

Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: “Encuentros y desencuentros”

Practice of health professionals providing interventions in attachment with a community perspective: "Encounters and disagreements"

Prática dos profissionais de saúde fornecendo intervenções em conformidade com a perspectiva de comunidade: "Acordos e desacordos"

Gloria García Vallejos¹, Claudio Contreras Despott²

¹ Enfermera, Magíster en Psicología mención Psicología Comunitaria, profesora asistente de la Universidad de Chile. Correo electrónico: ggarcia@med.uchile.cl

² Psicólogo, Magíster en Psicología mención Psicología Comunitaria, Unidad de Estudios Comunitarios Latinoamericanos de la Universidad de Chile. Correo electrónico: despott@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: García Vallejos, G.A. & Contreras Despott, C.G. (2019). Práctica de profesionales de salud brindando intervenciones en apego con perspectiva comunitaria: “Encuentros y desencuentros”. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.16>

Correspondencia: Avenida Independencia 1027 comuna Independencia
Correo electrónico de contacto: ggarcia@med.uchile.cl



Recibido:13/09/2019

Aceptado24/11/2019

ABSTRACT

The public policy of mental health in Chile has a community orientation, however, this does not happen at the level of emotional attachment. From this perspective, the research done, through qualitative methodologies, to contribute to the identification of theoretical and technical concepts that health professionals articulate

in their work and with which they design and execute in the area of emotional attachment that, according to the community perspective can illuminate the actions in favor of establishing alliances with the communities. Concluding that their practices are still present in the custodial and the community models, but that their practices have led them to broaden their views to new ways of raising and problematizing it, where the community is an angular agent of the upbringing of children in a territory.

Keywords: attachment, community practices, mental health

RESUMEN

La política pública de salud mental en Chile tiene una orientación comunitaria, sin embargo, esto no parece darse a nivel de las intervenciones en el tema del apego. Desde esta perspectiva la investigación buscó, por medio de metodologías cualitativas, identificar los conceptos teóricos y técnicos que los profesionales de salud articulan en sus trabajos y con los cuales se puedan diseñar y ejecutar intervenciones en el área del apego que estén a favor del establecimiento de alianzas con las comunidades. Concluyendo así que sus prácticas aún presentan una tensión entre modelo custodial y el comunitario, pero que sus experiencias las han llevado a ampliar las miradas a nuevas formas de crianza y problematización de ésta, donde la

comunidad es un agente angular de la crianza de los niños y niñas de un territorio.

Palabras clave: apego, prácticas comunitarias y salud mental

RESUMO

A política pública de saúde mental no Chile tem uma orientação comunitária, no entanto, isso não parece ocorrer ao nível das intervenções sobre a questão do vício. Nesta perspectiva, a pesquisa procurou, através de metodologias qualitativas, identificar os conceitos teóricos e técnicos que os profissionais de saúde articularam em seu trabalho e com a qual você pode projetar e executar intervenções na área da anexo que são a favor da criação de parcerias com as comunidades. Concluindo assim que suas práticas ainda apresenta uma tensão entre a Comunidade e o modelo custodial, mas suas experiências o levaram a expandir parece a novas formas de parentalidade e problematização do presente, onde a Comunidade é um agente de sensibilização angular dos filhos de um território.

Palavras-chave: apego, práticas comunitárias, saúde mental.

INTRODUCCIÓN

La caracterización general de la salud mental comunitaria en Chile debe situarse en el contexto de la introducción durante la primera década del siglo XXI de las políticas sociales denominadas “políticas de protección social”, cuyo objetivo fue y sigue siendo atender a las vulnerabilidades que enfrentan las personas y sus familias en el plano socioeconómico (Minoletti y

Zaccaria, 2005; Rodríguez, 2009). Debido a que justamente el impacto de estas políticas trasciende lo meramente económico al abordar lo social, surge como consecuencia en el país la Reforma en Salud del año 2000, la cual instala garantías explícitas de atención en salud exigibles como derecho ciudadano. Otro de los componentes de tal reforma corresponde al Sistema de Protección Integral de la Infancia, que da origen al Subsistema Chile Crece Contigo, programa que tiene el propósito de avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades a través del apoyo al desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas, desde el embarazo hasta el ingreso al mundo escolar (Bedregal, 2010), brindando prestaciones a las familias en tres áreas: salud, educación y red social.

En concreto, la intervención en salud de Chile Crece Contigo opera a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, el cual establece como área de intervención, entre otras, el fortalecimiento del control del niño sano. Éste considera en específico las siguientes acciones: pesquisa y seguimiento de riesgos biopsicosociales, apoyo a la lactancia materna, entrega de material educativo para niños, talleres grupales para habilidades de crianza “Nadie es perfecto” y aplicación de pruebas para detección de factores de riesgo en el neurodesarrollo, depresión materna y apego, siendo este último el que motiva el cuestionamiento de este artículo. (Bedregal 2010).

Cabe destacar que el apego ha sido una categoría que se ha extrapolado a diferentes ámbitos, particularmente, al de la psicología clínica (Botto, 2010), de allí que los objetivos en su intervención se hayan centrado en mejorar la sensibilidad, la función reflexiva y la mentalización de los cuidadores en la relación con sus hijos e hijas (Besoain & Santelices, 2009), haciendo uso de metodologías que van desde lo psicoeducativo hasta las terapias, siendo las orientaciones también diversas (cognitivas, psicoanalíticas, sistémicas, etc.) (Gómez, Muñoz, & Santelices, 2008).

MATERIAL Y MÉTODO

Para la implementación de estas acciones, el Programa Chile Crece Contigo ha desarrollado el Manual para el apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años (en adelante, Manual). Este Manual tiene una explícita orientación en salud comunitaria y salud mental comunitaria, es pertinente señalar los elementos que comparten ambas orientaciones: como son el abordaje de los problemas de menor complejidad, pero de mayor prevalencia en el nivel primario de atención de salud, con la intención que se puedan resolver y solo los más complejos y menores en número puedan ser abordados en los niveles de mayor especialidad. Otro elemento es el empoderamiento de los usuarios y los familiares, un tercer elemento es el abordaje de los problemas desde un trabajo intersectorial y por último destacar el trabajo de manera horizontal entre usuarios

y equipo de salud (Rodríguez, Pastor, & López, 1988; Rodríguez, 2009; Funk, Faydi, Drew, & Minoletti, 2009). En este sentido el propósito del Manual es “brindar a los equipos de salud orientaciones y recomendaciones que contribuyan a fortalecer su liderazgo técnico para apoyar el desarrollo de los niños y niñas; incorporando estrategias de educación comunitaria, participación y comunicación social, facilitando y estimulando su acceso a intervenciones de apoyo al desarrollo psicosocial y la prevención de factores de riesgo (...)” (Ministerio de Salud, 2008).

Sin embargo, interesa abordar el siguiente objetivo del Manual, relacionado con apego que refiere: “promover que madre, padre y/o cuidadoras o cuidadores construyan desde el nacimiento una relación significativa con el niño o la niña; con mayor seguridad en su vínculo de apego y mejores competencias parentales adaptándose a cada etapa del desarrollo” (Ministerio de Salud, 2008, p. 5). Al respecto de este objetivo, llama la atención que habiéndose asumido explícitamente una orientación en salud mental comunitaria, dicha orientación pierda claridad en relación al objetivo particular referido. Se observa en la definición de dicho objetivo que, en efecto, se otorga un valor a la interacción entre el bebé y sus cuidadores cercanos, pero el papel de la comunidad no es explícito como lo era en el objetivo general de la política. La presente investigación ahonda en este punto cómo se articulan en la teoría y en la experiencia

práctica de las intervenciones en salud mental en los primeros meses de vida, en específico en la dimensión apego, con la orientación comunitaria en salud.

Es necesario explicitar que la teoría de Apego por sí misma no es un error, ya que como se mencionó antes, el apego ha sido una categoría que ha logrado extrapolarse a numerosos ámbitos de aplicación desde diversos enfoques (Gómez, Muñoz, & Santelices, 2008). Por el contrario, lo que resulta llamativo y contradictorio es que en el caso de la política pública chilena (materializada en el Manual), el apego se propone como una dimensión a atender desde una perspectiva comunitaria, pero de hecho en el mismo objetivo general del Manual sobre el apego la figura de la comunidad está ausente, enfatizándose más bien el papel de los padres considerados como figuras individuales (Suárez, Muñoz, Gómez, & Santelices, 2009).

Desde esta perspectiva la investigación tuvo la intención de contribuir con la identificación de conceptos teóricos y técnicas con las cuales diseñar y ejecutar intervenciones en el área del apego que, fundamentadas en la perspectiva comunitaria, den luces sobre cómo actuar a favor del establecimiento de alianzas con la comunidad y sus actores en el tema de la organización de la salud (Funk, Faydi, Drew, & Minoletti, 2009), en específico, de la crianza de los niños y las niñas y responde finalmente a la pregunta ¿Cómo los profesionales de salud articulan teórica y

experiencia práctica, con la perspectiva de salud mental comunitaria, en intervenciones brindadas en apego, en el marco de la política pública chilena?

Asimismo, es necesario relevar que se trata de un artículo con diseño de carácter cualitativo con fines descriptivos (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991; Mejía, 2005). Lo que se buscó fue comprender el modo en que los profesionales de salud articulan teoría y práctica de las intervenciones en apego brindadas y su perspectiva desde la salud mental comunitaria. Los/as participantes fueron profesionales de enfermería, que se desempeñan como académicos en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile y que pertenecen al grupo de Enfermería Comunitaria con responsabilidades en docencia de pregrado con la asignatura Enfermería Comunitaria II. Se eligió este perfil de participantes ya que se consideran idóneos para la reflexión sobre el abordaje de intervenciones en apego con visión comunitaria. La técnica que se utilizó fue la entrevista individual en profundidad (Iñiguez, 2004) y semiestructurada y los datos se analizaron conforme a la Teoría Fundamentada (Strauss, y Corbin, 2002).

RESULTADOS: PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS QUE SE UTILIZAN EN LA PRÁCTICA EN RELACIÓN AL APEGO

Como ya fue descrito en la introducción, desde el año 2000 Chile establece directrices de orientación

Comunitaria para la atención en Salud mental, esto con el objeto de adscribir a un movimiento universal liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2004), que en ese momento asume que la salud mental tiene dimensiones tanto físicas, como psicológicas y social-comunitarias (Funk, Faydi, Drew y Minoletti, 2009). No obstante, estas directrices, del análisis de las entrevistas emerge un escenario distinto: las orientaciones teóricas sugeridas desde el enfoque comunitario parecen coexistir junto a referentes propios de un enfoque clínico-custodial.

Se encontró una tensión entre la coexistencia de dos modelos el Médico Tradicional y el Integral, ésta se transforma en un obstáculo en la medida que afecta en el tratamiento de las propias usuarias y en la relación que establecerán con su hijo, pues el primer modelo es más técnico y deshumanizante, alejándose de lo que proponen las teorías y prácticas de apego (Bowlby, 1995), que si lo tendría un modelo médico más integral. Se ejemplifica a continuación:

“...Pero el médico desgraciadamente está puesto más para la atención de consulta que para las intervenciones así donde él pudiera ver otras... tener otra visión no sólo la parte biomédica, ¿me entiendes? Que tuviera una visión más integral, pues, y eso falta mucho” (E1, 20).

Además la intervención está pensada en la relación madre e hijo-hija, sin embargo en las prácticas hay problemas sociales más de base y con mayor profundidad de daño psicosocial, que son detectados en la intervención de apego, pero que el programa no da sustento a su solución, ni por el programa mismo, ni por las redes de profesionales, siendo muy difícil según las entrevistadas hacer cambios significativos en las vidas de algunas madres, incluso existirían dificultades en el periodo de la intervención, pues el tiempo dado por el programa pareciera ser insuficiente para lograr transformaciones. Los siguientes discursos lo reflejan:

“...no es un trabajo que tú puedas hacerlo en un año porque quedan muy dañada la estructura de la persona, muy dañada o sea una mujer así si ha sido violentada por el padre, pegada por la madre, va donde la abuela y la abuela está curada ya por poner una situación extrema (...) No sabría decirte cómo poder ayudar con el apego... O sea, tú puedes ayudar al apego, yo las puedo contener, yo las puede contener en un primer encuentro, las voy a contener, las voy a ayudar, me puedo gastar toda la mañana en una sola paciente, o en una sola persona, pero después cómo le doy más herramientas pa que siga. Porque allí es donde uno queda colgada. Yo puedo saber que es importante todo lo del apego, pero ¿y?” (E1, 106).

De lo anterior, se desprende otra implicancia del enfoque que se está utilizando como marco referencial para la intervención temprana: el cambio estaría siendo entendido como individual y conductual, desestimándose e incluso invisibilizándose el rol de la comunidad en los procesos de apego.

Así como se entiende que el cambio en el vínculo de apego (Bowlby, 1995) pasa por el cambio conductual de la madre, existe la posibilidad de prevenir problemáticas psicosociales como el maltrato infantil, a través de la intervención temprana en apego, centrada en la intervención con la diada madre-hijo:

“Cuando tú produces una interacción buena, satisfactoria pa los dos lados, el maltrato infantil se disminuye. Ahora se ha comprobado que el maltrato infantil, la mayoría del maltrato infantil, está dado por los mismos padres. Ahora los padres golpean más que las madres, pero cuando las madres golpean, golpean más fuerte a veces que los padres (...)” (E3, 22)

Sin embargo, desde el mismo discurso de las entrevistadas surge también una visión comunitaria de la intervención, encontrando puntos de fuga y quiebres necesarios para el cambio, en donde prima la descripción de diversas acciones de carácter consensuado y reflexivo.

En primer lugar, resalta que las entrevistadas reconocen y validan la experiencia y conocimientos de la madre, de

Cultura de los Cuidados

tal modo que se plantean la intervención como un acompañamiento y no como un moldeamiento de comportamientos deseables, entregando además capacidad de decisión a la usuaria:

“Porque yo siento que no es enseñarle a la madre, es acompañarla, porque ella también tiene sus propias enseñanzas, sus propios conocimientos de vida, familiares, de costumbre, ¡qué sé yo! Entonces es acompañarla, o sea mostrarle caminos y la madre decidirá qué es lo que pasa, porque yo tampoco soy la que decido frente a la... Pero la madre tiene que estar informada sobre las situaciones qué están –pienso yo– científicamente comprobadas”. (E3, 16)

Como consecuencia natural de transitar el proceso de desarrollo del niño o niña junto a la madre, comienza a notarse una mirada que busca la comprensión de los factores que permean la experiencia de la madre, más allá de catalogarla o juzgarla como adecuada o inadecuada desde una etiqueta, tal como se percibe en el enfoque clínico. Una entrevistada comenta que en esta búsqueda de comprensión tiene un rol preponderante la familia y el contexto social:

“Tratamos de indagar qué es lo que le pasa a esa mamá ¿ya? Porque algo está pasándole a ella. A lo mejor la dejó el marido o la pareja. No sé poh, pero ahí hay... Nunca una mujer o una persona es dura con otra si no ha recibido maltrato

previo o de toda la vida, o sea, si te han dado con el mocho del hacha, seguro”. (E1, 50)

Desde esta visión, comprensiva e integradora, y ante la toma de conciencia del escenario social actual, en donde la mujer es tanto madre como jefa de hogar; se observa los primeros intentos por reflexionar respecto de cómo sería posible llevar a cabo una intervención con una madre trabajadora, tomando en consideración incluso el número de horas que dispone.

“Allí yo creo que tendríamos que trabajar eeh, sólo con las horas que tiene la mamá en contacto con el bebé y... Pero también tendríamos que ver si está en la sala cuna habría que dar un poco más de tiempo a la mamá, porque las mamás trabajan ocho horas ¿ya?”. (E4, 12)

En segundo lugar, las entrevistadas comentan la necesidad de realizar un trabajo interdisciplinario efectivo y alineado, en donde diversas profesiones del área de la salud intervengan no sólo con madre e hijo, sino también a nivel familiar. Con este comentario se revela la percepción de que aún falta para lograr un auténtico trabajo integrado en los centros de salud.

“O sea habría que trabajarlo desde el equipo de salud. No una como enfermera sola sino que desde el equipo multidisciplinario en general: las estrategias que... para trabajar con las familias, o sea, no sólo con la mamá, con la diada, sino que con la familia. Habría que...

O sea con el equipo en general, la asistente social, el médico, o sea todos viendo desde su experticia propia... Hacer un plan en conjunto y trabajar en conjunto. No sé si meter al intersector en este caso... No sé, viendo dependiendo de la ayuda que se requiera para esta familia en particular, pero yo creo que tendría que ser un trabajo de equipo del equipo de cabecera en el fondo, formando de acuerdo al diagnóstico que se haga... presentar estos casos...". (E2, 16)

El trabajo en conjunto entonces sería un pilar a nivel metodológico, a partir del cual se realizarán acciones consensuadas tales como visitas a la familia, plan de intervención compartido por el equipo de trabajo, repartición de funciones, establecimiento de plazos y supervisión.

"Se realizan visitas integrales a la familia y desde los distintos puntos de vista se hace los planes consensuados del equipo con plazos, metas y encargados y a la reunión siguiente por ejemplo dependiendo el plazo se ve qué pasó, cuáles son los avances, qué se ha trabajado, qué se ha hecho con esa familia en particular. Así se trabaja". (E2, 16)

Por otra parte, una propuesta fundamental es ampliar la visión de las intervenciones que se brindan en apego, encaminada a entender la responsabilidad social de distintas figuras en la construcción de un apego seguro. Distribuir

responsabilidades en comunidad, familia y cultura.

"Porque además creo que es muy fuerte entregarle esa responsabilidad a una sola persona que es la mamá, porque la mamá es consecuencia de lo que pasa a su alrededor. Yo soy mamá respecto lo que me trataron a mí y cómo me traten y cómo vea a la vecina y cómo veo a las tías y yo soy mamá con respecto al mundo. Entonces por qué tengo que tener la responsabilidad de esa interacción que tengo, sola. Me tiene que ayudar la tía, la madrina, la vecina, la abuelita, como lo hacen en los pueblos originarios que nos han dado mucha lección en eso". (E3, 30)

Las entrevistadas hacen referencia a que las intervenciones deberían incorporar a otras figuras de apego como apoyo primordial a la maternidad, haciendo explícita la idea de tomar como ejemplo la cultura de los pueblos originarios, en donde se incorpora la figura de la abuela con un rol primordial en la entrega de conocimientos acerca de la sexualidad femenina.

"Los mapuches... dentro de la cultura mapuche, las mamás no le hablan de sexualidad a los hijos: es la abuela. Entonces claro, o sea si tú dices: "me da vergüenza hablarle de mi sexualidad porque él me ve como alguien asexual entonces no sé", mientras que la abuela no; las abuelas mapuches son las que preparan a las... a la niña cuando le va a llegar la regla, cuando todas esas cosas en su cosmovisión los

hacen así. Entonces yo creo que una cosa es la interacción humana y el apego con respecto a esto, pero también yo creo que todas las otras figuras que tiene esa madre alrededor son importantes” (E3, 30)

La visión se amplía también hacia el trabajo con la familia, en donde, luego de una evaluación inicial, se realiza un plan de intervención que tiene como objetivo principal el incorporar a otros miembros de la familia al cuidado del niño, de manera que esta responsabilidad no recaiga únicamente en la madre. Es de relevancia la aparición del término “Red de Apoyo” en el discurso de la profesional, con lo que se hace explícita la mirada integrativa.

“Primero que nada viendo la funcionalidad familiar, viendo... haciendo un diagnóstico de cómo funciona esta familia, empleando distintos instrumentos pa valorar y de acuerdo a esto trabajar en el fondo también involucrándolos en el cuidado del niño. (...) Generar una red de apoyo dentro de la familia, que todos se comprometan dentro de las posibilidades para apoyar a esta madre. Así lo veo yo”. E2, 20.

No obstante, como se señaló se observan tensiones y contradicciones, que se cree responden al tránsito que está ocurriendo desde prácticas más tradicionales en salud, relacionadas con un enfoque clínico, hacia la completa adscripción a un modelo comunitario. De esta manera, se ve cómo ciertas acciones que debieran ser parte de la perspectiva de intervención quedan sujetas a

la voluntad del profesional, en específico las que tienen que ver con el uso de la sensibilidad hacia las personas, percibiéndose entonces la humanización del vínculo más como una habilidad del interviniente que como un enfoque adoptado de manera intencional a todas las intervenciones:

“Esos casos quedan en... dependía mucho de la enfermera del sector (...) Yo te hablo desde el punto de vista de trabajo, no con lo que me toca a mí hacer en las prácticas con las alumnas. Porque depende como te digo mucho del interés de cada una, del grupo cómo tú lo vas sensibilizando a tu equipo, a tu grupo, a la auxiliar, a los que trabajan con uno”. (E1, 208)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El grupo objetivo de la presente investigación es consciente de las transformaciones en salud de los últimos años, asumen una explícita orientación en salud comunitaria, especificando objetivos y metodologías de intervención centradas en el apoyo al desarrollo local de las comunidades, a la vez que reconoce la perspectiva comunitaria en salud como guía principal de sus intervenciones. No obstante, lo anterior, todas las entrevistadas refieren en sus discursos un distanciamiento con las metodologías aplicadas, reconociendo deficiencias en la intervención, en lo referente a que no se estaría llevando a cabo intervenciones con una auténtica visión

comunitaria. Esta situación, observable en las prácticas cotidianas que realizan las profesionales de enfermería entrevistadas, se evidencia en que la intervención en apego que llevan a cabo los centros de salud está centrada en la detección de indicadores y la clasificación, sin embargo en la actualidad las intervenciones están más en controles de salud individuales entre madres o figuras significativas y los niños o niñas, sin la exigencia de detectar indicadores utilizando un instrumento para ello, más bien desde la experiencia de los profesionales a cargo, las mayores intervenciones dicen relación con promoción de los factores protectores que existen y la prevención de los factores de riesgo, actualmente no necesariamente se clasifican los tipos de apego, por consiguiente no necesariamente se podrá intervenir a tiempo frente a los apegos no seguros. Así, se identifica madres con apego seguro y madres con dificultades en el apego, quienes serán atendidas por un equipo multidisciplinario que se hará cargo de distintas partes y etapas de esta intervención, sin poder obtener un dispositivo completamente articulado.

Las profesionales no ven soluciones eficaces en las alternativas que el sistema de salud pone a su disposición para abordar la complejidad social que caracteriza a las usuarias, y en este marco, sus comentarios acerca de las políticas públicas y la forma de funcionamiento de los centros de salud se carga de frustración y de una sensación de inhabilidad en las metodologías empleadas,

porque ellas (las profesionales) tienen conocimiento de actividades con enfoque comunitario desde su formación de pre grado; surgiendo desde esa sensación también la necesidad de generar espacios de reflexión al interior de los centros de salud, que permitan construir y transformar conocimiento que se traduzca en la generación de metodologías auténticamente comunitarias.

Las prácticas que las entrevistadas van desarrollando en intervenciones sobre apego, va generando un nuevo conocimiento; conocimiento dado principalmente por la experiencia y las vivencias tanto en los box como en el mismo territorio, comienza a validarse la práctica como una forma legítima de conocimiento, que se confronta con la teoría, generando una tensión, que desde las mismas entrevistadas es compleja su resolución, la propuesta en general no se refiere a que exista un distanciamiento entre teoría y práctica, sino más bien que nuevas teorías, como por ejemplo una visión más enfocada en la salud mental comunitaria tome un papel más preponderante que de una línea de trabajo más integral, sin despreciar lo que ya se ha aprendido en temas de intervenciones en apego.

Siguiendo con la lógica de tensión entre la incorporación de un enfoque auténticamente comunitario y la persistencia de la lógica biomédica, se observa, además, desde la misma práctica del apego, la urgencia de la presencia y desarrollo de un

proceso de humanización de los vínculos entre usuarias y entrevistadas, visto en la actualidad, desde las profesionales, más bien como una habilidad personal del interviniente y no como un enfoque adoptado de manera intencional a todas las intervenciones. En este sentido, la perspectiva biomédica estaría generando resistencia a los procesos de volver a valorar las relaciones interpersonales, haciendo primar una mirada racional- objetiva de la modernidad. Por lo tanto, dado que la humanización de los procesos queda como una opción del interventor, es que aún sólo puede verse como metodología exploratoria, que sólo algunas ocupan, y que no se ha sistematizado viendo sus usos y resultados en materias de apego.

Desde esta perspectiva es que los mismos discursos se abren a dos líneas de propuestas que podrían producir argumentos válidos para generar cambios en los dispositivos hasta ahora aplicados, por un lado se comienza a recoger y legitimar algunas experiencias que desde sus puntos de vista han sido exitosas, dado que han considerado la recuperación de las voces de la comunidad, escuchando las necesidades de las personas que atienden, sobre todo las necesidades de las adolescentes que han sido madres solteras o las historias de mujeres madres pertenecientes a territorios con alta exclusión social que comienzan a repetirse en una misma localidad, explorando, sin mayor intencionalidad, en las experiencias de un espacio georeferenciado, considerando

las propias historias y contextos de la comunidad, sin embargo, y como se ha planteado dichas prácticas aún suelen incorporarse desde el anecdótico y no desde una formalización de metodología y técnicas de acción. Entonces, se vuelve a plantear la pregunta de la diferencia entre las intervenciones en apego con un enfoque biomédico y otro con una perspectiva comunitaria. Desde las entrevistadas la intervención desde el modelo biomédico tiene la capacidad de detectar y pesquisar a las madres que en contexto de vulnerabilidad presentan tipos de apego que generarían efectos no deseados en la crianza y por ende problemas o consecuencias nocivas para los niños en su desarrollo evolutivo, tal como lo señala Gómez, Muñoz, y Santelices, (2008), empero esta actividad, sólo estaría proporcionando datos sobre las formas de relación de una población, que en general tiende a quedar bajo un prisma de negligencia a nivel general, producto que los parámetros con que se mide se encuentra alejado de los contextos propios de cada localidad, de la historicidad y de características propias de poblaciones que presentan un alto nivel de precariedad social, ya sea laboral, estatal y emocional (Rodríguez, 2009), situación que trae como consecuencia y por qué no también como causa a patrones relacionales diferentes a los esperados, convirtiendo las formas de relación vincular distintas a las del apego seguro (Bowlby, 1995; Botto, 2010; Galán, 2010).

Finalmente en este sentido se puede pensar que otras teorías pueden incorporarse al trabajo, ampliar las miradas a nuevas formas de crianza e involucrar la problematización de la crianza, no solo por parte de los profesionales, sino también por parte de la comunidad, transformando una perspectiva más bien privada de los referentes protectores, que según la teoría serían los únicos responsables de la crianza, a uno con características más públicas, donde la comunidad es un agente angular de la crianza de los niños y niñas de un territorio, siendo los referentes primarios (madre o padre) los principales agentes de la crianza, pero no los únicos, abordando la temática también desde referentes protectores secundarios e incorporando a la intervención elementos situados y que incorporen los significados y lógicas de la población, sin juzgarla, si no que haciendo un trabajo de conocimiento y relación entre usuarios y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Bedregal, P. (2010). Chile Crece Contigo: el desafío de la protección social a la infancia. En O. Larrañaga y D. Contreras (Eds.). *Las nuevas políticas de protección social en Chile* (pp. 237-264). Santiago de Chile: Uqbar Editoriales.
- Besoain, C., & Santelices, M.P. (2009). Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva
- Materna: Una Revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100011&script=sci_arttext
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Madrid: Paidós.
- Botto, A. (2010). "Apegado a mí": Angustia, vínculos afectivos y psicopatología. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(2), 172-185.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N. & Minoletti, A. (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En J. Rodríguez (Ed.). *Salud mental en la comunidad* (pp. 105-117). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 581-595. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/03.pdf>
- Gómez, E., Muñoz, M.M. & Santelices, M.P. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 25(2), 241-251. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000200010&script=sci_arttext
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw- Hill.
- Iñiguez, L. (2004). *Curso de Investigación Cualitativa: Fundamentos, técnicas y métodos*. Madrid: Fundamentos.
- Mejía, E. (2005). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Universidad Nacional de San Marcos.
- Ministerio de Salud (2008). *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358. Recuperado de

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental (Informe compendiado)*. Ginebra: OMS.
- Rodríguez, J., Pastor, M. & López, S. (1988). Salud comunitaria. *Psicothema*, 5,367-373.
- Rodríguez, J. (2009). Introducción. En J. Rodríguez (Ed.). *Salud mental en la comunidad* (pp. 3-12). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía
- Suárez, N., Muñoz, M., Gómez, E. & Santelices, M.P. (2009). Terapia de Interacción Guiada: Una Nueva Modalidad de Intervención con Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social. *Terapia psicológica*, 27(2), 203-213. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200006

