.	“En la etapa de diagnóstico salís más, durante el seguimiento del caso, cada 15 días, y en esa etapa, para mí, no hace falta que vaya el psicólogo”.
HOMBRES	35	Lic. Trabajo Social	“Las dos se complementan, muchas cosas que ves en el domicilio no la ves en la institución”:	“Todas las familias tienen que pasar por la entrevista domiciliaria, se tiene en cuenta la zona para saber en qué horarios se puede”.	“Depende del recurso institucional como la movilidad, cada 15 días, un mes. Vamos a las que más urgen”.
	33	Lic. Psicología	“Prefiero la atención dentro de la institución, como psicólogo, los cito, controlo el ambiente, y tenés una posición superior en cuanto a roles”.	“Se hace siempre que el niño esté integrado en un hogar, la asistencia del psicólogo es opcional, el trabajador social es obligatorio”.	“Depende mucho de cada caso, la movilidad. Vamos a domicilios que urgen, donde hay que tomar medidas. La mayoría de los psicólogos no van”.

Tabla 4: *Entrevista en domicilio como intervención transdisciplinaria: Tareas, Profesiones, Roles y procedimientos, Enfoque, Preferencia, Criterios , frecuencia de las entrevistas en domicilio.*

Tareas(ta): Trabajo que se realiza.

Profesiones(pro): Personas que han obtenido una preparación universitaria y que realizan la entrevista domiciliaria.

Roles y Procedimientos (ryp): Lugar que desempeña cada profesión, y modo de accionar.

Enfoque (en): Aspectos considerados por las profesiones en la entrevista domiciliaria.

Preferencia (pr): Prefiere el trabajo en la institución o entrevista domiciliaria.

Criterios (cri): Regla o norma para elegir a la familia que se entrevista en domicilio.

Frecuencia (fr): Veces que se realiza la entrevista domiciliaria en cada familia.

Tabla 5 : *Emociones (E): Sentimientos presentes en el profesional durante el transcurso de la entrevista domiciliaria.*

Emociones: Sentimientos presentes en el profesional durante el transcurso de la entrevista domiciliaria.

	S	Sujeto	E
		Edad	Profesión
MUJERES		30	Lic. Psicología
			<i>“Miedo, no del encuentro, sino de llegar al barrio. A veces te sorprende como te recibe una familia para bien o para mal”.</i>
HOMBRES		40	Lic. Trabajo Social
			<i>“Satisfacción, me gusta, es re útil, no sólo la casa, sino visitar lo que rodea a la familia”.</i>
HOMBRES		35	Lic. Trabajo Social
			<i>“Muchas cosas, al principio miedo, inclusive durante el transcurso de la entrevista. Ansiedad y expectativa de lograr cambios”.</i>
HOMBRES		33	Lic. Psicología
			<i>“Miedo, cuando entras al domicilio, venia con mucha teoría, mucho de lo clínico. Ahora lo veo como un trámite , se lo que tengo que hacer , sé a lo que voy.”</i>

ANEXO N° 3: Se mostrarán figuras de tipo mapa conceptual de cada una de las metacategorías realizadas relacionadas con los objetivos específicos de la investigación y sus correspondientes categorías con resultados generales obtenidos de las entrevistas semiestructuradas a modo de síntesis :

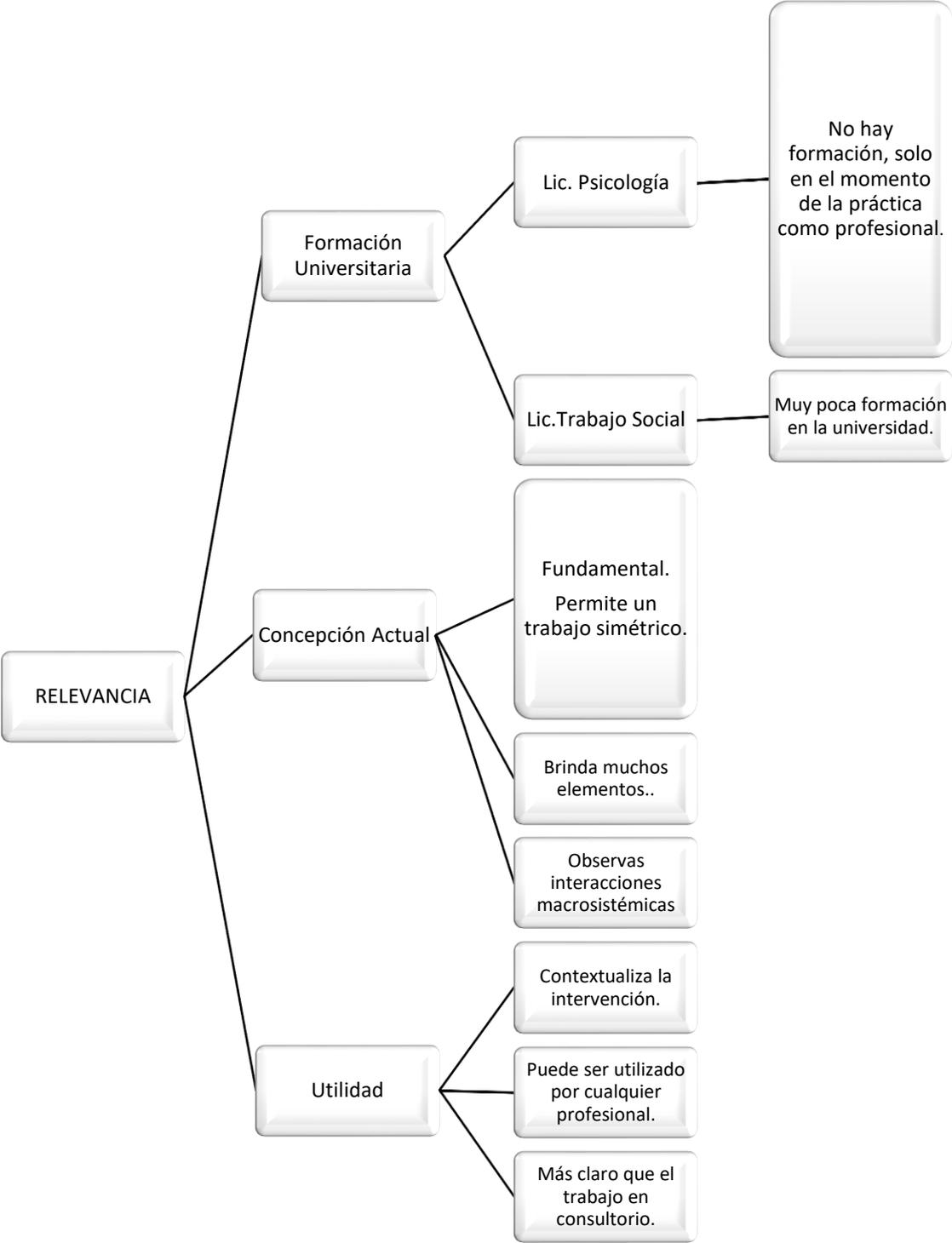
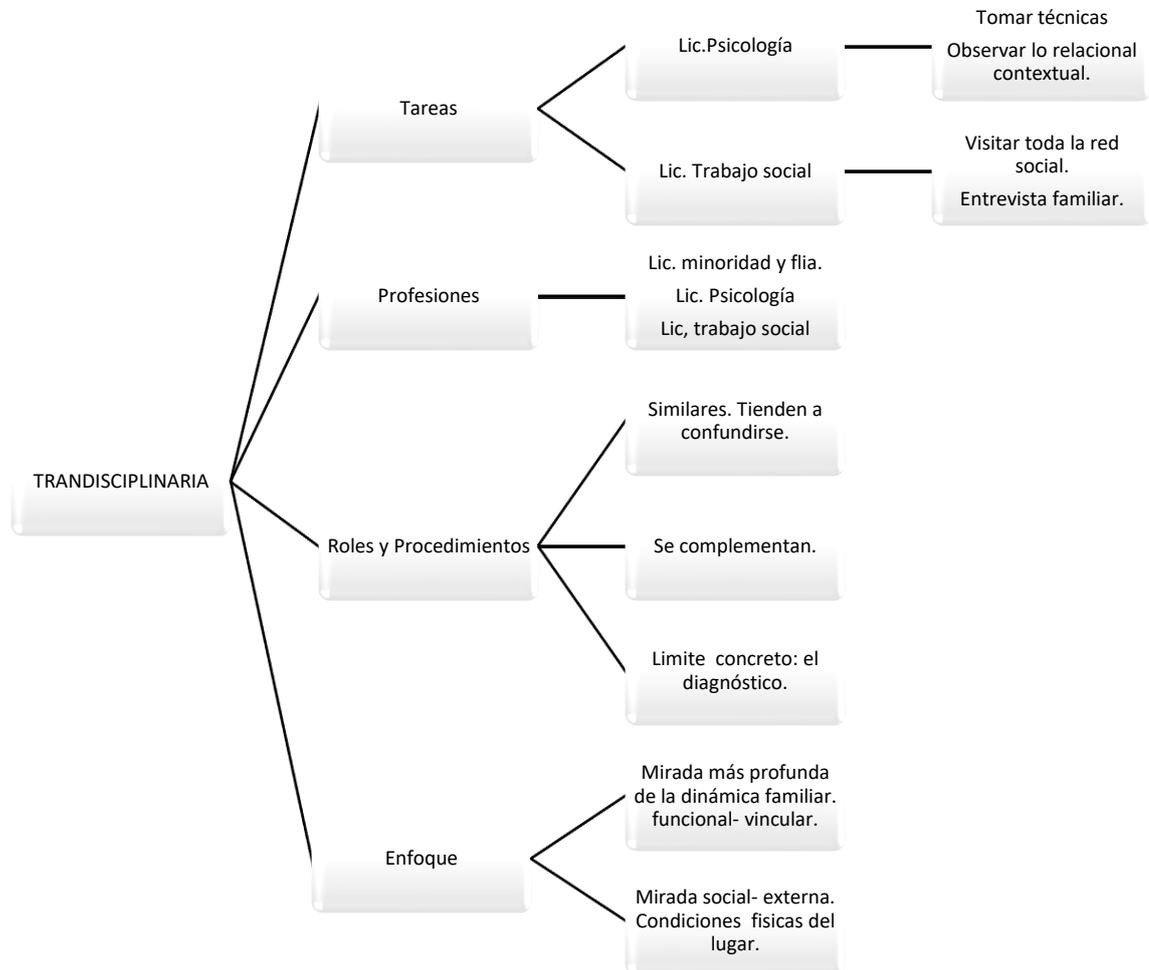


Figura 2. Mapa conceptual: Relevancia de la entrevista en domicilio.

Figura 3. Mapa conceptual: Entrevista en domicilio, como intervención transdisciplinaria.



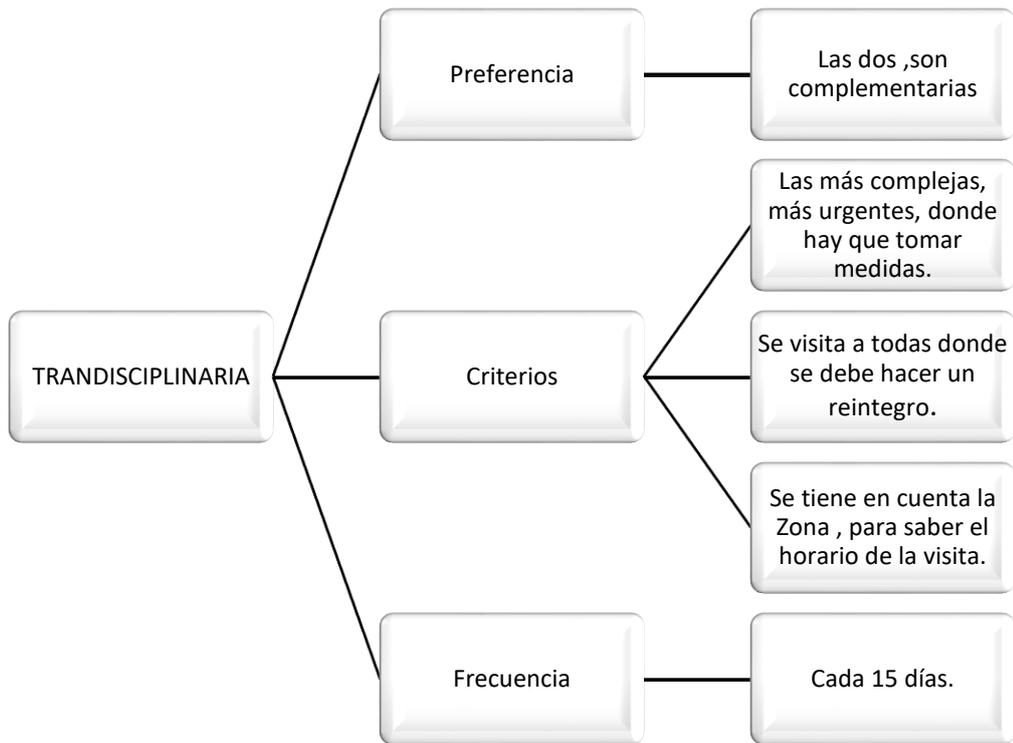


Figura 4. Mapa Conceptual: Emociones resultantes de la entrevista en domicilio.

