

PROYECTO DE TESIS O AFE

ESTUDIANTE: Diego Aguirre Alvarado

PROFESOR(A) GUÍA: Svenska Arensburg

PROFESOR CO GUÍA: Álvaro Jiménez

PROFESOR INFORMANTE: Gonzalo Miranda

**TITULO DEL PROYECTO: Organización laboral, Clínica y Atención Primaria de Salud:
Un análisis en torno a la (re)elaboración del sentido del trabajo de Psicólogos/as.**

**PALABRAS CLAVE: Psicología Clínica - Subjetividad y trabajo – Clínicas del trabajo -
Atención Primaria de Salud.**

RESUMEN:

El campo laboral de los/as Psicólogos que trabajan en la Atención Primaria de Salud (APS), ha sido caracterizado como un escenario de tensiones y desafíos, siendo considerado un espacio donde se han ido agudizando las ambigüedades y paradojas del ejercicio clínico, realidad que aparece asociada a diversas dificultades para armonizar subjetivamente las demandas institucionales de salud, teniendo como referencia las definiciones formativas y profesionales de la Psicología Clínica. En este sentido, destaca la injerencia del modelo de Gestión (Management) en Salud sobre estos impases, el cual una vez inscrito en el seno de las cambiantes y heterogéneas definiciones, prescripciones y evaluaciones institucionales de las prácticas sanitarias, arroja un panorama de desconocidos efectos en torno a la subjetivación del trabajo de los/as psicólogos/as vinculados a ella. Consecuentemente, mi interés es explorar y analizar las transformaciones del sentido del trabajo que elaboran los/as Psicólogos/as de Atención Primaria de Salud en Chile (APS), a partir de las significaciones que realizan de la interface constituida por los modelos de Salud Mental y de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Para ello, utilizaré un diseño de investigación cualitativo con un enfoque narrativo. En términos de procedimiento, comenzaré observando reuniones de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde asisten Psicólogos/as de cada CESFAM de la zona y en virtud de dichas observaciones, realizaré un muestreo teórico emergente, para posteriormente realizar entrevistas

semiestructuradas. El material en su conjunto, lo analizaré y triangularé a través del método de codificación teórica, incorporando claves psicoanalíticas que objetivan la relación del sujeto con el mundo laboral. De este modo, proyecto acceder a las interpretaciones, resistencias y apropiaciones que tienen lugar frente a los discursos hegemónicos sanitarios, lo que permitiría conocer los modos singulares de reelaboración de un sentido laboral problemáticamente descrito, posibilitando explorar algunas relaciones que se establecen entre lo sanitario y lo clínico en el campo de la Atención Primaria.

**NOMBRE Y FIRMA PROFESOR(A) GUÍA NOMBRE Y FIRMA PROFESOR CO
GUÍA**

Fecha De Entrega:

FORMULACIÓN DEL PROYECTO: describa el problema que abordará (el estado del debate) y la tentativa de solución del mismo (hipótesis de trabajo). Máximo 3 páginas.

El trabajo que realizan los/las Psicólogo/as en la Atención Primaria de Salud en Chile (APS), parece constituir un objeto caracterizado por una multiplicidad de discursos, relaciones y tradiciones sociohistóricas y territoriales que lo contextualizan, concentrando una densidad dinámica de poderes y saberes que han ido determinando particulares abordajes e intervenciones, lo que ha generado un interés creciente en la investigación en Ciencias Sociales, sobre todo desde el año 2000, donde ocurre “la gran reforma de salud”. Al alero de dicha reforma, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría introdujo nuevas formas de trabajo para los/as interventores afines, definiendo funciones específicas para los equipos de Atención Primaria, particularizando fundamentos, objetos y métodos para el trabajo de los/as Psicólogos/as.

En la base de esta reforma, se propició una transformación de la concepción, organización y gestión de la salud como bien público, la cual fue articulándose como representante de una reconfiguración de la relación entre el Estado, las subjetividades y la sociedad civil, en continuidad al modelo neoliberal instalado en dictadura en la década de los 80’ (Carrasco y Jiung, 2014). Para De Gaulejac (1993), este influjo de lo neoliberal en el mundo laboral contemporáneo ha promovido una cierta crisis de sus roles, lo que específicamente en salud, ha dado paso a *desviaciones* en torno a los objetivos de cuidado que fundamentaban a los dispositivos sanitarios (Kaes, 2004; Molinier, 2015).

En concreto y como explicitan Scharager y Molina (2007), el paso de una concepción biomédica centrada en la cura de las enfermedades entendidas individualmente, hacia un abordaje biopsicosocial y comunitario sobre todo el continuo salud-enfermedad marcan el eje del cambio de enfoque propuesto en la reforma, lo que modela una visión “integral” de salud, la cual ya no solo es intervenida para su restitución sino también para su potenciamiento, expresión de una nueva política del bienestar (Miranda, 2016).

En el transcurso de ya casi dos décadas, estas funciones y concepciones se han intentado implementar en la cultura y los equipos sanitarios a través de constantes actualizaciones de los principios orientadores y evaluaciones que rigen las prácticas de la APS, donde actualmente se formaliza la coexistencia del ordenamiento que propone el “Modelo de Salud Mental en la Atención Primaria” (SMAP) y el “Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario” (MAIS) (Minsal, 2015).

En los discursos, los abordajes proponen la búsqueda del “mejor estado de bienestar posible”, lo que se operativiza a través de atenciones integrales, oportunas, de calidad y resolutivas, ambición que sin embargo, ha sido diseñada bajo lógicas de gestión “manageriales” (Zangaro, 2011; Molinier, 2015) que dificultan las acciones, al operar con sistemas de evaluación, seguimiento e incentivos que al estandarizarse en indicadores medibles, no logran incorporar “las complejas acciones de orden psicológico que se realizan”, lo que tiende a desplazar significativamente las acciones de los equipos. (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2012; Zamora 2015), poniendo en riesgo el sentido del trabajo (De Gaulejac, 2008).

De tal forma se asiste con un cierto vértigo a una diversidad de conceptos, discursos y objetos que parecen atravesar densamente las prescripciones del trabajo que se ha ido inscribiendo en la organización de la APS, las que, motivadas por disminuir las brechas en el acceso a la salud de la población, parecen sin embargo generar otras brechas en su interior, por ejemplo, al cruzarse con la realidad funcional y ética de los/as Psicólogos/as. De este modo, se dibuja un dispositivo cada vez más exigente en la implementación de sus diversas acciones, operando a través de perspectivas heterogéneas que se tornan ambiguas, al intentar cubrir una concepción compleja y muchas veces superpuesta entre la salud y la salud mental (Abarzua, et al. 2011).

En consecuencia, toma sentido ponderar la incidencia de una cierta duplicidad funcional que se condensa en el rol del/a Psicólogo/a de APS, donde parecen solaparse los discursos provenientes de una tradición asociada a la Salud Mental y las intervenciones clínicas de corte clásico (psicoterapia principalmente) y aquello que lo Psicosocial representa, enfocado en la búsqueda de una salud integral, comunitaria y orientada hacia una renovada concepción de

bienestar. Resulta válido interrogar hasta qué punto ambas disciplinas pueden articularse y sobre todo, cómo repercute este cambio en la interpretación que realiza el/la Psicólogo/a sobre su labor, valorando qué efectos producen estos procesos en sus prácticas.

Para Fernandes et al. (2016), las nuevas normativas de la salud mental fuerzan a los/as psicólogos/as a salir de la especificidad de la clínica, destacando el problema que significa pasar de una lógica individual a una colectiva, en un marco de acción que involucra a la salud en una relación de conjunto, trastornando el espectro de lo clásicamente entendido como mental. Además, se establece que las funciones pueden ser desempeñadas tanto por psicólogos/as como por “otros profesionales del equipo de salud mental que trabajan en los servicios de APS.” (Scharager y Molina, 2007. p. 150).

Tal como afirma Busta (2011), la especificidad del psicólogo/a como profesional se ha difuminado, al quedar asimilada a una práctica “psicosocial” cerrada a funciones cada vez más predefinidas, determinando la pérdida del lugar eminentemente clínico de las condiciones de posibilidad del ejercicio, de manera de volver indiferente la relación entre la intervención y la profesión llamada a desempeñarla¹. Incluso, se ha planteado la existencia de experiencias internacionales exitosas de implementación y funcionamiento de la APS que no requirieron la inclusión de psicólogos/as. (Minolletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

De este modo y en continuidad a lo planteado por Chaumon (2008), se modela un campo donde la clínica ejercida en los programas estatales cae en un terreno “ambiguo y paradójal”. Para Salomone (2014), esta constatación da paso a disarmonías propias del cruce epistemológico y ético de los discursos sanitarios y los lineamientos funcionales de las profesiones relativas como la Psicología, lo que constituye una línea de permanente reflexión, que surge como consecuencia de un “cierto descontento” de los/as interventores/as al tener que salirse del apego a las pautas de su profesión.

Junto con Abarzúa, (et al. 2011), considero que esta problemática involucra la falta de consideración de los aspectos de la subjetividad y de las culturas organizacionales vinculadas a la Salud Mental en el diseño de la política pública, lo que en palabras de Pujol (2007), da cuenta del “desfase” entre las prescripciones hegemónicas del trabajo y la realidad de las prácticas de

¹ La reciente polémica que surgió a partir de la publicación de las orientaciones técnicas del Trabajo Social en Salud (Marzo, 2018) da cuenta de la actualidad de este problema. Sucintamente, dicho documento señala que se deben destinar horas para que dichos profesionales realicen procesos psicoterapéuticos en los Centros de Salud, declaración que al cuestionar la exclusividad de los psicólogos/as sobre el ejercicio de estas prácticas, motivó incluso una declaración del colegio de Psicólogos/as, que señaló la invalidez de la normativa al no estar suscrita al código sanitario vigente.

quienes lo realizan, viéndose limitadas las posibilidades de una armonización entre ambas dimensiones.

Creo que este diagnóstico invita a interrogar cómo los/as Psicólogos/as de APS significan su actividad laboral, lo que puede investigarse abordando el trabajo en su condición de generador de sentidos subjetivos y colectivos (Clot, 2008, en Pujol, Gutierrez y Barnes, 2014), según las relaciones que tienen lugar entre las determinaciones políticas e institucionales de este campo laboral y las biografías, ideales y valores de sus trabajadores/as, dimensión que no tan solo parece desconocida, sino que también infravalorada en su grado de injerencia sobre las posibilidades de implementación y éxito de las acciones demandadas por los planes y programas sanitarios.

Adentrarme en el contexto del trabajo de los/as psicólogos/as entonces, supone visibilizar los modos de posicionamiento que logran como agentes de salud en relación a los objetivos estatalmente definidos y constantemente supervisados, desafío que busca interrogar el modo en cómo la organización y las condiciones impuestas al trabajo sanitario- representados en la actualidad por la coexistencia del modelo de SMAP y del MAIS en la APS-, se emplazan en dichas subjetividades, apelando a incidir en sus percepciones, acciones y sentidos en torno a la naturaleza de su rol, donde adquieren relevancia las dinámicas y tensiones entre lo que deberían hacer según el dispositivo hegemónico, lo que “internamente” piensan que deberían hacer, y lo que concretamente hacen (o pueden hacer).

Estos dominios son problematizados por algunos planteamientos proporcionados por la Psicodinámica del trabajo (PDT) (Dejours, 2011) y las Clínicas del Trabajo (Dejours, 2011; Foladori y Guerrero 2017; Besoain, Guerrero y Zabala, 2017), teorías que se pretende utilizar en tanto objetivan desde diversos ángulos, los modos de implicación que asumen los sujetos en el trabajo, abordando la experiencia laboral a partir del límite que su organización impone, junto con analizar los procesos de cambio en el trabajo a partir de la distancia que existe entre las teorías y las prácticas. Así, la propuesta pone el foco en las apropiaciones y/o resistencias que tienen lugar frente a las disputas y ambigüedades de sentido que se juegan en torno a las prácticas que promueve el dispositivo, escenario que se propone abordar a través de la clave analítica que provee el par sufrimiento/placer laboral, en tanto ilumina un modo de abordar la experiencia en un trabajo sanitario complejo, signado incluso como sobrecargado y estresante (Wlosko 2014; Silva, 2017).

Resulta pertinente entonces preguntarse: ¿De qué manera influyen las prescripciones interventivas que se proponen en la interface de los modelos de SMAP y MAIS sobre el sentido que los/as psicólogos/as de APS elaboran y reelaboran sobre su trabajo?

Es decir, proyecto observar qué ocurre subjetivamente, cuando las actualizaciones de los discursos hegemónicos de la salud penetran e intentan moldear las directrices epistemológicas del trabajo que los psicólogos/as realizan, analizando la psicodinámica que ese encuentro (o desencuentro) produce, al convocar a las prescripciones organizacionales del trabajo sanitario junto a las demandas profesionales y éticas interiorizadas en cada quien, teniendo como referencia la condicionante que brinda la cotidianidad laboral, con todos sus límites, imprevistos y particularidades o lo que Dejours (2006) llama “lo real del trabajo”.

En un segundo momento y a partir de lo explorado y analizado, proyecto desarrollar un potencial debate en torno al lugar y las características que asume lo clínico en el escenario propuesto, lo que involucra especificar los lugares en los que la política pública sanitaria ubica a los/as psicólogos/as, posibilitando de esta forma posibles reflexiones en torno a las consideraciones ético-políticas del trabajo interventivo de la Psicología en el dispositivo de la APS.

OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECÍFICOS) Jerarquice los objetivos de la investigación por orden de importancia.

Objetivo general:

-Explorar y analizar los procesos de transformación del sentido del trabajo que elaboran los/as psicólogos/as de APS, en la interface organizacional prescrita por el modelo de Salud Mental y el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Específicos:

-Explorar las significaciones que realizan los/as Psicólogos/as de APS, en torno a las demandas laborales que se prescriben a partir de los modelos de Salud Mental y de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en términos de dificultades, oportunidades y desafíos laborales.

-Analizar estas significaciones como procesos subjetivos y psicodinámicos de sufrimiento, placer e invención laboral, según los ideales y valores que guían singularmente el trabajo de los/as Psicólogos/as de APS.

-Discutir críticamente, las implicancias clínicas y éticas del trabajo interventivo que se prescribe a los/as Psicólogos/as de APS, en el encuentro con la interface organizacional de los modelos de Salud Mental y de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

METODOLOGÍA: describa los métodos que planea utilizar para abordar los objetivos del proyecto, enfoque, muestra, construcción de la muestra, técnicas a utilizar, carta Gantt y tipos de análisis a realizar.

En términos metodológicos, esta es una investigación empírica de carácter exploratorio-descriptivo inscrita en el terreno de los métodos cualitativos. Esta perspectiva satisface las exigencias epistemológicas para el estudio de la subjetividad, la cual está definida como una parte constitutiva del individuo y de las organizaciones sociales que lo determinan. (González, 2000).

El diseño escogido corresponde a un estudio narrativo biográfico (Correa, 1999; Cornejo, 2006), el cual pretende la exploración de significados profundos que se expresan en las trayectorias vitales, las cuales redundan en experiencias y visiones particulares que permiten un conocimiento singular, el que al mismo tiempo, es representativo de normas y valores de una época, visibilizando relaciones de reciprocidad entre un punto de vista subjetivo y su inscripción en el orden social que lo determina (Cornejo, 2006). “ni la vida de un individuo ni la historia de una sociedad puede entenderse sin entender ambas cosas” (Mills, 1994, p. 23, en Roberti, 2012, p. 132).

De este modo el método narrativo entrega una concepción donde los relatos particulares se corresponden a narrativas culturales más generales, las cuales permiten teorizaciones sobre patrones compartidos de subjetivación, sin descartar con ello la relevancia de los recuentos singulares. (Frank 1995 en Hamui, 2011; Correa 1999). De esto se desprende el valor del enfoque biográfico como un enfoque clínico, en la medida que se modela una investigación que entiende las perspectivas singulares como parte de conflictos sociales, concibiendo un sujeto en crisis (Sharim, 2005).

El enfoque biográfico ilumina un momento histórico pero desde una mirada “única, irrepetible y abierta”, donde los sujetos producen prácticas y estrategias según la mediatización que logren de los efectos estructurales del medio, condensando un constructo vital que es prefijado y al mismo tiempo emergente (Roberti, 2012). Esto posibilita encontrar sentidos desde las vivencias, a través de la comprensión de los modos afectivos, sociales y culturales que un individuo encarna (Correa, 1999), relevando así la investigación biográfica como un efecto de la diversidad de sentidos que las personas dan a los acontecimientos que viven. (Santamarina y Marinas, 1999, en Bruno y Acevedo, 2016).

Otro elemento que justifica la elección de este enfoque está dado por la relevancia que las biografías imprimen a aquello que escapa a las regularidades objetivas dominantes, pudiendo recopilar las rupturas, equívocos y marginalidades en tanto brindan información privilegiada de la

realidad social a objetivar (Cornejo, 2006). Considero este punto como un aspecto clave en relación a los objetivos de esta investigación, una vez que permitirían revelar posiciones y discursos reactivos a las tensiones derivadas de la hegemonía institucional sanitaria y los límites consecuentes impuestos al trabajo de los/as psicólogos/as.

Dicho análisis, adquiere sentido al considerar las transformaciones sostenidas en las últimas décadas en el mundo del trabajo, donde destacan las reformas estructurales que se han implementado en Latinoamérica a partir del establecimiento de una nueva fase transnacional del capitalismo (Roberti, 2011). Esta realidad se ha postulado como un antecedente que hace pertinente la utilización del enfoque biográfico, al considerar las variadas formas de inserciones y relaciones laborales en un mercado cambiante e inestable. (Montero, 1998. En Acevedo y Bruno, 2016).

De modo que al objetivar la relación entre subjetividad y trabajo, el estudio se articula desde un diseño narrativo “de tópico” (Mertens, 2005, en Salgado, 2007), donde las narrativas provocan una reflexión que trasciende el relato para analizar el mundo social en el cual estas emergen, promoviendo el desarrollo de una mirada analítica que atienda a sus más amplias, complejidades sociales, económicas y políticas (Hamui, 2011).

Los puntos que a continuación detallo dan cuenta del procedimiento metodológico de la investigación, conteniendo actividades ya desarrolladas en el contexto de la realización de este proyecto.

1) Pilotaje: Como una forma de aproximación a los discursos de los/as psicólogos en relación al trabajo que realizan en la APS, comencé entrevistando en formato semiestructurado a un psicólogo y dos psicólogas de distintos CESFAM de la región Metropolitana. En estas entrevistas, busqué conocer tanto las prácticas que realizaban como los significados que les atribuían a las mismas, apostando a conocer los obstáculos que percibían en torno a la definición organizacional de su contexto sanitario, para así acceder a experiencias de sufrimiento y placer laboral. Este paso, tuvo efectos relevantes en el desarrollo de este proyecto, llevándome a considerar cambios tanto en términos teóricos como a nivel de objetivos y de método de investigación, donde concluí la necesidad de integrar un nuevo modo de recolección de información, que complementara una realización de entrevistas que al menos en esta fase inicial, no consiguió la riqueza ni profundidad del material que buscaba.

2) Conforme a lo anterior y luego de varias modificaciones, proyecté recomenzar la investigación a través de observaciones no participantes en la reunión de Salud Mental de CESFAM² pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), donde asisten los “encargados de programa”³ de 31 Centros de APS de la zona de jurisdicción de dicho servicio, al cual pertenecen las comunas de Recoleta, Huechuraba, Independencia, Quilicura, Conchalí, Colina, Lampa y Til Til⁴. La entrada a este campo fue facilitada por una Psicóloga que asiste a estas reuniones, y quien tuvo la primera conversación con los encargados de la reunión para evaluar una potencial autorización que me permitiera estar en estos encuentros. De esa gestión resultó la primera aprobación para asistir a una reunión, lo que confirmé a través de un correo electrónico con uno de los referentes encargados de presidirla. Hace algunos días asistí a la primera de estas reuniones, habiendo logrado conocer a sus miembros, accediendo a los temas que están siendo trabajados y donde pude proyectar continuar con las observaciones en los próximos meses sin condiciones ni reparos.

3) Caracterizando este espacio, las reuniones tienen una frecuencia mensual y una duración de dos horas, siendo presididas y guiadas por los referentes de los programas de Salud Mental y Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria del servicio mencionado. En la reunión, se discuten aspectos relativos a las intervenciones que el Servicio, en tanto representante de la política sanitaria estatal, prescribe, siendo un espacio privilegiado como contexto de los discursos y prácticas oficiales que se implementan en términos sanitarios, encarnando el momento en que las orientaciones, evaluaciones y supervisiones laborales son socializadas con cada Psicólogo/a de los CESFAM. De este modo, el foco a observar durante las reuniones se vincula específicamente a las prácticas que los referentes *solicitan* realizar a los profesionales en su trabajo cotidiano, material en virtud del cual se dará contenido a las prescripciones laborales que provienen de los modelos señalados, lo que encarna la *interface* objetivada como organización de trabajo, considerando que cada actividad socializada obedece a uno o ambos modelos. Así, se verán acotadas las labores sanitarias bajo un criterio de contingencia dictado por la tabla de la reunión, validándose en tanto operan como instrucciones formales de trabajo para los encargados de programa.

² Centro de Salud Familiar y Comunitario. Se entiende como el Centro de Salud que encarna el dispositivo de Atención Primaria.

³La figura del encargado de programa se define como un referente local, generalmente psicólogo/a pero también algunos médicos, que tiene como responsabilidad la planificación, gestión, coordinación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud mental del sector público (Minsal, 2006). Quien desempeña este cargo, suele también ejercer funciones interventivas, encarnando la *duplicidad funcional de rol* anteriormente señalada.

⁴ Para formalizar el acceso a las reuniones, este proyecto será enviado al comité de ética de FACSO, de modo que su condicional aprobación será garantía de la confidencialidad y el uso exclusivamente investigativo y de publicación científica de la información que recabe.

Habiendo clarificado las acciones ya realizadas, procedo a dar cuenta de los pasos venideros a modo de propuesta metodológica.

3) En cuanto al muestreo me guiaré por un criterio teórico emergente, en tanto me permite seguir las pistas que surjan durante el trabajo de campo, de manera de aprovechar lo inesperado (Martínez-Salgado, 2012). En concreto, utilizaré el criterio muestral por intensidad, según el cual seleccionaré a los/as asistentes que en la reunión se observen más y menos interesados/as y/o interpelados/as por las formas socializadas de prescripción del trabajo, y sobre quienes, por tanto, parezca plausible y relevante interrogar sus posiciones respectivas. El número final de la muestra estará supeditado a las ideas que elabora Mayan (en Martínez-Salgado, 2012), quien al considerar “inalcanzable” el criterio de saturación de la información, propone investigar “hasta el momento en el que se considere que se puede decir algo importante y novedoso sobre el fenómeno que lo ocupa”. (p. 617)

4) Los criterios de inclusión de la muestra responden a dos condiciones:

a) Ser Psicólogo/a encargado de programa de SM de un CESFAM del SSMN. Lo que supone un grado de antigüedad suficiente como Psicólogo/a de CESFAM que consideraré superior a tres años.

b) Asistir regularmente a las reuniones del Programa.

Como criterios de exclusión también consideraré dos situaciones:

a) Consecuentemente al punto “a” anterior, una experiencia laboral como Psicólogo/a de CESFAM inferior a tres años.

b) La realización única de funciones de gestión y/o coordinación que excluyan labores interventivas por parte de los psicólogos/as.

5) Una vez ya conocidos los temas laborales que fundamentan la reunión y conforme vaya delimitando la confección de la muestra, tematizaré las entrevistas que luego realizaré, consolidándose así el diseño formal de la investigación. Serán esos temas laborales los que utilizaré como puertas de entrada al sentido del trabajo, modelando las preguntas “generadoras de narración” (Flick, 2004) que promueva la entrevista, la que se constituye entonces como la fuente principal de recogida de información del estudio⁵.

⁵ El establecimiento de la observación de las reuniones bajo la categoría “no participante” y sólo como un paso del procedimiento metodológico es una decisión temporal y en evaluación, ya que está condicionada a los hallazgos

6) El tipo de entrevista que utilizaré es la entrevista “centrada en el problema” (Witzel, 1985 en Flick, 2004), que forma parte de los métodos narrativos. Este método utiliza una guía de entrevista que se vale de preguntas y estímulos narrativos donde se recoge información biográfica respecto a un problema determinado. El autor detalla que la entrevista se caracteriza por tres criterios centrales: Centramiento del investigador hacia un problema social o biográfico pertinente; orientación a un objeto que determina cambios metodológicos y orientación al proceso en la manera de comprender el objeto de investigación. Para llevarla a cabo realizaré previamente un guion, que sirva como apoyo en torno al hilo narrativo del/a entrevistado/a. Su uso específico está destinado a “dar un nuevo giro” a la entrevista en caso de que la conversación se estanque o comience a desarrollarse sobre un tema improductivo, por lo que el instrumento permite realizar preguntas dirigidas para acotar los temas. De este modo “el problema” sobre el cual se construirán las entrevistas se fundamenta teóricamente con las dificultades observadas que conllevaría el trabajo del/a psicólogo/a en la APS, considerando sus paradojas clínicas, su tecnificación creciente y sus evaluaciones cuantitativas y estandarizadas, permitiéndome indagar las valoraciones y respuestas de la muestra ante estos problemas, para desde ahí interrogar los sentidos laborales en tanto que involucran una proyección de una singularidad deseante que se refleja en el trabajo (Besoain, Guerrero y Zabala, 2017).

7) Proyecto realizar dos entrevistas por cada participante, con la condición de que la primera entrevista realizada sea transcrita y analizada previamente a la segunda, de modo que el guion de ésta última sea consecuentemente construido. Así, aspiro a profundizar los temas más pertinentes a los objetivos del estudio. Todas las entrevistas serán trianguladas en paralelo con el guía de esta tesis.

8) Consideraré según la evolución de la investigación realizar una entrevista “de expertos” (Flick, 2004) a los referentes del Servicio que guían la reunión de programa, ya que pudiera ser relevante y enriquecedor conocer cómo ellos/as interpretan y aterrizan las prescripciones organizacionales de los modelos institucionales objetivados, lo que me permitiría acceder a concepciones que podría relacionar y comparar con los discursos de la muestra, con el objeto de complejizar la mirada al sentido laboral en estudio.

que se produzcan durante desarrollo de la investigación en la reunión misma. De este modo, advierto que la observación podría pasar a considerarla ya no solamente como un instrumento de contextualización de las entrevistas que realizaré posteriormente, sino como fuente de producción de información en sí misma, reformulándose como “observación participante”, y trascendiendo así su función de enlace inicial. De realizar este cambio, la observación participante pasaría a formar parte del diseño y de la recolección de información de la investigación más que solo constituir un paso del procedimiento.

9) Finalmente, para el análisis de la información utilizaré el método de codificación teórica, (Glaser y Straus, 1967; Strauss y Corbin, 1990 en Flick, 2004), donde la interpretación del material va a la par con su recogida, lo que implica desentenderme de un proceso lineal de recogida-interpretación para operar a través de un procedimiento trenzado. De ahí que pretenda recurrir a los mecanismos de codificación abierta, axial y selectiva combinadamente para dar cuenta del tratamiento de los textos, donde apelo a poder desglosar, conceptualizar y reorganizar los datos en nuevas formas con el fin de construir teoría a partir de ellos (Strauss y Corbin, 1990, en Flick 2004).

Carta Gantt

	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene 19	Feb 19	Mar 19	Abr 19
Desarrollo y entrega proyecto de tesis	X	X									
Aprobación proyecto			X								
Entrega/aprobación comité de ética			X	X							
Marco conceptual		X	X	X	X	X					
Marco metodológico	X	X	X	X							
Observación reuniones SM		X	X	X	X	X					
Contacto participantes			X	X	X	X					
Realización entrevistas				X	X	X	X				
Análisis entrevistas					X	X	X	X			
Discusión y conclusiones									X	X	
Finalización del escrito										X	
Entrega del escrito											X

BIBLIOGRAFÍA: Distinguir las fuentes primarias y secundarias del proyecto: agregue hojas si es necesario. Explique sucintamente por qué las fuentes citadas son relevantes al problema de discusión o a la hipótesis de trabajo. **Máximo** 3 páginas.

Fuentes primarias:

Besoain, C. Guerrero, P. y Zabala, X. (2017). Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones. Universidad Alberto Hurtado Ediciones. Santiago.

De Gaulejac V. (2008). “El costo de la excelencia”. Conferencia realizada en Buenos Aires, Argentina.

Dejours, C. (2011). Psicopatología del trabajo – Psicodinámica del Trabajo. *Revista Laboreal*. Vol. VII. nº1. Pp. 13-16. Extraído de http://laboreal.up.pt/files/articles/13_16f2.pdf

Foladori, H. y Guerrero, P. (eds.) Malestar en el trabajo. Desarrollo e intervención. LOM: Santiago.

Miranda, G. (2016). Malestar en Chile, política sanitaria y psicoanálisis. En Radiszcz, E. (ed.). Malestar y destinos del malestar. Políticas de la desdicha. Pp. 32-51. Santiago: Social-Ediciones, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.

Moliner, P. (2015). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible? *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*. N° 57. Pp. 132-140. Extraído de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Revista-Ni%C3%B1os-257-53-61.pdf>

Pujol, A. (2007). Salud Mental y Trabajo. Nuevos escenarios, nuevos problemas, nuevas perspectivas. Comunicación Curso Anual de Actualización en Problemáticas de Salud Mental. Ministerio de Salud de Argentina. Gerencia de Salud Mental.

Salomone, G. (2014). Intersecciones discursivas y singularidad: Cuestiones éticas de las prácticas en salud mental en contextos institucionales. *Anuario de investigaciones*, N°21 (2), Pp. 245-249. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862014000200032&lng=es&tlng=es

Scharager, J. y Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. N°22 (3), Pp. 149-159. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S102049892007000800001>

Zamora, C. (2015) Prácticas y registros de las(os) psicólogas(os) a nivel de salud primaria, elementos de performatividad en las políticas públicas en salud mental en Chile. Tesis para optar al grado de doctor en Psicología. Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

Zangaro, M. (2011). Subjetividad y trabajo: el management como dispositivo de gobierno. *Trabajo y sociedad*. n°16. Pp. 163-177. Extraído de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514687120110001010&ng=es&tlng=es.

Fuentes secundarias:

Abarzúa, M. Aceituno, R. Apolinario E. Balboa, M. Bertoni, M. Bushman, S. et al. (2011). Estrategia Nacional de Salud Mental: 'Un Salto Adelante'. Resultados del Trabajo en Comisiones. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Acevedo, J. y Bruno, F. (2016). El Enfoque Biográfico: La construcción de las trayectorias laborales de los adultos mayores, un fenómeno de análisis social. *Rev. Kairós Gerontología*, Vol. 19 (4), pp. 29-47. Extraído de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/31367/21904>

Ansoleaga, A. Blanch, J. Godoy, Stecher, A. y Toro, J. (2012). Riesgos psicosociales en profesionales de la salud pública en Chile. Manuscrito no publicado.

Barnes, F. Pujol, M. y Gutierrez, A. (2014). Cuidar y cuidarse en el trabajo. Contribuciones desde una perspectiva clínica. En Pujol, M. y Gutierrez, A. (comp.) (2014). Trabajo y subjetividad: Indagaciones clínicas. Pp. 117-132. Simposio Trabajo, Actividad y Subjetividad (TAS). Universidad Nacional de Córdoba.

Busta, C. (2011). Posibilidades y Limitaciones del manejo transferencial en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad en el contexto de la Atención Primaria de Salud". Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile.

- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), pp. 98-108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/415/327>
- Chaumon, F. (2008). L'éthique, ou « le courage de la vérité. *Revista Psychiatrie et violence*. Vol. 8 n° 1. Institut Philippe-Pinel de Montréal. Recuperado de <https://www.erudit.org/fr/revues/pv/2008-v8-n1-pv2381/018662ar/>
- Cornejo, M. (2006). El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. *Revista PSYKHE*, Vol.15, N°1, pp. 95-106. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07182228200600010008
- Correa, R. (1999). La aproximación biográfica como opción epistemológica, ética y metodológica. *Proposiciones*, N°29, pp. 35-44. Ediciones SUR: Santiago.
- De Gaulejac, V. (1993). El costo de la excelencia. Paidós: Buenos Aires.
- Dejours, C. (2006). La banalización de la injusticia social. Topía: Buenos Aires
- Fernandes, R. Jiménez-Brobeil, S. Do Carmo, M. Almeyda, D. Do Nascimento, E. Araujo, P. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología* [online]. vol.34, n.2. pp. 357-386. Extraído de <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.006>
- Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata S. L: Madrid.
- González, F. (2000) Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos. International Thomson Editores: México.
- Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Revista Cuicuilco*. N°52 pp. 51-67. Universidad Autónoma de México
- Kaes. R. (2004). Complejidad de los espacios institucionales y trayecto de los espacios psíquicos. *Revista de Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol. XXVI n°3. Pp. 655-670.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 17 (3) Pp. 613-619. Extraído de <http://www.scielo.br/pdf/esc/v17n3/v17n3a06.pdf>

Ministerio de Salud, Chile (2015). Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria. División de atención primaria, Subsecretaría de redes asistenciales.

Minoletti, A. Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*. N°20 (4). Pp. 440-447. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>

Roberti, M. (2012). El enfoque biográfico en el análisis social: claves para un estudio de los aspectos teórico-metodológicos de las trayectorias laborales. *Revista Colombiana de Sociología*. Vol. 35, N° 1 pp. 127-149.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, n°13, Pp. 71-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2766815.pdf>

Sharim, D. (2005). La Identidad de Género en Tiempos de Cambio: Una Aproximación Desde los Relatos de Vida. *Revista Psykhe*. vol. 14(2), pp. 19-32. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200002>

Silva, M. (2017). Sufrimiento laboral en el equipo de un centro de salud familiar rural del sur de Chile. *Rev. Chilena de salud pública*. N° 21(1). Pp. 10-18. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/47654>

Wlosko M. (2014). Malestar y sufrimiento en el trabajo: El frágil equilibrio. En Stecher, A y Godoy, L. (Eds). *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades: Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina*. Pp. 343-367. RIL: Santiago.

Las fuentes primarias son relevantes en primera instancia, en tanto interrogan teórica y empíricamente las causas y efectos de los procesos de modernización de los Estados Occidentales en el mundo laboral, especificando modos de abordar e investigar psicoanalíticamente las consecuencias de estos procesos en la subjetividad de los trabajadores. Del mismo modo, posibilitan una lectura crítica acerca de estas transformaciones, las cuales, por ejemplo, han determinado descentramientos y transformaciones en los roles, las funciones y los objetivos de los trabajos sanitarios, que han sido leídos por la PDT y la Clínica del trabajo fundamentalmente a través del sufrimiento laboral.

Asimismo, las fuentes complejizan la mirada en torno al trabajo sanitario, al incluir en sus reflexiones los efectos problemáticos de aspectos como la Nueva Gestión Pública, la Economía de la Salud o la racionalidad biomédica en tanto pilares de lo sanitario, lo que permite aproximaciones ético-políticas y clínicas al escenario.

Un último aspecto a mencionar desde las fuentes primarias que es profundizado y diversificado por algunas fuentes secundarias, relaciona estos y otros aspectos a la Psicología Clínica, donde se agregan investigaciones empíricas y teorizaciones en torno a las dificultades organizacionalmente determinadas que han caído sobre el ejercicio de la disciplina en el mundo de la salud y la Atención Primaria.

Finalmente, se valoran las fuentes secundarias que permiten situar metodológicamente el estudio, al caracterizar la conveniencia del enfoque narrativo para realizarlo.