



Universidad de Chile.

Facultad de Ciencias Sociales.

Departamento de Psicología.

“Familia y Salud Mental: Escenarios posibles en la práctica de intervenciones familiares en contexto de atención especializada en salud mental dentro de la red de servicios de salud pública”

Memoria para optar al título de Psicóloga.

Autora:

Fernanda Conde Lobos

Profesor Patrocinante:

Esteban Encina Zúñiga

Santiago, Chile

2022

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mis padres, por todos los esfuerzos que han hecho para brindarme la oportunidad de cumplir mis metas y sueños.

A toda mi familia, que ha sido una fuente permanente de apoyo y contención durante este proceso y durante toda mi vida.

Gracias a mis amigas y amigos, con quienes he compartido experiencias, ideas, conversaciones que han enriquecido mi vida.

Gracias a Matías, mi compañero, que con su amor y confianza me ha motivado a dar lo mejor de mí en todos mis proyectos.

Dedico este proyecto a todos los profesionales de la salud mental que trabajan en salud pública, especialmente a los profesionales del COSAM de Pudahuel, que con sus experiencias, dedicación y trabajo inspiraron este proyecto.

Resumen

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario que actualmente rige a todos los nodos de atención de salud mental en el país, propone dentro de sus principios una atención centrada en la persona y sus familias. A pesar de que este modelo fue impulsado hace 17 años, aún existen nudos críticos en su implementación, sobre todo en el ámbito familiar. En este contexto, la siguiente investigación tuvo como objetivo conocer cómo son los escenarios en los cuales se practican intervenciones familiares en contexto de salud mental pública, más específicamente en el COSAM de Pudahuel, desde la perspectiva de profesionales de la salud mental que trabajan en este centro. Se utilizó un enfoque cualitativo y los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas semiestructuradas a 5 profesionales del centro que se desempeñan en distintas áreas de intervención. Los resultados mostraron que, según la percepción de profesionales entrevistados, el rol de la familia es fundamental para el cuidado y desarrollo de la salud mental, así también que las intervenciones familiares son positivas y efectivas, sin embargo, los escenarios para la práctica de intervenciones familiares en el contexto de salud mental pública son adversos, debido a diversos factores administrativos, estructurales, sociales, y económicos que dificultan la posibilidad de realizar este tipo de intervenciones. También se logró comprender que desde la perspectiva de los profesionales entrevistados existen características propias del centro que facilitan la práctica de intervenciones familiares, no obstante, estos facilitadores no logran contrarrestar las dificultades asociadas a la forma en que se administra la salud mental en el país, manteniendo lógicas que se contraponen al Modelo de Atención propuesto.

Índice

1. Introducción	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Problematización	9
2. Objetivos	11
3. Marco Teórico	12
3.1 Salud mental en el sistema de salud pública en Chile.....	12
3.1.1 Modelo de atención en salud mental	12
3.1.2 Provisión de servicios de salud mental en la red de atención pública	14
3.2 Enfoque Familiar en la red de servicios de Salud Mental	16
3.2.1 Enfoque familiar	16
3.2.2 Desarrollo del enfoque familiar en salud mental en APS	17
3.2.3 Desarrollo del enfoque familiar en salud mental en centros de salud mental comunitaria	19
3.2.4 Factores sociales influyentes en el desarrollo del enfoque familiar en la red de servicios de Salud Mental	22
3.3 Familia y Salud Mental.....	25
3.3.1 Rol y participación de la familia en la salud mental	25
3.3.2 Intervenciones familiares en distintos contextos y problemáticas	28
4. Marco Metodológico	34
4.1 Enfoque Metodológico	34
4.2 Aproximación epistemológica.....	34
4.3 Diseño Muestral	35
4.3.1 Participantes de la muestra.....	35
4.3.2 Criterios de inclusión para participantes de la muestra	36
4.3.3 Caracterización de los participantes.....	37

4.4 Técnica de producción de datos	37
4.5 Procedimiento	37
4.6 Proceso de análisis de datos	38
5. Resultados	38
5.1 Rol de la familia en la salud mental.....	38
5.2 Caracterización de las intervenciones familiares.....	42
5.3 Factores externos al COSAM que influyen en la práctica de intervenciones familiares	47
5.4 Características propias del COSAM Pudahuel que influyen en la práctica de intervenciones familiares	50
5.5 Valoración de las intervenciones familiares.....	53
6. Discusión	56
6.1 Factores influyentes en la práctica de intervenciones familiares asociados a la implementación del modelo de atención	58
6.2 Limitantes socioeconómicos e ideológicos de las familias para las intervenciones familiares	60
6.3 Escenarios adversos para las intervenciones familiares, facilitadores y esfuerzos del COSAM Pudahuel.....	63
7. Conclusiones	66
8. Referencias	67
9. Anexos	72
9.1 Pauta de entrevista	72
9.2 Consentimiento informado	75
9.3 Entrevistas transcritas.....	77

1. Introducción

1.1 Antecedentes

En el año 2005 fue impulsada la última reforma sanitaria en el país, la cual tuvo como objetivo mejorar la calidad del sistema de salud, generando mayor equidad en cuanto a acceso y otorgando una mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población (MINSAL, 2017). Esta reforma vino acompañada de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (en adelante MAIS), el cual rige toda la red de atención pública del sistema de salud chileno hasta el día de hoy, proponiendo una atención integral, intersectorial y territorial en salud, fomentando la participación activa de usuarios/as y sus familias.

El MAIS, que tiene un enfoque comunitario y familiar, propone un conjunto de acciones para promover una atención eficiente, eficaz y oportuna, considerando a las personas en toda su integridad física, mental y social, como miembros de distintos tipos de familias y comunidades, encontrándose en un proceso de adaptación e integración constante con su entorno (MINSAL, 2005).

En materia de salud mental, durante los últimos años se ha trabajado para instaurar un modelo de atención comunitaria, donde a través de distintas medidas, se ha intentado dejar atrás el tradicional modelo biomédico. Entre estas medidas podemos encontrar la incorporación de tratamientos de salud mental en centros de atención primaria (APS), el refuerzo de la participación activa de usuarios y sus familias, y el desarrollo de servicios de salud mental comunitaria, por sobre la institucionalización de personas en hospitales psiquiátricos (MINSAL, 2017). Lo anterior, permitiría intervenir a las personas en su propio contexto, considerándolo como parte fundamental en su rehabilitación y reinserción, evitando así el aislamiento y estigmatización que usualmente han sufrido las personas con trastornos mentales (Funk, Faydi, Drew y Minoletti, 2009).

Es en este contexto que los dispositivos de atención comunitaria en salud mental comienzan a tener mayor protagonismo constituyéndose como una respuesta a la necesidad de brindar atención ambulatoria especializada dentro de las distintas comunidades.

Entre los puntos o nodos de atención de este nivel, encontramos los centros comunitarios de salud mental, los cuales, a pesar de ser heterogéneos en cuanto a surgimiento y desarrollo, son considerados como el dispositivo que más se ajusta al modelo de atención antes planteado (MINSAL, 2017). En este sentido, se ha intentado en los últimos años que los centros comunitarios de salud mental transiten hacia centros de salud mental comunitaria a través de un modelo de gestión que busca unificar y fortalecer los objetivos y acciones de estos puntos de atención.

Según el Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria (2018), estos centros se definen como establecimientos públicos de salud, especializados y ambulatorios, que deben trabajar integrada y conjuntamente con otros nodos y puntos de atención de la red de servicios de salud, colaborando a su vez con las organizaciones comunitarias e interseccionales (MINSAL, 2018). Lo anterior permitiría otorgar una atención de calidad a las personas que presenten una condición de gravedad, complejidad o vulnerabilidad, como también a sus familias y comunidades, enmarcándose en el MAIS, y el Modelo Comunitario de atención en Salud Mental (MINSAL, 2018).

Dentro de los establecimientos de salud mental especializados que forman parte de la red de servicios de salud, encontramos el COSAM Pudahuel, administrado por la Corporación para el Desarrollo de la Salud Mental Familiar. Esta última se define como una corporación sin fines de lucro, perteneciente a la red de salud Metropolitana Occidente, que tiene como objetivo principal implementar y fortalecer un modelo de intervención ambulatorio y especializado, que contribuya a resolver con eficiencia y calidad los problemas de salud mental de personas y familias que presenten condiciones de complejidad, severidad y vulnerabilidad asociado a su estado de salud mental, enmarcándose siempre en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (COSAM Pudahuel, 2019).

El COSAM Pudahuel surge inicialmente como un Centro de Atención Psicológica (CAP) en el año 1992, a partir de una idea y proyecto común entre la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (FECH) y la Junta de Vecinos Santa Corina Poniente U.V. N°4 (COSAM Pudahuel, citado en Schumacher y Aravena, 2019). Este proyecto, se constituye como un Centro de Salud Mental Familiar en el año 1995, gracias a un proyecto conjunto de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Occidente, la Junta de Vecinos Santa

Corina Poniente U.V. N°4, el equipo de profesionales del CAP Pudahuel, la Ilustre Municipalidad de Pudahuel y el Ministerio de Salud (Greve, 2001).

La población usuaria de este centro corresponde al área de Pudahuel Sur, la cual se divide en tres territorios (1,2 y 8) dentro de los cuales la unidad vecinal 33, correspondiente al territorio 1 es la que comprende la mayor cantidad de familias en situación de vulnerabilidad dentro de la comuna, residiendo en esta entre 4.273 y 4.760 familias con un puntaje igual o inferior a los 11.734 puntos en la Ficha de Protección Social (FPS).

El trabajo del COSAM Pudahuel se enmarca dentro de los modelos propuestos por el MINSAL (MAIS Y Modelo comunitario de atención en salud mental), pero también, sobre la base de una epistemología construccionista social, el centro adscribe a otros enfoques que son transversales al diseño, gestión e implementación de intervenciones clínicas, como lo son el enfoque de derechos, enfoque de género, enfoque territorial y enfoque sistémico-ecológico (COSAM Pudahuel, 2021).

En relación a este último es importante resaltar que el enfoque sistémico, permite observar cómo cada grupo familiar es un sistema con identidad propia, en donde se desarrollan un conjunto de interrelaciones que configuran en gran medida la vida de una persona por muchos años, y que además está en constante relación con un entramado social más amplio (Espina, Gimeno y González, 2004). Desde esta visión, los problemas no solo se entienden dentro de cada familia, sino que también en las relaciones que se establecen con los distintos sistemas que las rodean (macrosistema, mesosistema, exosistema).

El trabajo desde el enfoque familiar que prima en el COSAM de Pudahuel se puede ver reflejado además en las prestaciones que ofrece, ya que en la mayoría de las problemáticas y diagnósticos se proponen distintos tipos de intervenciones familiares, entre las cuales se encuentran terapias familiares, psicoeducación a familias, consulta de salud mental familiar, e intervenciones psicosociales grupales para familias (COSAM Pudahuel, 2020).

Así también, el COSAM se encarga de mantener vigente las prestaciones en temáticas de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, aunque estas no son financiadas. Dentro de las prestaciones ofrecidas, se encuentra plan de intervención familiar, psicoterapia familiar, e intervenciones psicosociales familiares en contexto domiciliario.

1.2 Problematización

El enfoque familiar en el modelo de atención se puede entender como el trabajo que se realiza con familias desde distintas dimensiones, ya sea considerando a estas como marco de referencia para comprender mejor los problemas de salud de los individuos, siendo además una fuente de recursos para apoyarlos en mantener o recuperar su salud, o bien considerando a la familia como una unidad de intervención en sí misma, distinta al individuo (Egaña y Barría, 2015). Este enfoque, que contempla una variedad de intervenciones posibles con familias, parece estar muy presente en el modelo de atención, sin embargo, esta relevancia, no siempre se ve reflejada en la práctica. Un reciente estudio buscó describir el nivel de implementación del MAIS en servicios de atención primaria de salud en Chile, mostrando que si bien el nivel general de implementación ronda el 60%, la dimensión familiar reportó un nivel inferior (38,7%) entendiéndose esta como el trabajo que se debe realizar con familias, según el riesgo y los factores protectores de cada una de estas (García-Huidobro, Barros, Quiroz, Barría, Soto y Vargas, 2018).

En el ámbito de especialidad en salud mental, parece no haber estudios que analicen la materialización del enfoque familiar en los distintos nodos de atención, pero sí podemos considerar diversos factores que pueden influir en esto. En primer lugar, no se cuenta con un marco normativo desde la institucionalidad, que oriente el trabajo con familias en los Centros de Salud Mental Comunitaria, siendo además escasos o nulos los lineamientos teóricos concretos para poner en práctica el enfoque familiar. Al parecer, la inclusión de terapias familiares dentro de las prestaciones de salud mental resulta ser lo más cercano a un lineamiento para el trabajo con familias, ya que indica qué profesionales pueden otorgar estas prestaciones, a quiénes va dirigida y cuál será su tiempo de duración estimado (MINSAL, 2018).

Por otra parte, el financiamiento para salud mental en Chile alcanzó un 2,13% del presupuesto total destinado a salud en el año 2015, una cifra inferior en relación a lo que destinan otros países como Estados Unidos y Canadá (6,2% y 7,2% respectivamente) (Gatica, Vicente y Rubí, 2020). Esta cifra no logra cubrir por completo las necesidades de la población, existiendo además brechas en cuanto a recursos humanos, infraestructura, equipamientos y tecnologías entre los distintos centros a nivel nacional (MINSAL, 2017).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede decir que existen diversos factores asociados a las características y funcionamientos de los centros, que influyen en la posibilidad de

realizar intervenciones familiares, sin embargo, también es necesario considerar la visión de la población usuaria y sus familias en torno al lugar que ocupan en el abordaje de la salud y enfermedad mental. Durante mucho tiempo la salud mental se ha visto desde una mirada individualizante y asilar, donde se aislaba a la persona que sufría algún trastorno mental de su entorno social y comunitario (Torres y Sepúlveda, 2001). Bajo esta mirada, la familia no tenía un rol importante en la salud mental de sus miembros. Fue recién con los procesos de desinstitucionalización, dados gracias al cambio de modelo de atención, que las familias se vuelven a posicionar como un pilar importante en la inclusión socio-comunitaria (Wagner y Fernando, 2009). En esta nueva posición, la familia transita hacia un lugar de contención y apoyo para las personas que padecen algún trastorno mental, asumiendo un rol asociado al cuidado y el acompañamiento, más que como una unidad de intervención en sí misma. Esto tiene como consecuencia, que en algunos casos la familia reproduzca en sus discursos visiones y términos diagnósticos propios de un lenguaje médico, generando una diferencia entre el miembro que padece alguna enfermedad mental, considerando que esta persona es “anormal” en relación al resto de la familia (Solano y Vásquez, 2015). Bajo esta lógica, las intervenciones familiares parecen centrarse más próximas a la psicoeducación en relación a algún diagnóstico específico.

Dado lo anterior, es posible formular el supuesto de que este conjunto de factores estructurales y culturales, generan escenarios complejos para la realización de intervenciones familiares a nivel de especialidad en salud mental, entendiendo el concepto de escenario como el conjunto de circunstancias que rodean e influyen en un determinado suceso. En este sentido resulta relevante preguntarse cómo son estos escenarios, cuáles son sus características y bajo qué condiciones se lleva a cabo el enfoque familiar propuesto por el MAIS.

Si bien existen estudios que abordan la implementación del MAIS y el lugar que ocupa la familia en la intervención clínica (Aravena, 2014; Martic, 2015; García-Huidobro, et al., 2018), estos estudios se han centrado en contexto de atención primaria. Por lo tanto, no existe suficiente información respecto a cómo se está implementando el enfoque familiar en Centros de Salud Mental Comunitaria. Desde un punto de vista técnico, los hallazgos de esta investigación servirán como insumo para equipos de salud mental y para la gestión de los Centros de salud Mental Comunitaria que busquen incorporar o mejorar la práctica de intervenciones familiares.

Por otra parte, esta investigación busca profundizar en la experiencia particular del COSAM Pudahuel, ya que es un centro que además de adscribir al MAIS y a los enfoques propuestos por el Plan de Psiquiatría y Salud Mental (2017-2025), trabaja desde un enfoque sistémico-ecológico, donde se comprende la familia como un grupo con identidad propia, que es el escenario de un amplio entramado de relaciones, y que a su vez se entiende en base a su relación con otros sistemas (COSAM, 2020). Desde este punto de vista, es relevante conocer cómo trabaja el COSAM de Pudahuel con familias, y cómo influye el enfoque sistémico de este, en la práctica de intervenciones familiares.

Considerando lo anterior, se buscará responder a la pregunta ***¿Cómo son los escenarios en los cuales se practican intervenciones familiares en el COSAM Pudahuel?*** con el fin de realizar un aporte teórico para la psicología clínica, y más específicamente para el enfoque sistémico, donde el trabajo con familias tiene especial relevancia. Los datos de esta investigación permitirán conocer en qué condiciones se están realizando intervenciones familiares en contexto de salud pública y que factores pueden favorecer o limitar este trabajo. Por otra parte, conocer los escenarios en los cuales se practican intervenciones familiares es relevante desde una mirada social, ya que varios estudios coinciden en que el trabajo con familias es importante y efectivo para el desarrollo de la salud mental (MINSAL, 2017). Por lo tanto, es importante visibilizar los factores estructurales, sociales y culturales que influyen tanto en la posibilidad de ofrecer intervenciones familiares, como también en el acceso que tienen usuarios y sus familias a estas, para de esta forma generar estrategias que favorezcan una atención integral y accesible en salud mental para la población usuaria.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Conocer los escenarios en los cuales se practican intervenciones familiares en el COSAM Pudahuel desde la perspectiva de profesionales de la salud mental de este centro.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Explorar el rol de la familia en la promoción de la salud mental desde la perspectiva de profesionales de la salud mental del COSAM Pudahuel.
- b. Caracterizar las intervenciones familiares en salud mental desde la perspectiva de profesionales de la salud mental del COSAM Pudahuel.
- c. Identificar los facilitadores y obstaculizadores sociales, culturales e institucionales para la práctica de las intervenciones familiares desde la perspectiva de trabajadores de la salud mental del COSAM Pudahuel.
- d. Valorar las intervenciones familiares en relación a su utilidad, pertinencia y accesibilidad, desde la perspectiva de profesionales del COSAM Pudahuel.

3. Marco Teórico

3.1 Salud mental en el sistema de salud pública en Chile

3.1.1 Modelo de atención en salud mental

Durante la primera mitad del siglo XX los sistemas de salud mental se caracterizaban por tener un enfoque curativo y asilar, que alejaba a las personas que sufrían alguna enfermedad mental de sus comunidades y redes de apoyo, para ser atendidas en hospitales psiquiátricos, generando estigmatización y aislamiento. Sin embargo, en los años 50 comienza a surgir el concepto de psiquiatría comunitaria, antecedente importante para comenzar a avanzar hacia modelos comunitarios en salud mental (Torres y Sepúlveda, 2001).

En el caso de nuestro país, hubo diversas experiencias y avances guiados por la psiquiatría comunitaria que buscaban fomentar los derechos de las personas con enfermedades mentales, promoviendo la participación e inserción social, a través de la intervención en las comunidades y territorios. Por lo demás, durante esta época el estado, a través del Servicio Nacional de Salud se hacía cargo de brindar respuesta a las necesidades sanitarias de toda la población, tanto a nivel de atención como de planificación y ejecución de políticas de salud pública (Carrasco, 2015). Este fue un periodo en donde se produjo una gran cantidad de material académico en cuanto al abordaje psicosocial de los problemas mentales, sin embargo, estos avances se vieron frenados por la dictadura militar, en donde se implementó

una profunda reforma de corte neoliberal que afectó directamente al área de salud (Vaccari, Astete y Ojeda, 2012).

Durante la dictadura, el Servicio Nacional de Salud fue reemplazado por servicios regionales autónomos, creándose además el Fondo Nacional de Salud, que tenía como objetivo la recaudación y asignación de recursos. En este periodo la administración de la atención primaria pasó a ser responsabilidad de los municipios, incorporando la facturación por atención prestada como forma de financiamiento (Carrasco, 2015). Junto a estas reformas, la manutención de infraestructura y equipamientos a prestadores públicos llegó a un mínimo histórico, favoreciendo el desarrollo de seguros privados (Sepúlveda, citado en Vaccari et al). En este contexto, la salud mental y psiquiatría no fueron una prioridad para las autoridades, disminuyendo así la calidad de la atención y propiciando en muchos casos, volver a una visión manicomial (Sepúlveda, citado en Vaccari et al).

Fue recién con el fin de la dictadura que se vuelve a poner foco en la salud mental comunitaria, abriéndose a la posibilidad de implementar un modelo de atención que lograra satisfacer las necesidades de la población, mejorando la calidad y el acceso.

En 1990, paralelo al fin de la dictadura en el país, se promulga la Declaración de Caracas, donde la Organización Panamericana de la Salud propone a los países dejar atrás el modelo asilar en salud mental, para transitar a un modelo comunitario de atención, donde los derechos humanos y civiles sean respetados, promoviendo la inserción social y la atención dentro de las comunidades. Con la vuelta a la democracia y Declaración de Caracas, se instaura en el país una discusión en torno a la salud mental, que termina en un consenso a favor de implementar el nuevo modelo comunitario, lo cual se vio plasmado en el primer Plan Nacional de Salud Mental, redactado en 1993.

Desde el primer Plan Nacional de Salud Mental hasta la actualidad, se han realizado una serie de esfuerzos y reformas que han buscado consolidar un modelo comunitario, entre estas la reforma sanitaria del año 2005, en donde se establece el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (en adelante MAIS), que orienta las acciones en salud pública hasta el día de hoy (MINSAL, 2017).

El MAIS se define como un conjunto de acciones que promueven y facilitan una atención oportuna, eficiente y eficaz, dirigida a las personas en toda su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintos tipos de familia y comunidad, que se

encuentran en un constante proceso de adaptación e integración a su entorno físico, social y cultural (MINSAL, 2005).

Dentro de las características del MAIS se encuentra el enfoque familiar, que busca brindar una atención integral a individuos y sus familias, garantizando un cuidado continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital. Este enfoque además permite conocer las interacciones entre la familia y las eventuales enfermedades de cada uno de sus miembros, estas son afectadas por características estructurales de la familia, su sensación de control ante los problemas y su percepción de los recursos personales y familiares que cuentan para enfrentarse a las adversidades (MINSAL, 2005).

Por otra parte, en el área de salud mental el MAIS coexiste con el Modelo Comunitario de atención, el cual surge en contraposición al modelo asilar, considerando la importancia de las redes de apoyo social y comunitario para el abordaje de los problemas de salud mental, incorporando un enfoque de derechos y de calidad. En este sentido el Modelo Comunitario, reconoce la importancia de abordar el impacto que tiene la enfermedad mental en el entorno familiar y social de las personas, y a su vez la contribución del entorno a la recuperación, favoreciendo la inclusión socio-comunitaria, y otorgando condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional (MINSAL, 2018).

En este sentido, el MAIS y el Modelo Comunitario, han influido fuertemente en la gestión y organización de la red de servicios de salud mental, que busca brindar una atención integrada, continua y centrada en la persona, en donde se consideren las características y necesidades de cada comunidad y se ponga énfasis en la promoción y prevención.

3.1.2 Provisión de servicios de salud mental en la red de atención pública

En el servicio de salud pública, la atención de salud mental se divide en distintos niveles de resolución, estos son parte de una red integrada de atención, en donde no hay jerarquías, sino más bien distintas densidades tecnológicas para dar respuesta a las necesidades de la población usuaria. Los centros de atención de cada nivel son nodos dentro de la red integrada de servicios, que deben trabajar articuladamente para facilitar el tránsito de los usuarios dentro de esta, otorgando así una atención pertinente según el nivel de complejidad, gravedad y vulnerabilidad (MINSAL, 2018). Estos nodos tienen una función intercomunicadora, que permite un tránsito dinámico dentro de la red, ofreciendo a la

población usuaria distintas acciones y prestaciones según sus necesidades. A continuación, se detallan los distintos niveles de atención y sus respectivos centros de atención:

Nivel primario de atención: En este nivel se ubican los centros de atención primaria (APS), dentro de los cuales encontramos los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rural (PSR) y Hospitales Comunitarios. Estos constituyen la puerta de entrada a la red asistencial y cubren un 85% de las necesidades sanitarias, cabe destacar además que todos los establecimientos antes mencionados cuentan con el Programa de Salud Mental en APS.

Nivel secundario de atención: El nivel secundario de atención corresponde a servicios ambulatorios de especialidad en salud mental. Se puede mencionar que, desde la puesta en marcha del plan de salud mental y psiquiatría del año 2000, los Centros de Especialidad Ambulatoria en Salud Mental han aumentado considerablemente, encontrándose en este nivel los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros Adosados de Especialidad (CAE), Centros de Referencia en Salud (CRS) y Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM). En relación a estos últimos, el Informe de Salud Mental en Chile WHO AIMS del año 2014, indica que presentan un mayor nivel de desarrollo del modelo comunitario de atención, en relación a otros centros del nivel especialidad, esto en base a indicadores como la cantidad de personas atendidas por año, el promedio de días de espera para una primera atención psiquiátrica, el porcentaje de personas con intervención psicosocial y la frecuencia de atención a personas usuarias en la comunidad (MINSAL y OPS, 2014).

Hasta el año 2016, había un total de 96 centros de salud mental comunitaria, distribuidos a lo largo del territorio nacional, siendo un 47% de ellos de dependencia municipal, un 41% dependiente de servicios de salud, y un 2% de administración privada. Además de lo anterior, el porcentaje de centros de dependencia municipal se ubica mayoritariamente en la región Metropolitana, lo que permite identificar la desigualdad de acceso entre ésta y las demás regiones (MINSAL, 2017).

Como se mencionó anteriormente, los Centros de Salud Mental Comunitaria son considerados como el nodo que más se acerca a los principios del modelo de atención en el ámbito de especialidad ambulatoria, sin embargo, son bastante heterogéneos entre sí (MINSAL, 2018), es por esto que se publica el Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria, que busca orientar el trabajo de estos, postulando una serie de estrategias y propuestas orientadas a fortalecer y mejorar la calidad de la atención en este

nivel de resolución, basándose en el modelo integral y comunitario. En este documento se enfatiza la importancia de incluir a las familias, redes de apoyo y comunidades para la recuperación de personas usuarias, tomando en cuenta que el tratamiento y abordaje de los problemas de salud mental se deben enfocar en la inserción social, posibilitando la participación activa dentro de la comunidad (MINSAL, 2018).

Nivel terciario: En este nivel encontramos los Hospitales de Día, tanto para población adulta como para población infanto-juvenil, las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), y los Hospitales Psiquiátricos. En relación a los Hospitales de día, al año 2016 se contabilizan un total de 56, de los cuales 9 son para población infanto adolescente, mientras que los 47 restantes están dirigidos a población adulta (MINSAL, 2018).

En cuanto a las UHCIP, antes conocidas como Unidades de Hospitalización de Corta Estadía, se puede mencionar que al 2016 existen 1.128 camas disponibles en la red de atención, distribuyéndose en 50 UHCIP a lo largo del territorio. Cabe destacar que el Servicio de Salud Metropolitano Norte, supera ampliamente la distribución de camas disponibles en relación a los otros servicios de salud del país (MINSAL, 2018), debido a que dentro de este se encuentra el Instituto Psiquiátrico Horwitz, institución que se ha resistido a la redistribución de recursos en la red, y cuenta con la mayor cantidad de camas de larga estadía (Rojas, 2017).

Actualmente se mantienen en funcionamiento cuatro hospitales psiquiátricos, los cuales se han adaptado y modificado gradualmente para acercarse al modelo de atención comunitaria. De estos cuatro hospitales, el Hospital el Salvador, perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, es la institución que ha cumplido mayormente el compromiso de externalizar a personas hospitalizadas de larga estadía a centros comunitarios de atención, mientras que el Instituto Psiquiátrico Horwitz, correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Norte, es la institución que aún mantiene un gran número de personas hospitalizadas de larga estadía en sus dependencias, contando incluso con una clínica privada en convenio (MINSAL, 2018).

3.2 Enfoque Familiar en la red de servicios de Salud Mental

3.2.1 Enfoque familiar

Como ya se mencionó anteriormente, el enfoque familiar tiene un lugar fundamental en el modelo de atención, y uno de sus objetivos es conocer cómo se relacionan las características estructurales y los recursos propios de cada familia con los procesos de salud y enfermedad de sus miembros (MINSAL,2005). No obstante, resulta importante preguntarse ¿en qué acciones concretas se traduce el enfoque familiar al momento de abordar problemas de salud mental?, ¿es sólo contar con el apoyo familiar para la realización de un tratamiento individual, o es ver a la familia como una unidad de intervención en sí misma?. Egaña y Barria (2015) señalan que a pesar de tener un modelo de atención basado en la salud familiar, el accionar se centra más en el trabajo con familiares, que en la familia como una unidad de intervención en sí misma, considerando lo primero como el trabajo que se realiza individualmente con los miembros de la familia, tomando en cuenta que al ser sujetos sociales, se encuentran inmersos en un contexto familiar que influye en sus procesos de salud o enfermedad, mientras que el trabajo con familias implica considerarlas como una totalidad, donde se desarrollan dinámicas de salud y enfermedad, y siendo impactadas por un entorno social mayor (Egaña y Barría, 2015). Los autores proponen que hay cierta laxitud al momento de definir en términos concretos a que se refiere en enfoque familiar, ya que, al revisar diversos documentos y orientaciones institucionales con relación al tema, se pueden identificar tres perspectivas:

- 1) Considerar a la familia como un marco de referencia para la mejor comprensión del estado de salud/enfermedad de un individuo en particular.
- 2) Considerar a la familia como una fuente de recursos para ayudar a los individuos a mantener o recuperar su salud.
- 3) Considerar a la familia como una unidad de cuidados propia, distinta al individuo.

En este sentido, existiría una ambivalencia entre lo “familiar” y la “familia”, aunque en cualquiera de los casos, se considera a la familia como un sistema en el cual los individuos están insertos.

Considerando lo anterior, es posible pensar que el enfoque familiar en salud mental puede abarcar una amplia diversidad de intervenciones y trabajo con familias.

3.2.2 Desarrollo del enfoque familiar en salud mental en APS

Recientemente, un estudio buscó describir el nivel de implementación del MAIS en contexto de atención primaria de salud, basándose en los distintos ejes que sustentan el modelo.

Los resultados mostraron que a pesar de que el nivel de implementación en general es alto, el desarrollo del eje “enfoque familiar”, fue el que presentó el menor nivel de implementación (García-Huidobro, Barros, Quiroz, Barría, Soto y Vargas, 2018).

Cuando hablamos de enfoque familiar en atención primaria, no existe mucha claridad en torno al trabajo específico que se realiza en el ámbito de salud mental, ya que las orientaciones que propone la institucionalidad están dirigidas a profesionales de la salud en general (MINSAL, 2013). Dentro de los lineamientos generales que propone el MINSAL para el trabajo con familias se encuentra el enfoque riesgo-protección, que permite identificar cuales son las familias en riesgo psicosocial, y decidir cuales requieren un nivel de intervención más profundo (MINSAL, 2013). Los niveles de intervención con familias van desde 1 a 5 según el riesgo psicosocial de cada familia.

El nivel 1 consiste en entrevistas orientadas al problema de salud actual y a la información que pueda otorgar la familia en relación a este, por ejemplo, preguntar por las redes de apoyo o enfermedades dentro del núcleo familiar. A este nivel tiene acceso toda la población usuaria, y se da en los servicios de urgencia, siendo una fase primaria en donde se decide si la familia necesita un nivel de intervención mayor, esto sería en casos en donde se pueda pesquisar dinámicas familiares que influyan en los tratamientos, problemas de salud mental, o crisis (MINSAL, 2013).

El nivel 2 de intervención, se define como intercambio de información en colaboración, información continua y consejerías. Este nivel ocurre en las consultas por problemas de salud física, que pueden alterar el funcionamiento familiar, por lo tanto, es el nivel al cual debiesen acceder todas las familias usuarias, a través de uno o más miembros de la familia. En este nivel se espera que exista una escucha respetuosa por parte de profesionales hacia los miembros de la familia, para poder elaborar en conjunto un plan de cuidado que involucre a todos. Se sugiere utilizar como herramienta la encuesta de familia, genograma y ecomapa para evaluar a las familias en esta etapa (MINSAL, 2013).

En nivel 3 de intervención, los profesionales deben trabajar colaborativamente con usuarios y sus familias, apoyándoles en la resolución de situaciones de crisis que produzcan alto nivel de estrés familiar. En este nivel, los profesionales deben tener la habilidad de reforzar positivamente los esfuerzos que realice la familia para afrontar la situación de crisis, identificar los aspectos disfuncionales y generar una alianza que logre involucrar a la familia en el plan de intervención. Esto requiere en algunos casos una mirada transdisciplinaria,

como lo puede ser la intervención con duplas flexibles, donde se forman parejas de profesionales que integren y relacionen las miradas biomédicas y psicosociales para acompañar a las familias. Este tipo de intervención requiere el consentimiento de la familia (MINSAL, 2013).

El nivel 4 de intervención solicita un manejo mayor en evaluación e intervenciones familiares complejas por parte de profesionales, ya que en este nivel es necesario ayudar a las familias a generar soluciones alternativas para lidiar con sus dificultades. Además, es necesario que los profesionales sean capaces de identificar problemáticas familiares que requieran de una intervención que sobrepase al nivel en que se desempeñan, gestionando su derivación al nivel que corresponda con previo consentimiento de la familia. Algunos ejemplos dentro de este nivel son la evaluación y tratamiento inicial de trastornos crónicos, como dolor, adicciones o trastornos del ánimo (MINSAL, 2013).

El nivel 5 de intervención, corresponde a terapia familiar formal, donde se realizan una serie de intervenciones terapéuticas planificadas, que buscan modificar pautas relacionales que generan malestar y alteración en el funcionamiento familiar (MINSAL, 2013).

Los niveles de intervención antes mencionados, se llevan a cabo hasta el nivel 4 en centros de atención primaria, considerando que en el caso de familias con un nivel de riesgo psicosocial muy alto, lo recomendable es una terapia familiar, que requiere mayor nivel de especialización. Sin embargo, al no existir especialización en esta área por parte de los equipos, tanto de nivel primario como del nivel de especialidad, no se realiza ningún tipo de derivación, y terminan siendo los equipos de atención primaria quienes se hacen cargo de hacer un seguimiento a estas familias (MINSAL, 2013). Esto permite pensar que, en los centros especializados de salud mental, la realización de terapias familiares no es frecuente, lo que puede tener relación con falta de capacitación y orientaciones técnicas para el trabajo con familias. Sumado a lo anterior, las prestaciones en salud por lo general están asociadas a criterios diagnósticos, los cuales no describen conflictos familiares.

3.2.3 Desarrollo del enfoque familiar en salud mental en centros de salud mental comunitaria

Existen diversos factores que pueden influir en el desarrollo del enfoque familiar en centros de salud mental comunitaria, entre estos, uno de los nudos críticos del funcionamiento estos, es la falta de capacitación en el modelo de atención (MINSAL, 2018). Esta situación

no es particular solo al nivel de especialidad, ya que estudios señalan que en general profesionales del área de la psicología no se sienten lo suficientemente capacitados para enfrentar los desafíos y tareas requeridas para trabajar en centros de salud pública, lo que se asocia a la escasa formación de pregrado en el ámbito de salud pública (Scharager y Molina, 2007). Lo anterior genera que, tanto a nivel primario de atención, como en nivel de especialidad, los profesionales vayan aprendiendo sobre la marcha a aplicar y trabajar desde el MAIS, lo cual puede dificultar aún más el desarrollo del enfoque familiar.

Por otra parte, no existe una orientación técnica específica y transversal que guíe el trabajo con familias en el nivel de especialidad, lo cual, junto a la falta de capacitación en el modelo, es una limitante para la realización de intervenciones familiares en este nivel de atención.

Como se mencionó anteriormente, en el nivel primario de atención las intervenciones familiares se realizan solo hasta un nivel 4, ya que el nivel 5 de intervención corresponde a terapia familiar (MINSAL, 2013). La psicoterapia familiar es una de las prestaciones que ofrece la red de servicios de salud en el ámbito de la salud mental. Esta prestación debe realizarse por un profesional ya sea psiquiatra o psicólogo/a que esté certificado en este tema, y se otorga al grupo familiar de la persona usuaria que tiene algún diagnóstico de enfermedad mental (MINSAL, 2018).

Si bien la terapia familiar está incluida en la cartera de prestaciones de la red de servicios (MINSAL, 2018), no queda claro bajo qué tipo de diagnóstico o problemática específica es recomendable la realizarla y bajo qué criterios se otorga esta prestación en Centros de Salud Mental Comunitaria. Al parecer, la decisión de realizar este tipo de intervenciones familiares depende de cómo se construya el Plan de Tratamiento Integral (PTI) individual y si en este se considera la necesidad de incluir al grupo familiar como parte del proceso. Esta decisión dependerá de la evaluación y diagnóstico del equipo clínico tratante y además del consentimiento de la persona usuaria (MINSAL, 2018).

Otras prestaciones relacionadas al ámbito familiar son la Visita Integral de salud mental, y la Visita Domiciliaria Integral, las cuales están orientadas a recabar información relevante sobre el entorno social de la persona usuaria y las dinámicas familiares en las que está inserta, identificando factores protectores y de riesgo que pueden influir en el cumplimiento del PTI. Al igual que en la Psicoterapia Familiar, este tipo de prestaciones se realiza según los criterios del equipo tratante (MINSAL, 2018), lo que permite suponer la inexistencia de

criterios fijos y comunes a todos los nodos de atención en salud mental que permitan garantizar la oferta de este tipo de prestaciones a la población usuaria.

Sumado a lo anterior, una barrera importante para el trabajo con familias es el financiamiento, ya que pesar de los esfuerzos y estrategias para aumentar el presupuesto en salud mental, este aún sigue siendo insuficiente en relación a las necesidades de la población (MINSAL, 2017). Este panorama se complejiza aún más debido a que la forma en que se distribuyen los recursos en salud mental sigue basándose en una visión biomédica, que exige el cumplimiento de metas y resultados, privilegiando la oferta de prestaciones, por sobre las demandas de la población usuaria (Cea-Madrid, 2020). Siguiendo con esta idea, el financiamiento de los centros de salud mental se basa en las prestaciones valoradas por Ges y No Ges (MINSAL y OPS, 2014), las cuales están asociadas a diagnósticos específicos. El listado de problemas de salud mental cubiertos por GES incluye: Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Esquizofrenia, Depresión en personas de 15 años y más, Consumo perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, y Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más. Al revisar las prestaciones que se incluyen para en tratamiento de los diagnósticos antes mencionados, se puede notar una gran cobertura farmacológica para cada uno de los trastornos, además de prestaciones relacionadas a exámenes físicos y de laboratorio. Sin embargo, al revisar las intervenciones específicas de salud mental, solo se considera psicoterapia individual y consultas de salud mental. Lo más cercano a una intervención familiar dentro de las prestaciones cubiertas por GES, es la prestación Intervención psicosocial grupal, que si bien puede incluir a familiares o cuidadores, no se limita solo a intervenciones familiares (Superintendencia de Salud, 2022). En este contexto, es posible pensar que el trabajo con familias no tiene suficiente respaldo en cuanto a financiamiento, debido a que las prestaciones cubiertas por GES están hechas en base a criterios diagnósticos individuales, y no contemplan intervenciones familiares específicas. Esto permite pensar en que aun existe una mirada individualizante y biomédica de la salud mental, que influye al momento de tomar decisiones, plantear tratamientos y distribuir recursos en el ámbito de la salud mental. El hecho de que las intervenciones familiares se incluyan como prestación dentro de la red de servicios de salud mental (MINSAL, 2018), no asegura que estén financiadas, lo cual revela contradicciones entre lo propuesto por el modelo y la forma de administrar los recursos disponibles.

Por otra parte, también es importante considerar la posibilidad de acceso que tiene la población usuaria para recibir cualquier tipo de tratamiento de salud mental, ya que aunque existieran todas las condiciones administrativas, financieras y técnicas por parte de los centros para realizar intervenciones familiares, no es suficiente sin la posibilidad de que las familias puedan asistir y participar activamente de estas instancias.

En relación a lo anterior, dentro de los nudos críticos en el funcionamiento de los centros de salud mental comunitaria, se encuentra la insuficiente cantidad de centros para dar respuesta a las necesidades de la población, así también el despliegue desigual de éstos a lo largo del territorio, lo cual genera inequidades y dificultad en el acceso para la población usuaria, trasladando la demanda a los centros de especialidad ambulatoria (CDT, CRS, CAE) que no están vinculados a la comunidad a diferencia de los centros de salud mental comunitaria (MINSAL, 2017).

3.2.4 Factores sociales influyentes en el desarrollo del enfoque familiar en la red de servicios de Salud Mental

La distribución desigual de los servicios de salud mental a lo largo del país complica un acceso equitativo a los servicios de salud mental, lo que además se ve acentuado por factores relacionados con las condiciones laborales, disponibilidad horaria y tiempo de traslado, como también con factores relacionados a la falta de conocimiento o información.

La encuesta de empleo del año 2011 (ENETS), reveló que existen amplias brechas de género relacionadas a la conciliación del trabajo y la familia. En general tanto trabajadores como trabajadoras refieren que deben hacerse cargo de tareas domésticas (cuidado, crianza, resolución de problemas, entre otros) lo cual genera una doble carga de trabajo, sin embargo, un 45% de las mujeres entrevistadas refiere que siempre, o casi siempre debe dejar el trabajo para resolver problemas en el hogar. Sumado a lo anterior, en cuanto a las tareas domésticas que quedan sin hacer cuando se está en el trabajo, las diferencias entre hombres y mujeres son significativas. Las cifras muestran que el 41,2% de las mujeres siempre o casi siempre está en esta situación, a diferencia de los hombres, que llegan sólo a un 7,4%, lo cual indica que la mujer asume en mayor proporción el trabajo doméstico, carga que se suma a su actividad laboral (ENETS, 2011). Esta sobrecarga de trabajo, que afecta en mayor medida a las mujeres, puede afectar indirectamente la posibilidad de asistir a recibir atención de salud en general, debido a que el tiempo restante entre el trabajo remunerado y las labores domésticas ocupan una importante cantidad de tiempo diaria,

haciendo muy difícil una óptima conciliación entre la familia, las labores domésticas, el trabajo y otras actividades. Lo anterior tiene especial relevancia al revisar el Informe Nacional de Salud 2016-2017 (2018), el cual indica que la prevalencia de depresión en el país, es mayor en mujeres que en hombres (tanto en indicador prevalencia de vida como prevalencia de 12 meses) (MINSAL, 2018).

Otro factor importante que considerar es el tiempo invertido en el traslado desde el hogar hacia el lugar de trabajo. El 57,8% de los trabajadores refiere que demora menos de 1 hora de ida y vuelta al trabajo. Sin embargo, un 42,2% de ellos se encuentra sobre esta cifra, con un 36,4% entre “1 y 2 horas” y un 5,8% con “más de 3 horas” de traslado. Los hombres que trabajan en el sector urbano son los que presentan tiempos significativamente mayores de traslado de “1 a 2 hrs.” respecto de los rurales, situación que es transversal a ambos géneros (ENETS, 2011). Estas cifras permiten interpretar que además de la sobrecarga generada por las responsabilidades domésticas, también existe una inversión de tiempo importante en desplazamiento a los lugares de trabajo (en mayor medida en zonas urbanas), que puede incidir en las posibilidades horarias de para realizar otras actividades, o para acceder a algún servicio de salud.

En cuanto a las facilidades para poder acudir a la atención de salud en el trabajo, los más afectados son los trabajadores dependientes (9,6%), los informales (17,3%) y los con ingresos menores a 136.000 pesos (17,6%), mayoritariamente hombres. También para los hombres que trabajan en zona rural es muy frecuente no lograr obtener este permiso (8,6%) (ENETS, 2011).

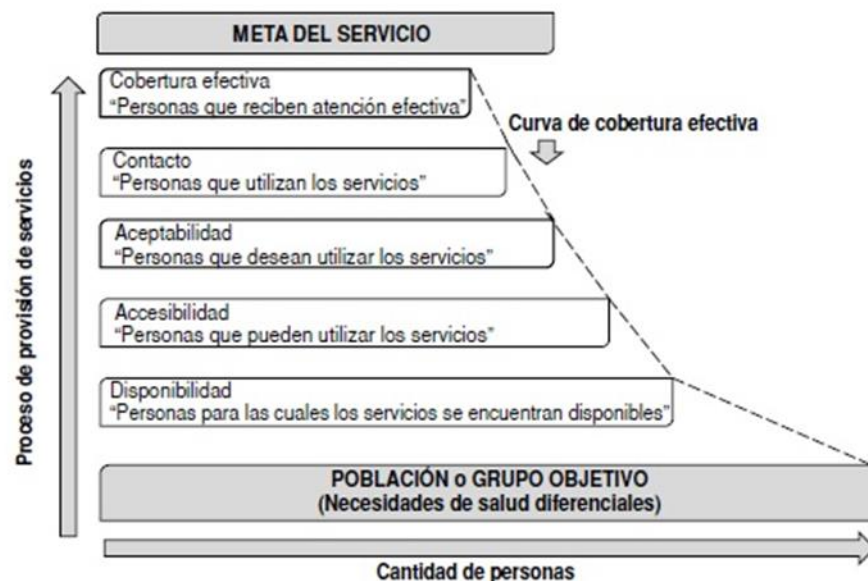
Si bien las condiciones laborales y la falta de tiempo son factores importantes a considerar en la posibilidad para asistir a intervenciones de salud mental, también resulta interesante preguntarse si existen razones relacionadas a las ideas y creencias sobre la salud mental por las cuales las personas no acuden a este tipo de intervenciones, entre estas se encuentra la creencia de que los tratamientos no son eficaces, a pesar de la evidencia que prueba lo contrario (Vicente, Saldivia y Pihan, 2016). Así también muchas personas creen que el problema se resolverá por sí mismo, y bajo esa premisa no buscan ayuda externa. Sumado a lo anterior, la falta de conocimiento sobre salud mental y el estigma asociado a la enfermedad mental, constituye una de las razones principales por las cuales los chilenos no consultan (Vicente, Saldivia y Pihan, 2016).

Considerando este panorama, es posible pensar en el acceso a la atención en salud como un proceso atravesado por diversos factores. El Modelo de Tanahashi (1978) propone que

en el proceso de acceso existe una interacción entre los aspectos propios tanto de la provisión de servicios, como de la población usuaria (Hirmas, Poffald, Jasmén, Aguilera, Delgado y Vega, 2013). El modelo describe cuatro fases que permiten explicar el proceso de acceso:

- 1) Disponibilidad: En esta fase se puede entender como la disponibilidad de servicios, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.
- 2) Accesibilidad: Definida como accesibilidad física a los servicios, donde influyen factores como la distancia, transporte, tiempo disponible y conectividad. Así también, esta fase considera la relación del acceso con las posibilidades financieras, por ejemplo, costos de transporte o pérdida de ganancia en el trabajo.
- 3) Aceptabilidad de los servicios: Se relaciona con las percepciones que tienen usuarios sobre los servicios, las cuales están influenciadas por aspectos sociales, culturales, creencias y valores.
- 4) Contacto con el servicio: Entendido como continuidad y calidad de la atención.

Figura 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso para lograr cobertura de salud universal con equidad



Fuente: Tanahashi. T (1978) Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. Traducido y adaptado al español por Hirmas et al, 2013).

En resumen, los antecedentes antes expuestos relacionados con el Modelo de Tanahashi permiten hipotetizar que la práctica de intervenciones familiares en centros de salud mental

comunitaria esta atravesada por varios factores tanto facilitadores como obstaculizadores. En primer lugar, factores asociados al funcionamiento de los centros: las condiciones estructurales, administrativas, técnicas y financieras, que a su vez influyen en la posibilidad que tienen los y las profesionales de la salud mental que ahí trabajan para realizar este tipo de intervenciones. En segundo lugar, los factores asociados a la posibilidad que tienen usuarios, usuarias y sus familias para acceder a este tipo de intervenciones. Y por último, la visión y creencias en torno a la salud mental juega un papel importante al momento de decidir participar en una intervención familiar.

3.3 Familia y Salud Mental

3.3.1 Rol y participación de la familia en la salud mental

Durante los últimos años el abordaje de la salud mental ha transitado hacia un enfoque integral y comunitario, dejando atrás el enfoque asilar y curativo, que tendía a individualizar los problemas de salud mental, aislando a las personas que los padecen. Este cambio implica considerar los determinantes sociales que puedan influir en la salud o enfermedad mental y en este sentido, se puede considerar a la familia como un factor determinante, debido a que constituye la primera red de apoyo social de las personas, contribuyendo fuertemente en su desarrollo biológico y psicológico, permitiendo junto a otros grupos sociales, la socialización y educación para la inserción en la vida social (Louro, 2003).

La familia se puede definir como un sistema relacional con características propias, y como un subsistema social que se encuentra permanente relación coevolutiva con otros sistemas sociales tales como comunidad, país, economía, medios de producción y comunicación, políticas estatales y mundiales, entre otros (Builes y Bedoya, 2008). Esto nos permite pensar en las familias como sistemas diversos en cuanto a creencias, formas y relatos, que son conformadas por personas que están unidas por lazos afectivos, de cuidado y protección, además de lazos consanguíneos y legales.

Desde cierto punto de vista, se considera que la familia puede cumplir un rol importante en el proceso generador de la enfermedad, debido a diversas dinámicas que se pueden dar en el contexto familiar, pero a su vez, puede también jugar un papel relevante en el proceso de prevención y rehabilitación de distintos trastornos (Olavarría, 2009; Rodríguez y Peláez, 2013). De esta forma, la familia constituye una importante unidad tanto de análisis como de intervención en salud mental.

Sin embargo, para la realización de intervenciones familiares se requiere la colaboración y motivación de la familia. Resulta importante preguntarse en qué casos se puede intervenir familiarmente, cómo se posiciona la familia ante estas intervenciones, cuáles son las percepciones o premisas en torno a la salud y enfermedad mental, cuáles son las probabilidades de acceso a los servicios y cómo todo esto influye al momento de intervenir.

En primer lugar, es importante mencionar que los motivos que pueden llevar a abordar un caso familiarmente en contextos clínicos son variados, entre estos podemos encontrar un trauma común a todos los miembros de la familia, como lo puede ser la pérdida de un ser querido, o el diagnóstico de enfermedad mental grave a algún miembro de la familia, en este último caso, si bien hay un paciente índice, se recomienda intervenir a toda la familia. Por otra parte, también se recomienda intervenciones familiares cuando existen dinámicas repetitivas dentro del núcleo familiar, que afectan o descompensan al paciente índice, es decir, cuando la interacción familiar es más problemática que el diagnóstico (Laborda y Rodríguez, 2005).

En contexto de salud pública, parece ser usual que las intervenciones familiares estén orientadas a acompañar a las familias en el afrontamiento de algún diagnóstico de enfermedad mental, lo cual puede corresponderse a la importancia que ha adquirido la familia en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, en donde juega un rol importante para la integración social (Ardila, 2008; Wagner y Fernando, 2009). En este sentido, las intervenciones se enfocan en el afrontamiento y dinámicas que se dan en el núcleo familiar al convivir con el diagnóstico de enfermedad mental.

Un reciente estudio de corte cualitativo abordó las experiencias de familias que conviven con el diagnóstico de enfermedad mental grave, a través de entrevistas en profundidad a seis familias que conviven con esta problemática. Dentro de sus objetivos, el estudio buscó conocer cuáles son los factores que propician un mejor afrontamiento familiar, desde la perspectiva de las familias. Uno de los factores que las familias entrevistadas resaltaron, es la importancia de mantener una buena comunicación con los equipos de salud, pero que a veces esta comunicación no es óptima, ya que la información es poco clara, y poco coordinada por parte de los equipos de salud, sintiendo muchas veces que no son considerados, y que sus opiniones no son escuchadas al momento de tomar decisiones (Acero, Cano-Prous y Canga, 2016). Esto puede generar frustración y desmotivación, más

aún si se relaciona con la estigmatización en torno a la enfermedad mental, que se extiende también a las familias de personas que la padecen (Ardila, 2008).

Relacionado a lo anterior, es importante considerar que en algunos casos las lógicas biomédicas siguen manteniéndose, dificultando el desarrollo del modelo comunitario en salud mental, y manteniendo una relación asimétrica entre profesionales-expertos y usuarios, dificultando la participación y el acercamiento de las instituciones a la comunidad (Cea-Madrid, 2015). Los discursos y lógicas de este tipo resaltan las etiquetas diagnósticas, las cuales mantienen a las personas en una posición de sometimiento y resignación ante la autoridad psiquiátrica, en una condición infantilizada y pasiva que legitima la exclusión no solo en el box clínico, sino también en la casa, el barrio, el contexto familiar (Cea-Madrid, 2015).

Un estudio cualitativo sobre las representaciones sociales en torno a salud mental que tienen las familias de pacientes con enfermedad mental mostró que muchas veces las familias tienden a apropiarse del discurso médico para referirse al miembro de la familia que padece la enfermedad mental, marcando una diferencia entre esta persona y los demás miembros de la familia (Solano y Vásquez, 2013). En este sentido, la familia operaría sólo otorgando cuidados y apoyo a la persona enferma, lo cual puede tener que ver con una visión más individualizante de la salud mental, donde la enfermedad mental y su abordaje es de responsabilidad de cada persona y la familia ocuparía un rol solo de cuidado.

Por otra parte, Miermont (2014) señala que a veces las familias se pueden sentir juzgadas y criticadas, por parte de los profesionales de la salud mental, debido a que los equipos se pueden sentir tentados a catalogar a las familias como disfuncionales, generando implícita o explícitamente una asociación entre el trastorno y la funcionalidad de la familia (Miermont, 2014). Esto puede generar frustración y sentimiento de culpa en las familias, complejizando la visión que tienen sobre los equipos terapéuticos y la efectividad de las intervenciones familiares.

Si consideramos lo anterior, podríamos pensar que usualmente las intervenciones familiares en salud mental tienen que ver con “lo familiar”, en donde la familia participa desde un lugar de apoyo y cuidado en relación al tratamiento particular de un miembro de la familia. Así también, se puede considerar que una visión individualizante en la salud mental, sumado al sentimiento de falta de apoyo y difícil comunicación con los equipos de salud, pueden complejizar las posibilidades de intervención familiar. Además de esto, el

estigma asociado a las enfermedades mentales, en muchos casos trae sentimientos de culpa, vergüenza, y frustración tanto para el paciente como para las familias, lo cual dificulta aún más el escenario para este tipo de intervenciones.

3.3.2 Intervenciones familiares en distintos contextos y problemáticas de salud mental

El enfoque familiar dentro del MAIS, tiene como objetivo brindar una atención integral y continua a usuarios, usuarias y sus familias, considerando cómo estas interactúan con las eventuales enfermedades de cada uno de sus miembros, pudiendo identificar como las características estructurales de cada familia, y también los recursos personales y familiares, pueden influir en esta interacción (MINSAL, 2005). En este sentido podemos considerar que el trabajo o las intervenciones que se realizan con familias pueden ser diversos dependiendo de varios factores, por ejemplo, el diagnóstico o problemática asociado a las intervenciones, las instituciones que la realizan, y el propósito que estas tienen.

En el caso de trastornos mentales graves, el trabajo con familias parece estar orientado a la psicoeducación. Cuando se habla de enfermedades mentales graves es difícil considerar una definición única que nos permita saber qué diagnósticos o problemáticas de salud mental se encuentran en esta categoría. Desde cierto punto de vista, el término hace alusión a un grupo de personas que padezcan alguna enfermedad mental que requiera una atención más cercana y permanente por parte de los sistemas de salud, ya sea por las características de su enfermedad o por las condiciones psicosociales (Acero et al, 2016). Otra forma de clasificar estos trastornos se relaciona con el fuerte impacto que causan en la vida de las personas que los padecen, generando un alto nivel de perturbación cognitiva, emocional y conductual, además de un deterioro personal, social y ocupacional (Roldán, Salazar, Garrido y Cuevas-Toro, 2015). Según la OMS (2022) la esquizofrenia y otras psicosis, son consideradas como TMG (OMS, 2022).

Las intervenciones familiares psicoeducativas en TMG contemplan a todos los miembros de la familia, incluido el paciente que es el centro de la intervención, y su objetivo principal, es informar sobre la etiología, sintomatología, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, entregando apoyo y herramientas a la familia para mejorar las habilidades de comunicación, manejar el estrés, y solucionar las dificultades del día a día (Roldan, et al, 2015). Este tipo de intervenciones buscan informar y educar lo mejor posible a las familias sobre el trastorno, ya que de esta forma pueden estar más preparadas para afrontar los síntomas y problemas

asociados. Esto genera, mayor adherencia familiar al tratamiento, lo cual es beneficioso tanto para la familia como para el paciente (Martín, Obando y Sarmiento, 2018).

Si bien las intervenciones familiares orientadas a la psicoeducación pueden ser muy útiles y tener buenos resultados, también es importante considerar cuál es la percepción de las familias y pacientes en torno a sus propias necesidades para afrontar de mejor manera la enfermedad o trastorno mental grave. En relación a esto, El estudio cualitativo de Acero, Cano-Proust y Canga (2016) buscó conocer qué factores influyen en el afrontamiento de la enfermedad mental grave, desde la perspectiva tanto de los pacientes como de sus familias, y los resultados mostraron que para las familias entrevistadas, ser escuchadas y recibir un trato cercano y respetuoso por parte del personal médico, donde se consideren sus inquietudes y opiniones, les ayuda a tener un mejor afrontamiento. Así también, consideran que hablar con otras personas u otras familias, compartir sus experiencias y no cargar con los problemas solos, les permite un mejor afrontamiento. Por otra parte, los pacientes miembros de estas familias refieren que un factor que ayuda a un mejor afrontamiento de su enfermedad es sentirse aceptados, amados y apoyados por sus familiares (Acero, Cano-Proust y Canga, 2016).

En el caso de la depresión, la información disponible respecto a esta problemática y las posibilidades de intervenir familiarmente son escasas. Este trastorno de salud mental es uno de los más frecuentes a nivel mundial, siendo más prevalente en mujeres que en hombres (OMS, 2022). En nuestro país constituye uno de los trastornos mentales comunes a tratar en la salud pública (Saldivia, 2016), a pesar de esto, en las guías clínicas del Ministerio de Salud no existe información respecto a qué papel juega la familia en su abordaje, más bien la guía ofrece recomendaciones en torno a la frecuencia y al tipo de terapia individual que se sugiere en estos casos (MINSAL, 2017).

A pesar de que las intervenciones familiares no estén consideradas en la guía clínica que propone el MINSAL, es relevante reflexionar en torno al lugar que ocupa la familia en la recuperación de las personas que sufren este trastorno. La familia de la persona que sufre depresión se ve enfrentada a una gran carga y demanda emocional, así también al cambio de algunas dinámicas familiares para resolver las necesidades del familiar que padece el trastorno, lo cual puede generar sentimientos de culpa, ansiedad, sobrecarga agotamiento e incluso enojo. Esto influye negativamente en las relaciones familiares, pudiendo ocasionar que los familiares terminen alejándose de la persona que sufre de depresión (Blanco, 2013).

En estos casos, también se considera que la psicoeducación como intervención familiar puede resultar útil, permitiendo conocer la sintomatología del trastorno y todo lo que esto conlleva, para de esta forma recuperar en el sentimiento de control sobre la situación, disminuir el sentimiento de culpa y evitar el aislamiento y falta de apoyo que puede sufrir la persona que padece el trastorno (Blanco, 2013).

Al parecer la psicoeducación resulta ser útil para apoyar a las familias en distintas problemáticas de salud mental, sin embargo, este tipo de intervención puede generar una diferencia entre la familia y la persona que padece el trastorno, ya que las intervenciones se centran mayormente en hablar del problema de esta persona en particular, y cómo la familia debe apoyar y afrontar la situación. En relación a esto, Rodríguez y Pelaéz (2013), proponen que en casos de trastornos de la personalidad, la terapia familiar psicoeducativa es una intervención que ha dado buenos resultados en conjunto con las intervenciones individuales. Sin embargo, la psicoeducación es solo una primera fase de la intervención, luego es necesario ayudar a establecer una relación sana entre paciente-familia, donde este sea visto no solo como el trastorno que padece, sino como una persona integral. Sumado a esto, los autores proponen que se debe trabajar con las familias para establecer los límites y mejorar la comunicación, como también contribuir y fomentar las relaciones con la red de apoyo extensa, para evitar el aislamiento tanto del paciente como de la familia (Rodríguez y Pelaéz, 2013). Esto permite pensar que las intervenciones familiares en los problemas antes mencionados se basan en psicoeducar y apoyar a las familias para generar dinámicas familiares saludables, centrándose en un diagnóstico en específico, lo que sugiere que el rol de la familia en estas intervenciones es de cuidado, soporte y apoyo para la persona que sufre el trastorno mental.

Esta separación que se genera entre la persona que padece una enfermedad mental y el resto de la familia, es contrario al enfoque de “recuperación”, que va de la mano con el MAIS y el Modelo Comunitario en Salud Mental. Este busca restituir la condición de paciente psiquiátrico por la de ciudadano con pleno derecho, dejando en segundo plano las categorías diagnósticas, lo cual implica abordar no solo el problema de salud mental y su sintomatología, sino que también las consecuencias sociales y laborales generadas por la estigmatización (Parra, 2019). En esta línea, los profesionales de la salud mental deben trabajar considerando que la autonomía de las personas usuarias es un principio fundamental para la recuperación, viéndolas de una forma amplia que incluya todos los ámbitos de su vida, no solo el trastorno mental (MINSAL, 2017). De esta forma, las personas

que sufren algún trastorno de salud mental ocupan un rol activo en sus tratamientos, influyendo en las decisiones que se toman y en el funcionamiento de los dispositivos de salud. Este enfoque tiene como objetivo cambiar la visión asilar en salud mental y reducir la estigmatización, potenciando la inclusión en los distintos espacios sociales y comunitarios (Parra, 2019). Bajo esta lógica, el rol de las familias tendría que ver con generar dinámicas que favorezcan la inclusión social, considerando al miembro de la familia que padece el trastorno mental como una persona autónoma, con distintos intereses y necesidades. Por lo tanto, las intervenciones familiares deberían ir en esta línea.

Una de las problemáticas de salud mental donde existen otras formas de intervenir con familias es el consumo perjudicial de sustancias, este tiene una amplia prevalencia a nivel mundial, siendo un problema de salud pública que requiere especial interés, debido a que trae consigo una amplia cantidad de problemáticas y riesgos tanto para la salud física como para la mental (MINSAL, 2018).

En nuestro país, el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública. El MINSAL clasifica el daño asociado al consumo de alcohol en trastornos y riesgos, dentro de los riesgos se encuentra el consumo de riesgo y el consumo de bajo riesgo, mientras que dentro de los trastornos se encuentra la dependencia y el consumo perjudicial. Respecto a estos últimos, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 mostró que la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol es de 1,9% en los últimos 12 meses en mayores de 18 años, siendo mayor en hombres que en mujeres (MINSAL, 2019).

Al intervenir el consumo problemático, se considera que es un problema multicausal, donde intervienen factores biológicos, que pueden predisponer cierta vulnerabilidad ante el consumo en algunas personas. Así también, se considera la existencia de factores sociales que ejercen gran influencia en el surgimiento, mantención y recaída del consumo de drogas (Cárdenas, 2016). Esta idea permite suponer que los tratamientos en dependencia y consumo problemático de drogas deben ser integrales, buscando abordar todos los factores que inciden. Dentro de esta compleja problemática, la familia es un factor fundamental, no solo por los problemas que genera el consumo en el núcleo familiar, sino también porque se considera que la familia juega un rol importante en la génesis y mantenimiento de esta conducta (Riveros y Garzón, 2014).

En el caso de consumo perjudicial o dependencia de alcohol u otras drogas, en personas menores a los 20 años, la guía clínica propuesta por el MINSAL pone énfasis en las

intervenciones familiares para el abordaje de esta problemática, considerando el soporte familiar como una variable consistente en el resultado exitoso de los tratamientos. En este sentido, la guía señala mediante una amplia revisión de estudios e investigaciones, que las intervenciones familiares tienen una alta efectividad tanto para mantener los tratamientos de consumo problemático en adolescentes, como para reducir el consumo y los problemas asociados a este, mejorando el funcionamiento social en el ámbito escolar y familiar (MINSAL, 2013). Se propone incluir a la familia ya sea a través de terapias familiares, o de la Red de Apoyo Familiar, que es un tratamiento ambulatorio en donde se complementa el trabajo familiar con terapia individual. El componente familiar en la intervención implica generar un compromiso conjunto entre adolescentes y sus padres para el tratamiento y la recuperación, estableciendo un sistema de apoyo que fomente la comunicación familiar (MINSAL, 2013).

Intervenir familiarmente en casos de consumo perjudicial ayuda a prevenir recaídas, ya que si al finalizar los tratamientos, la persona que consume vuelve a su núcleo familiar y se encuentra con las mismas dinámicas y problemas que motivaron el consumo anteriormente, será muy difícil mantener la abstinencia. Por el contrario, si las relaciones y comunicación familiar mejoran, esto será un factor protector para evitar el consumo (Cárdenas, 2016). Al parecer, las intervenciones familiares en este ámbito, además de considerar a las familias como red de apoyo, se consideran como una unidad de intervención en sí mismas, en donde se deben trabajar las dinámicas que se dan en el sistema familiar, y que influyen en la mantención del problema.

Otra problemática importante y de alta prevalencia en nuestro país es la violencia intrafamiliar (VIF), la cual es asociada a diversos problemas de salud mental como lo son los trastornos ansiosos, trastornos anímicos y abusos de sustancias (León, Grez, Prato, Torres y Ruiz, 2014). La violencia intrafamiliar, se puede entender como la totalidad de distintas situaciones violentas que suceden en el interior del hogar, donde se asume que cualquier miembro puede ser dañado o dañar, sin embargo, los estudios epidemiológicos muestran que los grupos más afectados son mujeres y niños (Espinosa, Javiqué, Hernández, Socarrás y Presno, 2011).

La violencia intrafamiliar en nuestro país se legisló por primera vez en el año 1994, a través de la promulgación de la ley N° 19.325, sin embargo, esta carecía de una reflexión y análisis crítico de las bases ideológicas y desigualdades que subyacen la violencia en este contexto.

Esto tenía como consecuencia que alrededor del 75% de los casos terminara en conciliación dictada por los mismos operadores judiciales. Dado lo anterior, en el año 2005 se promulgó la ley N° 20.066 que reemplazó a la ley N° 19.325, presentando avances importantes en esta problemática. En esta ley se define lo que se entenderá por VIF para la legislación, aumentando las penalidades en estos casos y reconociendo la necesidad de protección antes situaciones de riesgo (Acevedo, 2020).

A pesar de que la violencia intrafamiliar es una problemática que afecta a toda la familia, no hay suficiente información sobre las intervenciones familiares en salud mental posibles en estos casos. Esto se puede deber a que cuando hay VIF, la persona agresora es parte del grupo familiar, por lo tanto, una intervención familiar que incluya a esta persona vulnera y pone en riesgo a la o las víctimas. En el año 1998 el MINSAL impulsó un manual de apoyo técnico, que tuvo como objetivo orientar las acciones que se debían seguir en casos de violencia intrafamiliar para el personal de salud en general. Este manual inicia definiendo los distintos tipos de VIF, mencionando cuales son los grupos más afectados y sus consecuencias. Por lo demás, también muestra cómo reconocer esta problemática, y cómo las creencias y premisas en torno a la VIF pueden afectar al momento de intervenir. Finalmente, propone la promoción de relaciones familiares saludables y la prevención de VIF a través de una serie de la promoción de una serie factores protectores. Estos se traducen en mejorar el nivel de satisfacción de necesidades básicas de la familia, fortalecer los vínculos sociales y la participación, promover el crecimiento personal y ampliar el conocimiento sobre aspectos asociados a la crianza y las relaciones familiares (MINSAL, 1998). Este manual ofrece una mirada amplia de la problemática, visibilizando los factores sociales, económicos y culturales influyen en esta, no obstante, está enfocado en acciones preventivas y no ofrece intervenciones de salud mental específicas para familias que sufren VIF.

Como se mencionó antes, no se puede obviar que son casos que están atravesados por lo legal, donde por lo general las familias deben enfrentarse a cambios y separaciones. En esta línea, el objetivo principal es proteger y brindar atención a las víctimas. Tomando en cuenta lo anterior, en los casos de VIF en donde la violencia es contra la mujer, se recomienda que las intervenciones terapéuticas deben ser inicialmente por separado, ya que no se puede considerar al agresor como enfermo mental, y antes de participar de una terapia familiar, debe pasar por programas individuales, diseñados específicamente para erradicar las conductas violentas en agresores (Espinosa et Al, 2011).

4.Marco Metodológico

4.1 Enfoque Metodológico

La presente investigación es un estudio de caso, ya que se situó en un contexto y lugar específico, que es el COSAM Pudahuel. Los estudios de caso son una estrategia de investigación que busca comprender las dinámicas que se dan en escenarios particulares, sus propósitos son variados, ya que un estudio de caso puede buscar brindar descripciones, verificar una teoría existente o bien generar teoría (Forni, 2010). Aunque los estudios de caso se centran en lo particular, sus hallazgos pueden tener implicancias que van más allá de sus límites, debido a que los casos son una construcción social en donde las teorías juegan un rol fundamental, por lo que los estudios de caso siempre están entre lo particular y lo general.

Ahora bien, en cuanto al enfoque metodológico, se utilizó un enfoque cualitativo, ya que este permite aproximarse al tema de interés ampliamente y en profundidad. El objetivo de esta investigación es conocer cómo son los escenarios en los cuales se realizan las intervenciones familiares en el COSAM de Pudahuel, describiendo y caracterizando los factores que influyen en estos escenarios, desde la perspectiva de profesionales de salud mental que trabajan en este centro. Considerando este objetivo, un enfoque cualitativo nos permite conocer descripciones extensas y en profundidad, dando respuestas a preguntas de carácter más abierto o exploratorio (López, Blanco, Scandroglio y Rasskin, 2010). Además, nos permite comprender la perspectiva de los participantes sobre los fenómenos que los rodean, a partir de sus propias experiencias, opiniones o significados (Hernández, Fernández y Sampieri, 2004), de esta forma podemos acceder a la percepción que tienen los participantes de su realidad subjetiva.

Cabe destacar que el propósito de esta investigación no es generalizar los conocimientos obtenidos a otros escenarios, sin embargo, se espera que los resultados puedan aportar información relevante para otros centros con características similares al COSAM Pudahuel.

4.2 Aproximación epistemológica

Tomando en cuenta que esta investigación es un estudio de caso con un enfoque cualitativo, se asumió una epistemología constructivista, donde las realidades son

construcciones sociales particulares dadas por la experiencia. Estas no son verdaderas ni falsas, sino que más o menos informadas.

Esta mirada epistemológica, implica asumir la subjetividad como un hecho inherente dentro de la investigación, reconociendo el importante papel que esta juega tanto en la generación, como en la interpretación de datos (Martínez, 2012). En este sentido, el conocimiento va a emerger de la interacción entre investigadores y participantes de una investigación, donde los saberes se sintetizan y construyen realidades (Díaz, 2010).

Esta aproximación epistemológica no aspira a regularidades universales, dada la condición irreplicable de los fenómenos que componen su objeto, es decir, no se interesa por la replicabilidad. Sin embargo, lo anterior no excluye la posibilidad de que algunos resultados en términos de planes de acción o patrones teóricos alcanzados sean válidos para grupos similares (Díaz, 2010), lo que resulta consecuente en relación a la estrategia y enfoque que se utilizarán en esta investigación.

4.3 Diseño Muestral

La muestra en esta investigación fue dirigida o no probabilística, debido a que el objetivo es la comprensión y profundidad de un fenómeno en un contexto en particular y no la generalización de los resultados (Hernández, Fernández y Sampieri, 2004). Se utilizó un muestreo estratégico para la construcción del caso, de manera que los sujetos que sean invitados a participar en el estudio tengan valor o potencia explicativa en el marco de la pregunta de investigación.

4.3.1 Participantes de la muestra

Los participantes que conformarán la muestra son profesionales de la salud mental del COSAM Pudahuel que se desempeñan en las distintas áreas de intervención del centro. Se decidió invitar a participar en la investigación a psicólogos, trabajadores sociales y técnicos en rehabilitación debido a que al revisar las funciones descritas para cada trabajador del COSAM en la propuesta técnica del año 2020, se pudo desprender que tanto psicólogos, como trabajadores sociales y técnicos en rehabilitación, tienen funciones relacionadas al trabajo con familias. Esto no quiere decir que los otros trabajadores del centro no realicen funciones con un enfoque familiar, sin embargo no se encuentra explícito en la propuesta técnica, por lo tanto se opta por incluir a trabajadores de la salud mental que tengan mayor probabilidad de trabajar e intervenir con familias.

4.3.2 Criterios de inclusión para participantes de la muestra

Los criterios de selección para la muestra se escogieron pensando en que las personas participantes puedan compartir información relevante que permita acercarse a los objetivos del estudio. Por lo tanto, los criterios serán de juicio o conveniencia al tema de investigación:

- Trabajadores de la salud mental que realicen o hayan realizado intervenciones con familias en el COSAM Pudahuel (terapia familiar, intervención con familiares, intervenciones psicosociales con familias).
- Trabajadores con dos años o más de antigüedad trabajando en el centro y con contrato indefinido.

Este último punto se decidió en base a que si bien no hay una cantidad de años o tiempo fijo que indique el nivel de identificación o pertenencia dentro de un lugar de trabajo, pero si se puede considerar que la situación contractual más flexible, y menos segura puede influir en la forma en que se relacionan e identifican los trabajadores con las instituciones, generando una sensación de desapego, en cambio, al existir una situación contractual que otorgue mayor seguridad en relación al tiempo que se trabajara en la institución, como lo es el contrato indefinido, se genera mayor sentido de pertenencia con la institución (Sisto, 2009).

No se aplicó un criterio de inclusión por sexo, pero si se buscó que todas las áreas de intervención del COSAM quedaran representadas. El número de participantes por área y disciplina se decidió en base a un análisis de la cantidad de profesionales que se desempeñan en cada área y sus profesiones, por esta razón, se decide entrevistar una mayor cantidad de psicólogos, que de TS y técnicos en rehabilitación.

Profesionales de la salud mental a entrevistar (5)	Área Adultos	Área Infanto-Juvenil	Área Adicciones	Programa de intervención en violencia intrafamiliar
Psicólogo/a	1			1
Trabajador/a Social	1	1		

Técnico en Rehabilitación			1	
------------------------------	--	--	---	--

4.3.3 Caracterización de los participantes

En el estudio participaron cinco profesionales del COSAM Pudahuel que se desempeñan en distintas áreas de intervención. La mayoría de las entrevistadas son mujeres, siendo solo un entrevistado hombre. Cabe destacar que todas las personas entrevistadas llevan un tiempo superior a los dos años trabajando en el COSAM en modalidad de contrato indefinido.

4.4 Técnica de producción de datos

Para recoger los datos se utilizaron entrevistas cualitativas, que se aplicaron de forma individual a cada participante. Las entrevistas cualitativas como técnica buscan conservar el dinamismo, apertura y flexibilidad de una conversación informal, con la distinción de que existe un entrevistador que asume una postura de escucha activa, organizando y manteniendo la conversación (Jorquera, 2013). Se optó por utilizar entrevistas semiestructuradas, ya que estas se caracterizan por tener un alto grado de flexibilidad, en donde si bien se cuenta con una pauta o guía inicial de preguntas preestablecidas, estas pueden ir adaptándose a los entrevistados, brindando la posibilidad de explicar, aclarar, y profundizar en aquellos relevantes para el propósito del estudio (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013).

4.5 Procedimiento

Antes de aplicar las entrevistas a los participantes, se realizó una pauta de entrevista con preguntas orientadas a los objetivos de la investigación, la cual permitió guiar la entrevista y mantener el interés en los temas relevantes para la investigación.

Se extendió la invitación a participar de la investigación a los y las profesionales a través de correo electrónico, en donde se mencionó la posibilidad de participar de manera presencial o remota de las entrevistas debido al contexto sanitario, se adjuntó además el consentimiento informado para que quienes desearan participar tuvieran la información necesaria.

Finalmente, se logró coordinar y llevar a cabo la entrevista con cinco profesionales que accedieron a participar voluntariamente, dos de estas entrevistas fueron realizadas de

manera presencial en el COSAM Pudahuel, mientras que las otras tres fueron realizadas de manera remota a través de distintas plataformas virtuales.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de profesionales entrevistados, para luego ser transcritas y analizadas.

4.6 Proceso de análisis de datos

Para esta investigación se utilizó un proceso de análisis de contenido, donde se codificaron las entrevistas realizadas agrupando los temas emergentes en distintas unidades de análisis, las cuales fueron agrupadas en categorías y subcategorías construidas en función de los objetivos de la investigación. Según Díaz y Navarro (1998), el análisis de contenido se puede definir como un conjunto de procedimientos que permiten la producción de un meta-texto analítico, en donde se representa el corpus textual de manera transformada (Díaz y Navarro 1998, citado en Fernández, 2002), es decir, el análisis de contenido nos permite abordar un texto escrito del cual obtenemos datos, y a través de un proceso interpretativo, logramos vislumbrar aquellos aspectos que no están directamente intuibles, pero que están presentes.

Dentro de los propósitos del análisis de contenido se encuentra la posibilidad de describir tendencias y develar semejanzas o diferencias en el contenido de la comunicación escrita entre personas. Para lograr esto, inicialmente se realiza un primer acercamiento al texto, separándolo en unidades de análisis, que en una segunda revisión permitirán generar categorías. Estas deben ser pertinentes a los propósitos de la investigación y exhaustivas, logrando abarcar todas las subcategorías posibles (Fernández, 2002).

5. Resultados

Los resultados de esta investigación se dividieron en distintos apartados, que corresponden a las distintas categorías y subcategorías emergentes y asociadas a los objetivos de esta investigación.

5.1 Rol de la familia en la salud mental

Rol influyente de la familia en la salud mental

En base al análisis de las entrevistas realizadas, fue posible comprender que las y los profesionales entrevistados perciben el rol de la familia en la salud mental como un rol fundamental que puede influir de manera positiva o negativa en la salud mental de sus miembros, dependiendo de la manera en que se desarrollan las relaciones y vínculos dentro del sistema familiar, en palabras de las profesionales entrevistadas:

“Diría yo de que lo que ocurre con los vínculos familiares, que al ser vínculos tan íntimos y que han sido como en el fondo también formadores de estructuras vinculares, tienen la capacidad de ser muy sanadores, de ser muy positivos digamos, o tienen también la capacidad de ser muy dañinos” (E4)

“De partida puede ser un rol positivo y un rol negativo, negativo en el sentido en que a veces las relaciones familiares pueden ser las que aumenten, intensifiquen, o gatillen sintomatología o reacciones, comportamientos, pero también la familia puede ser un factor protector y un recurso muy importante para las personas” (E1)

Por un lado, se desprende que para las y los profesionales entrevistados, la familia cumple un rol positivo cuando se estructura como un recurso de apoyo, contención y motivación para sus miembros, que permite el desarrollo de vínculos y relaciones saludables.

“Lo que constituye la familia, es un espacio que es necesario o saludable en la medida en que pone límites, en la medida en que acompaña, en la medida en que permite también tramitar cosas en conjunto, en la medida en que se configuran como vínculos que te reconocen o te validan, yo creo que ese es el rol que se espera de un sistema familiar sano” (E4)

Por otro lado, comprenden la existencia de un rol negativo, el cual se asocia a dinámicas relacionales poco sanas dentro de la familia que tienen como consecuencia dificultar los procesos terapéuticos, ser detonantes de síntomas o problemáticas de salud mental.

“A veces las familias por querer ayudar a la persona de la familia que está enferma se transforman como en una traba para su proceso (...) Por ejemplo, hay mamás que me dicen, no sabe que yo le compro, no sé, pasta base, o le paso plata para que el compre, para que consuma aquí en la casa y no salga, entonces le facilitan dinero o hasta drogas para que el hijo no salga (...) entonces cosas así, si el hijo tiene hijos, les pagan la pensión entonces no los dejan hacerse cargo de sus responsabilidades, eso obviamente entorpece el tratamiento” (E3).

En conclusión, los y las profesionales consideran que la familia cumple un rol influyente para la salud mental de sus miembros, ya sea de forma positiva o negativa.

Rol variante de la familia en la salud mental de sus miembros

Por una parte, las y los profesionales entrevistados perciben que el rol de la familia va cambiando a lo largo del ciclo vital de las personas siendo mucho más fundamental en la infancia que en la adultez, esto asociado a la idea de que es en la infancia donde las personas más dependen de sus familias, en términos de cuidados, socialización y supervivencia, por lo tanto, la familia tiene un importante rol de cuidado y protección, mientras que, en la adultez se espera que las personas al menos puedan satisfacer sus necesidades básicas por sí mismas, el rol de cuidado y protección de la familia se vuelve más indispensable, esto se ve reflejado en las palabras de una de las profesionales entrevistadas:

“En el caso de la infancia o adolescencia, los vínculos significativos, los vínculos primarios digamos son necesarios primero para la supervivencia del ser humano (...) pero también más adelante va yendo, o debiese ir habiendo una diferenciación con la familia y de estos vínculos primarios cuidadores, si bien siempre siguen impactando en la salud mental, después con el tiempo existe una menor necesidad al menos de la supervivencia, entonces sin duda que en un principio en la infancia, el rol de la familia es mucho más fundamental que en adelante” (E4).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede desprender que el rol cuidador de la familia en la infancia es muy relevante para el desarrollo de las personas, sin embargo, a medida que las personas avanzan a la adultez, se espera que el rol cuidador se transforme en un rol de apoyo y acompañamiento, que potencie la socialización con otras personas y grupos:

“Si tenemos un paciente menor de edad, claramente ahí el rol de la familia sobre todo los padres, las madres, está más abocado a los cuidados más básicos, pero a la medida que va creciendo la persona, el cuidado no solo tiene que ver con cosas más básicas, quizás tiene que ver con apoyo emocional, algo más social, comunitario” (E5).

Como se mencionó antes, se espera que la familia esté más presente en la primera infancia cubriendo los cuidados y necesidades básicas de un menor, y luego acompañando el desarrollo social y emocional. Ahora bien, en las intervenciones de salud mental con infancias y adolescencia se espera mayor participación de las familias en relación a lo que se espera en intervenciones con adultos, lo cual se puede asociar a los factores ya

mencionados, pero también a que los niños y adolescentes dependen de padres o cuidadores jurídicamente, por lo que se hace necesario incluir a un adulto responsable en el tratamiento:

“Es más fácil acceder a la familia cuando uno trabaja con niños, desde que además no son legalmente responsables de sí mismo por lo tanto uno debe incluir aunque sea a un cuidador en algunas decisiones importantes” (E1).

Al incluir a la familia o cuidadores en los procesos terapéuticos, se espera que asuman un rol participativo y colaborativo con el tratamiento, fortaleciendo las intervenciones en el contexto cotidiano.

Se asume entonces, que para los y las profesionales entrevistadas, el rol de la familia varía a lo largo del ciclo vital, ocupando un lugar mucho más necesario en el desarrollo de la salud mental durante la infancia y la adolescencia.

Por otra parte, según la percepción de las y los entrevistados, el rol puede variar según las distintas problemáticas o diagnósticos de salud mental, refiriéndose mayormente a lo que sucede con intervenciones de salud mental en el área adultos:

“Pienso, por ejemplo, en pacientes con adicciones, ahí el rol tiene que ser muy distinto en relación a una persona que esté con crisis de pánico, el apoyo ahí va variando digamos” (E5).

“Pienso en los usuarios de TPM, dónde son personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico mayor, esquizofrenia... El rol de la familia es importante porque son sus cuidadores(...), otra situación es cuando la sintomatología es muy grave, entonces, la familia si recurre uno mucho a ella para que estén más presentes, desde riesgo suicida, administración de fármacos si es que ha habido intento suicida con fármacos” (E1).

No es lo mismo atender a una persona que tiene otra patología, no sé, ponte tú, depresión, cierto, entonces la familia ahí juega un rol de acompañar y proteger, para que la persona no se vaya a dañar, pero en mi área (adicciones) claro, es distinto, ahí uno juega más por apostar a que, la familia se haga un poquito a un lado, y deje a este adulto ser funcional, retomar” (E3).

Basándose en las palabras de las y los profesionales entrevistados, se espera que la familia cumpla distintos roles dependiendo de las necesidades de la persona que está sufriendo algún trastorno o problema de salud mental, como se ejemplifico en las citas anteriores, en

algunos casos la persona necesita que la familia cumpla un rol de supervisión y protección, en otros casos lo que se espera es un rol cuidador, y en otros casos el rol tiene que ver con poner límites para facilitar que la persona logre mayor autonomía y se responsabilice de su propia vida.

Se puede interpretar que el rol de la familia en la salud mental para las y los profesionales es un rol fundamental, que puede ser positivo en la medida que apoya, contiene y facilita procesos terapéuticos, como también puede ser negativo en la medida en que se generen dentro de la familia dinámicas poco sanas o violentas. Además, se puede concluir que el rol de la familia varía o se modifica según el ciclo vital de las personas y según los diagnósticos o problemáticas de la salud mental, adaptándose a las necesidades específicas de las personas en un momento y contexto determinado.

5.2 Caracterización de las intervenciones familiares

Definiciones de intervenciones familiares variadas

Los y las profesionales de la salud mental del COSAM definen o entienden las intervenciones familiares de diversas formas, lo que permite pensar en que no existe una definición única para este tipo de intervenciones. Esto se puede observar al ver las respuestas de las y los profesionales entrevistados:

“De partida las intervenciones para mí en el ámbito familiar pueden implicar tanto que yo intervenga directamente con un familiar, o que yo intervenga en las relaciones familiares, dinámicas o incluso rutinas familiares que puedan estar afectando, por lo tanto, implica si yo considero de forma presente o invocada a un familiar de la persona en la intervención que estoy realizando” (E1).

“Pienso que uno puede no necesariamente tener a toda la familia en la oficina, porque tú puedes estar interviniendo una parte y ya estás haciendo intervención familiar” (E5)

Existe una visión que considera que las intervenciones familiares se definen como un tipo de intervención donde se trabajan las relaciones y vínculos familiares. En relación a la cita anterior se puede interpretar que para algunos profesionales una forma de intervenir familiarmente tiene que ver con invocar a miembros de la familia para hacerlos parte de un tratamiento individual, pero también se asume que una intervención familiar puede ser trabajar con los vínculos familiares en sesiones terapéuticas individuales.

Por otra parte, existe la visión de que en una intervención familiar debe existir una mirada sistémica y relacional, que permita mirar cómo las dinámicas y vínculos que se forman en este sistema influyen en la salud mental de sus miembros. Por lo tanto, una intervención familiar consistiría en intervenir a la familia como un sistema consultante, no como participantes de un tratamiento de salud mental individual, esto en palabras de una de las profesionales entrevistadas:

“Una intervención familiar requiere primero, desde mi punto de vista, una mirada sistémica, que esté basada en el fondo en las relaciones, en cómo se vinculan estas familias, el poder observar cómo se vinculan también con el medio, y de qué manera impacta este sistema familiar en la persona que tiene la dificultad de salud mental ¿no? y una intervención familiar entonces debería ir en la línea de poder tener un objetivo de tratamiento que tenga que ver con eso, con el sistema familiar” (E4).

Cabe destacar que las definiciones anteriores están muy relacionadas a lo psicoterapéutico y a la atención psicológica en salud mental, sin embargo, existe también la percepción de que las intervenciones familiares consisten en evaluar qué problemática presenta la familia, identificando dificultades y recursos, redes de apoyo para poder intervenir integralmente a esta familia, no solo desde el ámbito psicoterapéutico, sino también en el ámbito comunitario y social:

“Lo que yo entiendo por intervención familiar, tiene que ver en primera instancia con la evaluación e identificación del problema,(...) encontrar síntomas o dificultades, a través de la confección de un genograma, por ejemplo, que para mí es muy importante, y la construcción de un ecomapa, para saber también la participación que puede tener la persona con el grupo comunitario, con el entorno, y la familia extensa, entonces ahí voy identificando los recursos, las herramientas y necesidades que van teniendo” (E2).

“Pienso también que una intervención familiar puede ser trabajar en red, con distintas instituciones que están trabajando con esta familia, de esa manera también indirectamente puedes hacer intervención familiar” (E5).

En resumen, se puede interpretar que los y las profesionales entrevistados, entienden las intervenciones familiares como una forma de intervención en donde se trabajan las relaciones y dinámicas familiares, ya sea de forma presencial o invocada, y con toda la familia o solo con algunos miembros, para lograr mejorar aquellos aspectos que estén afectando la salud mental de sus miembros. Pero también existe la visión más ligada al

trabajo social, que considera las intervenciones familiares como una instancia en donde se evalúa y analiza la situación de cada familia en particular, observando no sólo cómo ésta se vincula internamente, sino también cómo se vincula con su entorno y comunidad, para luego generar intervenciones que permitan mejorar las condiciones sociales de cada familia.

Condiciones necesarias para la realización de intervenciones familiares

Se puede desprender de las entrevistas realizadas, que las y los profesionales entrevistados consideran una serie de condiciones necesarias para la realización de intervenciones familiares. En primer lugar, se comprende que una condición para la realización de intervenciones familiares es disponer de un espacio físico óptimo, esto en palabras de entrevistadas:

“De partida siento que debe ser que permita... que sea un espacio en que las personas no se sientan apretadas, es decir un espacio en que quepan todas las personas (...), que permita que haya más circularidad, o una amplitud, de que alguien porque quedó más alejado de la mesa no sienta que quedó fuera del setting” (E1).

“Un espacio que sea cómodo, sin distractores, que por ejemplo, si yo estoy con la persona no se escuche lo que están hablando las personas en la otra sala, porque igual eso interrumpe, como que uno tiende a escuchar lo que están hablando al otro lado, eso, eso para mí es importante” (E3).

“No sé pienso yo un lugar que permita a las personas cuando vengán sentirse que están resguardadas, que no sea algo con mucho ruido, o que tenga puerta, cosas básicas que a veces no están, más ahora con los aforos, el distanciamiento, pero eso como en términos generales, que sea acogedor, que ofrezca privacidad” (E5).

De lo anterior se desprende que una condición necesaria para intervenir familiarmente es contar con un espacio físico óptimo, el cual se define como un espacio cómodo y amplio, que permita que las personas que participen de esta intervención se sientan incluidas, así también, debe ser un espacio tranquilo en términos de distractores externos, que permita privacidad, de esta forma se puede asegurar que las personas participantes de las intervenciones se sientan seguras y acogidas.

En segundo lugar, otra condición necesaria para las intervenciones familiares mencionada por los y las profesionales entrevistadas tiene que ver con las habilidades o conocimientos que deben tener profesionales para realizar este tipo de intervenciones:

“De partida creo que tener la capacidad como de mediador, mediadora (...), saber resolver los conflictos y poder parar cuando los temas se ponen más álgidos o las opiniones o las reacciones, porque no es la idea que la sesión se vuelva un campo de batalla” (E1).

“Uno tiene que ser muy flexible (...), de repente pasa que los objetivos cambian en 180 grados, y ahí entra la capacidad de flexibilidad y la familia lo ve, si ve a alguien al frente, que está siendo flexible, como conteniendo bien, la familia se siente súper tranquila, independiente de que no tenga tanta experiencia” (E2).

“Requiere un manejo distinto (...) tiene que ver con entender que estás frente a un sistema consultante, no frente a un sujeto que está acompañado (...) poder facilitar un espacio en donde se permita un diálogo circular, que incluya y haga sentir parte, que valide en el fondo, o que dé lugar en realidad, porque no es validar que esté bien o esté mal, sino que de lugar a todos los miembros del sistema consultante” (E4).

Se puede inferir entonces, que las y los entrevistados consideran una condición necesaria para realizar intervenciones familiares distintas habilidades como lo son la capacidad de mediar, de resolver conflictos, de ser flexibles y tener un manejo distinto a las intervenciones individuales, en donde exista una mirada relacional que logre incluir a todos los participantes de la intervención.

Se puede interpretar que las y los profesionales entrevistados, consideran que las habilidades blandas como lo son la flexibilidad o resolución de conflictos son muy necesarias para realizar intervenciones familiares, y las mencionan por sobre los conocimientos teóricos. Se pudo observar también que existe la percepción entre profesionales entrevistadas de que las habilidades para realizar intervenciones familiares se fortalecen a través de experiencia, práctica y capacitaciones.

En tercer lugar, se puede observar que las y los profesionales entrevistados consideran como condiciones necesarias para la realización de intervenciones familiares, tanto la motivación y nivel de problematización de las familias, como también las posibilidades de hacer coincidir los horarios de las personas participantes, como se describe a continuación en palabras de las entrevistadas:

“Yo diría que es importante también la problematización que se pueda hacer con el sistema familiar para que les haga sentido la intervención, como cualquier intervención de salud mental, desde la psicoterapia o la psicología es super importante la motivación o la problematización del conflicto al momento de hacer una intervención” (E4).

“Bueno primera condición que la persona quiera, que no se sienta obligada, porque a veces pasa que uno llama a la persona y dice, sí, pero la verdad como que no me interesa mucho, porque él siempre hace lo mismo, entonces sí ya su predisposición es no hacerlo, es mejor que no, porque va a costar mucho entrar ahí, va a estar la persona muy cerrada entonces no conviene” (E3).

Se puede interpretar de las citas anteriores, que es fundamental para realizar intervenciones con familias la problematización y motivación de las familias. En primer lugar, en el caso de adultos, las personas usuarias deben estar de acuerdo y consentir este tipo de intervenciones, luego debe existir un proceso de problematización con las familias, en donde estas sientan que la intervención les hace sentido y les puede ayudar, ya que, como se menciona en la cita anterior, si la familia no está motivada a participar, será una traba para el proceso.

Por otra parte, es importante considerar que una condición necesaria para realizar las intervenciones familiares es lograr que las familias puedan coordinar sus horarios, con los horarios del centro y de los profesionales.

“Yo tomo mucho la opinión de la familia en su espacio laboral, muchos trabajan, o muy poquitos estudian, o tal vez tienen otras actividades de tiempo libre, entonces yo igual tiendo a preguntar cuáles son los horarios, los tiempos libres que tienen, como para ir ordenando” (E2).

“Si, tiempo disponible, permisos, horarios, muchas veces para las intervenciones familiares, son horarios más tarde de lo que uno atiende en casos de niños o incluso de adultos, porque el horario en que todos puedan coincidir es el horario en que todos ya hayan vuelto de sus trabajos” (E1).

Cabe destacar, que los y las profesionales entrevistados mencionan que como centro no hay criterios fijos o diagnósticos bajo los cuales se decida realizar intervenciones familiares, por lo tanto, la decisión de intervenir familiarmente queda a cargo de cada profesional, o a discusión del equipo clínico, lo que permite interpretar que no hay una condición asociada a diagnósticos de salud mental para realizar intervenciones familiares.

Sintetizando, se puede decir que según la perspectiva de las y los profesionales entrevistados, las condiciones necesarias para la realización de intervenciones tienen que ver con espacios físicos adecuados, con las habilidades de los y las profesionales, con la motivación de las familias y con condiciones laborales y horarias.

5.3 Factores externos al COSAM que influyen en la práctica de intervenciones familiares

Factores relacionados con posibilidades y condiciones de las familias y usuarios

Según las entrevistas realizadas a profesionales de la salud mental del COSAM Pudahuel, se puede comprender que estos perciben factores externos a las posibilidades del COSAM que afectan la práctica de intervenciones familiares en el centro. Dentro de estos factores, se pueden mencionar las condiciones horarias y laborales de las familias, las cuales influyen en la posibilidad de asistir a este tipo de intervenciones, ya que, usuarios y sus familias deben hacer coincidir sus tiempos en una hora determinada, y que además esto se adapte al horario del centro. Esto se puede ver ejemplificado en palabras de entrevistadas:

“Hay otros factores también a considerar que a propósito de la población con la que trabajamos, en los adultos que los turnos de trabajo, que tanto pueden participar, porque si el usuario ya pidió permiso para su trabajo, que además pida permiso el familiar, dependiendo de las condiciones laborales también es más difícil” (E1).

Por otra parte, sumado al factor de los horarios laborales y la compatibilización del tiempo, se menciona un factor relacionado con las posibilidades sociales y económicas de las familias para asistir a intervenciones familiares, en palabras de las entrevistadas:

“También podría ser como traslado, esto que yo te decía como de que tuvieran niños que cuidar y por eso adultos no pudieran venir o enfermos, postrados, o en silla de ruedas, que dificultan el traslado de las familias o de las personas” (E1)

“Hay familias que tienen muy pocos recursos, y mi programa que es libertad vigilada, atiende a personas que viven en Peñaflo, Melipilla, así como muy lejos, y de repente la accesibilidad económica. Hemos tenido casos de no sé, que si vienen de Peñaflo, tienen que gastar 3000 pesos para acá y luego para allá, entonces el tema económico puede ser una tranca que no les permite” (E3)

Por último, se puede desprender un factor relacionado con las creencias de las familias y usuarios sobre la salud mental y las intervenciones de salud mental:

“La creencia de los usuarios en primera instancia, es así como bueno, aquí es que ayuda es el psiquiatra o el psicólogo, entonces no le toman como real importancia o del trabajo efectivo que genera una intervención familiar (...) entonces ahí entra la dificultad y como una barrera de, esto no me sirve, ¿para qué?” (E2)

Se puede interpretar que existe un desconocimiento de lo que son las intervenciones familiares y de su utilidad, pero también, una visión individualizante y médica de la salud mental, en donde se asume que la persona que sufre un trastorno de salud mental debe solucionarlo solo, porque es algo personal:

“A nivel como más ya del consultante, como que existe esta idea como de comprender a quien tiene el conflicto de salud mental como individualizarlo, las personas no se sienten participe, en general no se sienten tan partícipes de los conflictos de salud mental, no se sienten partícipes en distintos niveles, ni como facilitadores, ni como personas que puedan dificultar también, ni como cuidadores” (E4).

Se infiere también que profesionales perciben que existen ciertos prejuicios sobre la salud mental y los tratamientos e intervenciones que se realizan en el COSAM, lo cual influye negativamente para la práctica de intervenciones familiares, ya que las personas no se sienten seguras de participar de estas instancias, ya sea por temor a ser estigmatizadas, o también por miedo a ser juzgadas o incluso intervenidas judicialmente en casos más complejos:

“Que ponte tú a veces las personas cuando uno les dice de las terapias familiares se imaginan como esta película donde sientan a las personas y cada uno dice, bueno yo vengo por no sé qué, esa caricatura, entonces les da como temor enfrentarse a eso porque piensan que se van a ver como expuestos (...) porque como el sector que atiende el COSAM no es tan amplio, algunos se conocen, entonces piensan ay no y que pasa si va alguien que me conozca y no sabe que mi hijo consume” (E3).

“Me pasa hartito que la gente dice, si va a estar una trabajadora social yo no voy, porque a mí me dicen la quita guagua, y yo en la vida he puesto medida de protección, o sea una sola vez, y jamás, a mí para nada me gusta el sistema judicial, y de hecho es como lo último (E5).

En resumen, se puede decir que, según la visión de profesionales entrevistados, existe una serie de factores asociados a las posibilidades sociales, laborales y económicas de las familias usuarias que influyen en la realización de intervenciones familiares, debido a que

limitan las posibilidades de las familias para participar de estas intervenciones. Sumado a lo anterior, los y las profesionales perciben que existe una serie de ideas y prejuicios sobre salud mental que prima en los usuarios y que incide negativamente en la decisión de asistir a intervenciones familiares.

Factores relacionados con el modelo administrativo y formación en salud mental en el país

Además de los factores externos relacionados con las familias, las y los profesionales entrevistados reconocen factores externos asociados a la falta de formación académica en intervenciones familiares y el escaso apoyo técnico por parte del servicio de salud, que dificultan la práctica de intervenciones familiares, en palabras de profesionales entrevistadas:

“Es que sabes que estaba pensando, que incluso en los centros de formación universitaria, al menos la experiencia que yo he tenido o el acceso que tengo a eso a propósito de los estudiantes en práctica que están acá, ni siquiera sé si hay una formación específica en las escuelas de psicología respecto a salud pública ¿no? y que uno pudiese pensar si el modelo de atención pública es un modelo familiar, también deberían enseñarlo en las universidades, como que hay mucha falencia” (E4).

“Estoy pensando como en aquellas capacitaciones que efectivamente a uno le servirían que no es netamente administrativo como de ingresar prestación, como informar al servicio, o no solamente la exposición de la guía clínica del trastorno que a uno le toca atender, porque la guía clínica uno la puede leer pero en términos de herramientas terapéuticas, realmente clínicas, también desde el servicio de salud o ministerio de salud se quedan bien cortos” (E1).

Por otra parte, un factor externo que mencionan profesionales entrevistados es el modelo de financiamiento y el modelo técnico administrativo de salud mental, que pone limitaciones a las intervenciones familiares:

“Hemos intentado, pero el sistema pone varios obstáculos, justamente, a propósito de este proyecto en que trabajamos con familias, implementamos las fichas familiares, pero las fichas familiares para el servicio de salud no existen, porque el servicio de salud financia por persona con diagnóstico, por lo tanto, si una persona no tiene diagnóstico, no debe ser ingresada” (E1).

“Si me voy a los GES, no, no hay ninguno, ninguno como específico para alteraciones o disfunción familiar, que está dentro de uno de los ejes como del DSMIV, pero no, no está el financiamiento específico, y eso es un desafío” (E2).

“Las intervenciones en salud mental se financian de acuerdo a diagnósticos y diagnósticos clínicos, como patologizantes digamos, como te decía antes, depresión, esquizofrenia, y se financia no al sistema familiar, sino que se financia a la persona que está con el diagnóstico (...) entonces, es como el diseño o la falta de recursos viene desde más arriba desde cómo está diseñada la política pública para la atención a familias, más allá de lo que nosotros podamos hacer” (E4).

Las citas anteriores permiten ver que, aunque el modelo de atención sea familiar y comunitario, el modelo de financiamiento en salud mental aún funciona desde una lógica individualizante, complicando la posibilidad de sostener económicamente las intervenciones familiares. Según la visión de profesionales entrevistados, la realización de intervenciones familiares es un desafío, porque supone ocupar horas profesionales para una prestación que no está financiada, esto tiene como consecuencia que la realización de este tipo de intervenciones depende de cómo se organice y equilibre sus recursos el COSAM.

5.4 Características propias del COSAM Pudahuel que influyen en la práctica de intervenciones familiares

Factores limitantes para las IF propios del COSAM

Anteriormente se mencionó que profesionales consideran que la formación universitaria y el apoyo técnico desde el servicio de salud son bastante deficientes, sin embargo, al analizar las entrevistas, se puede notar que los y las profesionales entrevistadas consideran que las capacitaciones por parte del COSAM en relación a las intervenciones familiares son escasas y por lo general el interés de formarse en el tema es por parte de los profesionales:

“Tenemos bien poquito, más que nada ha sido todo autogestionado, desde el poder revisar papers en conjunto, experiencias” (E1).

“Antes, pocas, ahora se están realizando más capacitaciones, a requerimiento de profesionales, que los han solicitado y es necesario (...) porque en mi caso los conocimientos en la temática familiar fueron muy básicos” (E3).

Los profesionales entrevistados reconocen que el COSAM apoya dentro de lo posible las iniciativas personales de formación, lo que tiene como resultado que solo profesionales que se han especializado y formado en intervenciones familiares puedan compartir sus conocimientos con otros compañeros interesados en el tema de manera autogestionada.

Por otra parte, se considera como un factor limitante las diversas premisas e ideas que pueden tener profesionales del COSAM sobre las intervenciones familiares, lo cual se puede asociar a la antes mencionada falta de formación o experiencia en este tipo de intervenciones:

“Y en términos como de premisas que puedan dificultar justamente está esta sensación de que trabajar con más personas puede ser más agotador o este temor a que pueda ser una fuente de conflicto” (E1).

“De los profesionales como la premisa en primera instancia es como, chuta, es harta pega igual, harto que trabajar (...) pero aquellos que ya llevamos tiempo es como ok, ya hay que bajar esto de acá primero, y nos vamos ordenando, entonces al final no es tan grave como pareciera, pero si, la primera instancia es como oh, es caleta, no da el tiempo, entonces eso pasa” (E2).

“Yo diría que influye también como una mirada de que quizás pensar o sentir que trabajar con un sistema familiar puede ser más complejo en términos de manejo ponte tú, como lo que te decía en delante, porque también la formación no esta tan ligada a eso, entonces puede haber como una idea ligada a la falta de experiencia, o inseguridades al momento de realizar eso” (E4)

Lo anterior influye directamente en la decisión de los profesionales de realizar intervenciones familiares, ya que, parte de los profesionales, tiene la idea de que las intervenciones familiares son difíciles, complejas y requieren mucho tiempo.

Factores facilitadores para las IF propias del COSAM

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se puede interpretar que profesionales entrevistados perciben factores facilitadores para las terapias familiares propias del COSAM entre estas se encuentra la flexibilidad horaria que permite atender en un horario extendido::

“El centro sí ofrece posibilidades ya que está abierto hasta las 9 de la noche y eso permite que intervenciones familiares pudiesen ser de 8 a 9” (E1).

Según la visión de profesionales entrevistados, lo anterior facilita mayores posibilidades para que las familias puedan asistir al COSAM y participar de intervenciones familiares, ya que, como se mencionó antes, los horarios laborales y académicos pueden ser un impedimento para que las familias asistan a este tipo de intervenciones.

Por otra parte, consideran que un facilitador propio del COSAM para las intervenciones familiares es que tiene un enfoque sistémico relacional en donde las intervenciones familiares tienen un lugar importante:

“Yo creo que el enfoque sistémico-relacional que en nosotros prima, potencia bastante las intervenciones familiares, que es algo como muy intrínseco, no se cuestiona, será bueno, será malo, no, convoquemos a la familia es como parte de, entonces eso potencia” (E5).

“Las premisas que facilitan, es justamente... el que la mayoría de las personas que trabajamos aquí proclamamos un enfoque sistémico-relacional, y eso te permite de partida mirar ¿no? Y todas las premisas que están englobadas en el enfoque, son las que permiten considerar intervenciones familiares” (E1).

Sumado a lo anterior, profesionales entrevistados consideran que el COSAM como institución siempre hace esfuerzos para apoyar el trabajo con familias, lo cual se ve reflejado en la apertura para discutir y mejorar las intervenciones, como también en las posibilidades en términos técnico-administrativos:

“El COSAM siempre va a estar abierto a mejorar las intervenciones, con propuestas y desafíos, lo que siempre va a haber limitación en términos de recursos, lo que es una barrera altísima, pero en términos de intervención y metodología, todo el rato te va a decir, sí, hazlo” (E2).

“De partida creo que, sí facilita el que en nuestro lenguaje interno, en cómo se traducen las prestaciones a códigos y toda la sistematización, la base de datos, existen las intervenciones familiares, existen sesiones familiares, existe la convocatoria terceros significativos (...) no es un centro que dice aquí solo se hace trabajo individual (E1).

Los profesionales entrevistados perciben que el hecho de que el COSAM incluya en sus planes de tratamiento con objetivos familiares, y además códigos de prestación para registrar los distintos tipos de intervenciones familiares, permite que el trabajo con familias siempre sea una opción válida y aceptada.

Por último, se pudo interpretar al analizar las entrevistas realizadas, que otro facilitador propio del COSAM para las intervenciones familiares es su cercanía con la población usuaria, ya que es un centro que se ocupa de realizar actividades comunitarias que incluyan a las familias las cuales permiten que las personas se sientan seguras y acogidas, por otro lado, destacan el buen trato de funcionarios del centro con las personas y familias usuarias. Esto en palabras de entrevistadas:

“Yo pienso que la cercanía, la cercanía de todos los profesionales, que son cercanos, que están siempre disponibles ante cualquier duda, no sé por ejemplo las personas pueden llamar a la secretaria, preguntarle, dejar un recado y después uno se comunica con la persona, eso diría yo, la cercanía” (E3).

“Las personas se vinculan con el centro, más allá de vincularse con un profesional en particular, entonces es una atención, que es el foco que se pone acá también, o que se ha intentado poner, es que desde que la persona ingresa, desde recepción y todo eso, desde ahí también yo diría, como las familias digamos, quienes acompañan a la gente que son usuarios de acá también se sienten acogidos desde la llegada” (E4).

En resumen, se puede decir que el COSAM de Pudahuel tiene características que facilitan la práctica de intervenciones familiares, en primer lugar, un enfoque sistémico que permite pensar constantemente en lo familiar, y por lo tanto, realizar esfuerzos para fomentar el trabajo con familias ya que de antemano se considera un ámbito importante para la salud mental. Por otra parte, el hecho de que el COSAM sea una institución cercana permite que las personas usuarias y sus familias participen más activamente, se involucren más con el centro, y en consecuencia con las intervenciones en salud mental que este ofrece.

5.5 Valoración de las intervenciones familiares

Acceso limitado a las intervenciones familiares por diversos factores

En relación al acceso, las y los profesionales entrevistados perciben que las intervenciones familiares son poco o medianamente accesibles, lo que relacionan con diversos factores, por una parte, consideran que existe una amplia demanda que es muy difícil de cubrir y responder de forma óptima, como se puede ver en palabras de profesionales entrevistados:

“Es medianamente accesible, como del 1 al 5 puede ser una nota 3, porque también pasa por la cantidad de demanda del trabajo del profesional, entonces, no se puede hacer trabajo

familiar con todas las familias, tiene que ser como seleccionada a partir de las necesidades que estén presentando” (E2).

Por otra parte, las y los profesionales consideran como factor importante para el acceso, las condiciones laborales y horarios tanto de las familias como de profesionales:

“Bueno pienso como acceso a propósito de factores del centro, también en factores como externos, yo creo que el único factor que puede hacer que alguna familia que necesita o se pueda beneficiar de intervenciones familiares y no la reciba a veces tiene que ver con los horarios de los profesionales (...) en términos como de factores propios de las personas o las familias, creo que también solo depende la motivación, del tipo de vínculo con el usuario, y su posibilidad en términos de horarios” (E1).

“Podría ser el tema de los horarios, porque a veces la gente trabaja, temas de horario, también la cantidad de casos sobre todo pensando en alumnos en práctica, en donde se requiere a veces intervención familiar, pero hay dificultad para acompañarlos, porque hay pocos profesionales y mucha lista de espera” (E5).

También se puede desprender que un factor importante son los recursos y cómo estos se gestionan:

“La intervención por mucho que el modelo chileno tenga una mirada familiar, la atención es principalmente individual, entonces digamos la intervención familiar es mucho más compleja, en pocos espacios se da y claro pocas veces se tiene esa posibilidad (...) de hecho en salud mental eso no está financiado, las canastas no financian al sistema familiar de una persona que tenga depresión, financia a esa persona” (E4).

Resumiendo, se puede desprender que desde la perspectiva de las y los profesionales entrevistados el acceso a las intervenciones familiares es limitado o insuficiente, lo que asocian a diversos factores sociales y estructurales que complejizan la posibilidad de que las familias puedan tener acceso a intervenciones familiares.

Efectividad positiva para intervenciones familiares dependiendo de objetivos del tratamiento

Luego de analizar las entrevistas se puede desprender que en general las profesionales entrevistadas valoran positivamente las intervenciones familiares, considerándolas en algunos casos una intervención “potente” o muy efectiva. En palabras de las entrevistadas:

“Uy yo creo que muy buena, muy buena” (E1).

“Ay son super potentes” (E5).

“Si, por lo que yo he visto si es buena, la experiencia es buena, porque la familia viene así como que no tiene idea de nada, de qué significa esto, algunas familias que nunca han pasado, o sea que su familiar está en un proceso, o sea no tienen mayor conocimiento, no saben cómo actuar, entonces ellos lo relatan como algo que les beneficia, que les alivia la carga, que los deja más tranquilos (...) y eso permite que se vayan dando condiciones en la familia como más armoniosas, que vaya cambiando la dinámica familiar, eso va mejorando” (E3).

Cabe destacar, que las y los profesionales entrevistados asocian la efectividad según el objetivo de la intervención, por lo tanto, refieren en su mayoría que no pueden valorar la efectividad de las intervenciones familiares por sobre otro tipo de intervenciones que ofrece el centro, considerando que las intervenciones familiares pueden funcionar muy bien complementándose con otro tipo de intervenciones como lo son las intervenciones individuales y grupales en salud mental.

“No me podría casar con que son las mejores, creo que las grupales también son buenas, uno ve avances importantes en las intervenciones grupales, pero las familiares pueden ser igualmente potentes, yo creo que es una buena alternativa sin desmerecer a las otras” (E5).

“Yo diría que la efectividad como del poder incluir un tratamiento familiar que complementa un tratamiento individual es mucho más alta” (E4).

“Yo no sé cuál es más efectiva, siento que son efectivas en distintos espacios, pueden ser más bien complementarias. Pero yo tendería a pensar que, si un tratamiento tiene las tres intervenciones, super” (E1).

En síntesis, se puede interpretar que las y los profesionales entrevistados valoran positivamente la efectividad de las intervenciones familiares, asociando esta efectividad al efecto o resultados que tengan, dependiendo de los objetivos que se esperan de la intervención. Por otra parte, se desprende que no consideran que las intervenciones familiares sean superiores o inferiores en cuanto efectividad, en relación a otras intervenciones, pero sí pueden ser complementarias.

6. Discusión

6.1 Factores influyentes en la práctica de intervenciones familiares asociados a la implementación del modelo de atención

Los resultados de esta investigación en torno a las definiciones que otorgan las profesionales entrevistadas a las intervenciones familiares nos permiten pensar en que no existe una definición única respecto a qué es y en qué consiste una intervención familiar. Esto puede asociarse a lo anteriormente expuesto por Egaña y Barría (2015) en torno al enfoque familiar, y la laxitud en los documentos y orientaciones del MINSAL al momento de definir qué implica trabajar con enfoque familiar en lo práctico y qué intervenciones se realizan bajo este enfoque.

Se puede interpretar, que los ejes de intervención del modelo de atención basado en un enfoque familiar deben estar fundamentados en las relaciones familiares, el entorno saludable, y la prevención de riesgos y daños, fomentando así el autocuidado de la salud familiar (Astudillo, Vizcaina, Delgado, Calderón y Saltos, 2019). Esto supone la existencia de una gran variedad de intervenciones y acciones que pueden clasificarse dentro de lo que es trabajar desde un enfoque familiar, por lo tanto, las intervenciones familiares serían todas aquellas intervenciones que tengan como objetivo cuidar la salud y bienestar de las familias y sus miembros.

Al revisar el modelo de gestión propuesto por el MINSAL para los centros de salud mental comunitaria, podemos observar que se propone las intervenciones familiares como parte de las actividades que deben realizar los técnicos y profesionales que trabajan en estos centros (MINSAL, 2018), sin embargo, no existe una definición u orientación concreta para cada profesional o trabajador indicando en qué consiste una intervención familiar desde su área, lo que puede influir en la práctica efectiva de intervenciones familiares en los centros de salud mental comunitaria.

En el caso del COSAM de Pudahuel, se desprende de las entrevistas realizadas que en el centro se realizan distintos tipos de intervenciones familiares. Por una parte, desde la Psicología las intervenciones familiares se asocian a un trabajo psicoterapéutico donde se intervienen las relaciones y vínculos familiares, ya sea a través de citación de terceros significativos en procesos individuales, o de sesiones de psicoterapia familiar. Por otra parte, el trabajo que realizan técnicos en rehabilitación se puede relacionar con psicoeducación y apoyo a las familias con las dificultades que surjan durante el proceso de

rehabilitación. Por último, en el área del Trabajo Social, las intervenciones familiares tienen que ver con evaluar a cada familia, identificando sus recursos y factores de riesgo para intervenir multidisciplinariamente, brindar orientación en términos legales y trabajar en red con otras instituciones para ayudar a las familias a obtener beneficios y apoyo social, que les permita mejorar sus condiciones de vida.

Una visión integral de la salud mental, con enfoque familiar y comunitario, como lo propone el modelo, debiese considerar que todas las intervenciones antes mencionadas son relevantes para las familias, esto debido a que la salud mental está atravesada por diversos factores. Por lo tanto, es necesario intervenir desde distintos ámbitos y disciplinas. A pesar de lo anterior, los documentos y guías técnicas propuestas por el MINSAL, no proponen una diferenciación y conceptualización de los distintos tipos de intervenciones familiares posibles.

Relacionado con lo anterior, el sistema de registro de información no cuenta con una especificación suficiente de las distintas actividades grupales que se realizan en los centros de salud mental comunitaria, ya sean estos con las familias o la comunidad, lo que genera que algunas actividades no sean registradas (MINSAL, 2018), esto genera que no se visibilicen todas las formas de intervenir con familias, lo que a su vez impide una evaluación y monitorización más específica, influyendo en los recursos que se asignan para satisfacer las necesidades de la población.

El COSAM de Pudahuel es un centro en donde prepondera un enfoque sistémico y familiar, por lo tanto, se busca fomentar el trabajo con familias, no obstante, esta no es una realidad común para todos los centros. El hecho de que no exista un marco conceptual suficientemente desarrollado genera una baja comprensión del modelo, lo cual tiene como consecuencia una implementación y funcionalidad heterogénea entre los distintos centros del país (MINSAL, 2018). Un reciente estudio de corte cuantitativo buscó identificar el nivel de conocimiento que tienen funcionarios de dispositivos de salud mental secundaria sobre los principios del Modelo de Atención Comunitario en Salud Mental, entre los cuales se encuentra el principio “Atención de salud mental centrado en la persona, su familia, o red de apoyo”, los resultados arrojaron que el 68,8% de los entrevistados refiere que “sí” conoce dichos principios, sin embargo, al solicitar que mencionen cinco de ellos, sólo un 11% lo logró, destacando el principio “Calidad de la atención” (Castillo 2020).

Los profesionales entrevistados mencionan que las capacitaciones y apoyos técnicos sobre intervenciones familiares por parte del servicio de salud son escasos, y que la formación en este tema generalmente se da por iniciativa individual de cada profesional. Esto refuerza la

idea de un marco conceptual poco desarrollado, como limitante para las intervenciones familiares, ya que solo los centros en donde se comprende la importancia de trabajar desde un enfoque familiar y comunitario tendrían mayor interés en realizar y potenciar las intervenciones familiares. Además de lo anterior, consideran que existe una carencia en la formación universitaria respecto al modelo de atención en salud pública y a las intervenciones familiares, lo cual se puede relacionar con un estudio cualitativo que busco conocer la percepción que tienen egresados de psicología respecto a sus capacidades para trabajar en atención de salud pública, estos declararon no sentirse capacitados para desempeñarse en esta área (Gálvez, citado en Martic 2014).

El insuficiente desarrollo de un marco conceptual del modelo no es el único factor que incide en la práctica de intervenciones familiares, a esto se suma la incongruencia que existe entre el MAIS y la forma en que se financia la salud mental en el país. Los profesionales entrevistados consideran que uno de los factores limitantes que influye de manera importante en la posibilidad de realizar intervenciones familiares es la forma en que se financia la salud mental, ya que en su mayoría se basan en diagnósticos clínicos individuales, en este sentido, las intervenciones familiares no cuentan con financiamiento suficiente.

La principal fuente de financiamiento de los COSAM es en primer lugar a través del Pago de Prestaciones Valoradas (PPV) otorgado por FONASA, estas están relacionadas a el tratamiento de distintas problemáticas de salud mental, luego por fondos del convenio SENDA-MINSAL orientados a tratar el consumo problemático de alcohol y drogas, en tercer lugar, existe un aporte municipal para los centros dependientes de los municipios. Una cuarta opción es un aporte mínimo por parte de los servicios de salud, por concepto de Pago de Prestaciones Institucionales (PPI) (MINSAL, 2018). Si consideramos este modelo de financiamiento, es muy probable que existan desigualdades en los recursos otorgados, ya que no todos los centros son municipales, y no todas las municipalidades cuentan con los mismos recursos.

Por otra parte, en consecuencia a lo que mencionan los profesionales entrevistados, las canastas de prestaciones están principalmente orientadas a la atención individual intra box, lo cual va en desmedro no sólo de las intervenciones familiares, sino que también de todas las intervenciones grupales o comunitarias (MINSAL, 2018), de esta forma, aunque existan esfuerzos por parte de profesionales y de los COSAM para realizar intervenciones familiares, existe una importante barrera de financiamiento que limita esta posibilidad.

Finalmente, la posibilidad de trabajar con familias queda supeditada a la forma en que los centros puedan organizar los escasos recursos otorgados, buscando un equilibrio entre cumplir con las metas y prestaciones requeridas, y dar prioridad a intervenciones familiares solo en los casos más necesarios.

Ahora bien, en cuanto a las condiciones para realizar intervenciones familiares los profesionales mencionan que es necesario contar con espacios físicos adecuados para intervenir, destacando que debe ser un lugar cómodo y espacioso, pero por sobre todo acogedor. Relacionado a esto, uno de los nudos críticos para la implementación del modelo de atención en centros de salud mental comunitaria es la infraestructura heterogénea de estos centros, ya que no existe un programa arquitectónico unificado que regule las condiciones estructurales con las que debieran contar los centros. Es así como existen distintos tipos de edificación que no cuentan con la misma cantidad y calidad de espacios para atender a la población usuaria. Además, no siempre existe diferenciación de los espacios de atención para población adulta e infanto adolescente (MINSAL, 2018).

En el caso del COSAM de Pudahuel, los profesionales entrevistados concuerdan en que existen condiciones básicas de espacio para poder intervenir con familias, refiriéndose a algunas salas amplias y espacios con áreas verdes, que en algunos casos son utilizados para estas intervenciones en consenso con las familias, sin embargo, no siempre se logra coordinar los horarios para que los profesionales que necesiten hacer intervenciones familiares puedan disponer de estas salas y espacios.

El MINSAL identifica que existe mucha carencia en la infraestructura de los centros, que han tenido que ampliarse a través de materiales ligeros, mediaguas o containers para poder cubrir la necesidad de tener más espacios que permitan actividades con la comunidad, teniendo como dificultad problemas de privacidad, escasez de espacios adecuados para las distintas intervenciones grupales e individuales, problemas de aislación térmica y luminosidad (MINSAL, 2018). Lo anterior coincide con el estudio realizado por Castillo (2020), donde funcionarios de dispositivos de salud mental secundaria identificaron como una de las debilidades para la implementación de los principios del modelo de atención actual la deficiencia en la infraestructura de los centros (Castillo, 2020).

Según Vargas, los avances en el modelo de atención no han ido de la mano con avances arquitectónicos que sean consecuentes con una mirada comunitaria e integradora (Vargas, 2011). Si se piensa en el modelo de atención, la infraestructura de los COSAM debiese contemplar espacios cómodos, amplios, y acogedores, que inviten a usuarios y sus familias a sentirse parte del centro, no obstante, el escaso financiamiento para la salud mental,

sumado a la ausencia de un programa arquitectónico adecuado, genera que la infraestructura en muchos casos sea más consecuente con un modelo médico-asilar que con un modelo comunitario.

Sintetizando, existe una serie de factores asociados a la forma en que se ha llevado a la práctica la implementación del MAIS, que no es consecuente con los principios de este, afectando indirectamente la posibilidad de realizar intervenciones familiares en los centros de salud mental comunitaria. Se pueden relacionar estos factores limitantes a una falta de interés por parte de los gobiernos para mejorar la salud mental en el país, lo que se ve reflejado en un escaso financiamiento, que solo correspondió a un 2,13% en el año 2015, que es aproximadamente lo mismo que en el año 2004 (2,14%) una cifra bastante baja considerando que países como Estados Unidos y Canadá destinan 6,2% y 7,2% respectivamente (Gatica, Vicente y Rubí, 2020). El escaso financiamiento para salud mental no permite cubrir todas las necesidades que se requieren para una implementación adecuada del MAIS, y un ejemplo de esto es el déficit en infraestructura, que difícilmente podrá mejorar con los escasos recursos destinados a ello (MINSAL, 2018).

6.2 Limitantes sociales, económicos y culturales para las intervenciones familiares

Luego de analizar las entrevistas realizadas a profesionales del COSAM Pudahuel, se desprende que estos perciben dificultades en el acceso a las intervenciones familiares asociadas a las posibilidades sociales, económicas e ideológicas de usuarios y familias, como lo son la dificultad de encontrar un horario disponible para que todas las personas convocadas puedan asistir al COSAM debido a temas laborales, sumados a tiempo de traslado y actividades paralelas, que muchas veces no coinciden con horarios del centro, a pesar de que este tiene un horario extendido. Según algunos estudios, la escasez de tiempo es un factor determinante para entender las desigualdades en salud, uno de estos arrojó como resultado que el trabajo remunerado consume la mayoría del tiempo de hombres de estratos socioeconómicos bajos, mientras que, en el caso de las mujeres de este mismo estrato, el tiempo es consumido por labores domésticas. Este estudio coincide con otras investigaciones que apuntan a la dificultad que tienen las personas de estratos socioeconómicos bajos para llevar a cabo actividades de tiempo libre distintas a traslado, o cuidado de otras personas (Jiménez, Abarca y Montenegro, 2019).

En las entrevistas surgió la problematización respecto a condiciones particulares de algunas familias y cómo estas afectan las posibilidades de acceso a las intervenciones. Por ejemplo,

tener un miembro de esta que se encuentre postrado o en una situación de movilidad reducida que requiera una constante supervisión, limita la posibilidad de que tanto esta persona como su cuidador/a puedan asistir a intervenciones de salud mental. En esta línea, se visibiliza una inequidad en el acceso a servicios de salud asociada al género, ya que son principalmente las mujeres quienes asumen el rol de cuidadora de los miembros de la familia que presentan una situación compleja de salud tanto física como mental, situación que limita sus posibilidades laborales y absorbe la mayoría del tiempo disponible (Vaquirio y Stepovich, 2010).

El traslado también es un factor importante que influye en la en la posibilidad de que las personas puedan asistir a los centros de salud a recibir cualquier tipo de servicio. Como menciona una de las entrevistadas, el gastar dinero en pasajes para asistir al centro, es un recurso con el cual no todas las familias cuentan. En este sentido cabe destacar que gran parte de la población usuaria del COSAM de Pudahuel, se encuentra en una situación de vulnerabilidad social según la ficha de protección social (COSAM, 2019), esto nos permite pensar que la vulnerabilidad social y las desigualdades socioeconómicas son un tema indispensable al momento de analizar las posibilidades reales de las familias para acceder no solo a intervenciones familiares, sino que a cualquier tipo de intervención de salud mental. Respecto a lo anterior, Miranda (2018) propone que la pobreza y vulnerabilidad social es un factor estresor adicional para la salud mental de las personas, expresando que existen diferencias en el desarrollo de la salud mental de niños que son parte de una familia en donde se encuentran los recursos materiales y educativos necesarios asegurados, en contraposición a niños que se desarrollan en familias en donde las condiciones materiales son difíciles de satisfacer, existiendo constante tensión, angustia y conflicto (Miranda, 2018).

Se puede inferir entonces que las condiciones socioeconómicas son un factor que influye en el desarrollo de la salud mental, pero que además influye en la posibilidad de acceso a intervenciones de este tipo, ya que es probable que una familia que no tiene los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas no considere como prioritario asistir a una intervención de salud mental, esto genera desigualdad de oportunidades para recibir una atención oportuna en salud mental. Sumado a esto, Sarmiento (2017) señala la importancia de considerar cómo influyen las condiciones socioeconómicas en la salud mental de las personas, en donde la situación de pobreza genera mayores probabilidades de desarrollar malestar psíquico y emocional, y a la vez este malestar genera dificultades laborales, estigma y desempleo, por lo tanto, es un círculo vicioso que atrapa a las personas

existiendo bajas posibilidades de salir de esta situación (Sarmiento, 2017), en este sentido, la pobreza aumenta las posibilidades de desarrollar problemáticas de salud mental, pero a la vez genera condiciones limitantes para acceder a atención en salud mental.

Otro punto que resulta relevante de discutir se relaciona con la posibilidad que tienen las familias de realizar una demanda espontánea de intervención familiar. En el sistema público de atención, una familia usuaria no puede solicitar por demanda espontánea una terapia o intervención familiar, lo cual sí es posible en contexto de salud privada. Como se ha mencionado antes, el sistema de cobertura estatal para la salud mental es a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES), que no logra cubrir todas problemáticas de salud mental y ofrece una cantidad limitada de prestaciones, lo cual es insuficiente para garantizar el acceso a la población a todas las prestaciones necesarias para recuperar y mantener la salud mental en un contexto socioeconómico desfavorable (Vukusic y Bravo 2020).

Por otra parte, los prejuicios e ideas sobre salud mental fueron señalados por profesionales del COSAM como un factor que influye en la decisión de las familias para asistir a intervenciones familiares. Según las entrevistas realizadas, profesionales perciben que existe una idea individualizante sobre la salud mental por parte de usuarios y sus familias que entiende los problemas de salud mental como algo que cada persona debe resolver por sí mismo, por lo tanto, el involucramiento de la familia en los tratamientos no es visto como algo fundamental, lo cual se puede asociar al predominio de una visión médica de la salud mental en donde priman las categorías diagnósticas, y en donde muchas veces las familias también se apropian de estos discursos médicos, generando mayor estigmatización y aislamiento incluso en el núcleo familiar (Solano y Vásquez 2013, Cea-Madrid, 2015). Esta visión influye en la posibilidad de realizar intervenciones familiares sobre todo en el área de intervención de adultos, ya que además estos pueden decidir si sumar o no a sus familias en los tratamientos de salud mental, y esa decisión es respetada por los y las profesionales, sin embargo, para el área infanto-juvenil también es un factor limitante, ya que aunque en los tratamientos se incluya a cuidadores o padres, estos no siempre problematizan la relación entre los vínculos y relaciones familiares, con el cuidado y desarrollo de la salud mental de niños y adolescentes.

Sumado a lo anterior, los profesionales entrevistados mencionan por una parte, el miedo de usuarios y sus familias a sentirse estigmatizados, y por otra parte, desde el ámbito del trabajo social, el miedo a asistir a una intervención familiar y ser juzgados incluso judicializados, esto se relaciona con lo propuesto por Miermont (2014), quien considera que uno de los factores que complejiza las intervenciones familiares, es la percepción que

puede tener la familia de sentirse criticados o catalogados como disfuncionales por los profesionales, lo cual genera una sensación de frustración y poca credibilidad hacia este tipo de intervenciones (Miermont, 2014).

Finalmente, se puede decir que las ideas sobre salud mental que priman aún en los equipos de salud mental y en la población usuaria, limitan las posibilidades de realizar intervenciones familiares, a lo que se suma las condiciones estructurales del sistema económico que genera desigualdades e injusticia social, limitando la posibilidad de acceder a intervenciones familiares a familias más vulnerables, que son justamente gran parte de la población atendida por el COSAM de Pudahuel.

6.3 Accesibilidad limitada para las intervenciones familiares en Centros de Salud Mental Comunitaria, facilitadores y esfuerzos del COSAM Pudahuel

Las intervenciones familiares fueron bien valoradas por profesionales entrevistados, considerando que son “buenas”, “potentes”, “efectivas” lo que coincide con la evidencia que apoya la importancia de incluir a las familias en los tratamientos de salud mental y con el enfoque familiar propuesto. Sin embargo, los profesionales entrevistados perciben también que el acceso que tienen las familias usuarias a estas intervenciones es “insuficiente” o “limitado”, a causa de los distintos factores antes mencionados.

Para comprender el acceso a las intervenciones familiares es necesario considerar todos los factores que inciden en este, y que determinan la posibilidad real que tienen personas y familias usuarias para recibir cualquier tratamiento de salud. Según el modelo de Tanahashi, el proceso para lograr una cobertura efectiva de en materia de salud, cuenta de cuatro etapas: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad del Servicio y Contacto (Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado y Vega, 2013).

Las tres primeras etapas de este modelo nos permiten analizar los factores que inciden en la accesibilidad que tienen personas y familias usuarias a las intervenciones familiares en contexto de atención secundaria en salud mental. En cuanto a la Disponibilidad, profesionales entrevistados consideran que existe una alta demanda que es imposible de cubrir, por lo tanto, las intervenciones familiares se priorizan para aquellas familias que más lo necesiten, a lo que se suma la baja probabilidad de contar con los espacios físicos adecuados para realizar este tipo de intervenciones, lo que nos permite pensar que ya en esta etapa comienzan las limitantes para recibir intervenciones familiares.

Luego, en relación a la etapa de Acceso, profesionales entrevistados identificaron que las condiciones laborales, tiempos disponibles, posibilidades de traslado y dificultades financieras de usuarios y familias son un factor que limita las posibilidades para asistir a intervenciones familiares.

En tercer lugar, en la etapa de Aceptabilidad de los servicios, los profesionales entrevistados perciben que una de las barreras para realizar intervenciones familiares, son los prejuicios presentes en usuarios y familias sobre este tipo de intervenciones, relacionados a una visión individualizante de la salud mental, y a sentimientos de vergüenza, miedo a la estigmatización o a ser juzgados.

Tanto los factores relacionados con la implementación del modelo y del enfoque familiar, como los factores sociales, económicos y culturales antes mencionados, influyen y se relacionan con el acceso efectivo a las intervenciones familiares. Por una parte, el insuficiente desarrollo conceptual del modelo, el escaso apoyo técnico para profesionales, recursos limitados e infraestructura inadecuada, afectan la disponibilidad de intervenciones familiares como una prestación posible para todas las familias usuarias que las requieran. En segundo lugar, los factores sociales, económicos y laborales, influyen en la posibilidad de acceder a intervenciones familiares, aun cuando existiera una disponibilidad suficiente. Por último, las creencias, prejuicios y falta de información de personas y familias usuarias determinan la decisión de asistir a las intervenciones incluso si existieran las condiciones sociales, laborales y económicas, es decir, todos los factores que se han discutido se relacionan entre sí, dando como resultado escenarios desfavorables para la práctica de intervenciones familiares.

En el caso del COSAM de Pudahuel, a pesar de estos escenarios, la atención en salud mental está basada en los enfoques postulados por el MINSAL, y además en un enfoque sistémico-ecológico (CODESAM, 2020) lo que permite pensar que la mirada familiar es algo que se propone y fomenta en este centro. Los profesionales entrevistados mencionan que uno de los facilitadores para las intervenciones familiares propios del COSAM, es el enfoque sistémico relacional que prima en los profesionales, que permite una constante mirada familiar al momento de intervenir. También mencionan diversos esfuerzos técnicos como lo son los planes de tratamiento que incluyen objetivo familiar, o los códigos para informar las prestaciones en donde se pueden registrar los distintos tipos de intervenciones familiares que se realizan en el centro, esto permite monitorear la cantidad y frecuencia en que se dan estas intervenciones. En relación a esto último, a pesar de los esfuerzos del COSAM, no

existe en el sistema de registro de información al MINSAL una suficiente diferenciación y visibilización entre las actividades grupales realizadas, ya sean estas con familias o con la comunidad, esto genera que exista una serie de actividades que no queda registrada en el sistema (MINSAL, 2018), por lo tanto, aunque el COSAM de Pudahuel cuantifique y monitoree la cantidad de intervenciones familiares que se realizan en el centro, esta información luego no queda especificada para ser analizada y evaluada.

Por otro lado, a pesar de que ya se ha mencionado como las distintas ideas y prejuicios sobre salud mental inciden en la decisión de asistir a intervenciones familiares, existen características propias del COSAM que facilitan la participación de la población usuaria en las distintas intervenciones de salud mental, estas son referidas por los profesionales entrevistados como cercanía y buen trato por parte de todos los trabajadores y funcionarios del centro hacia usuarios y sus familias, lo cual influye en la forma en que estos se vinculan con el centro, generando una sensación de inclusión y acogida desde el primer ingreso. Un estudio cualitativo busco conocer percepciones y expectativas que inciden en la vinculación que tienen usuarios con los centros de atención psicosocial en Brasil, los resultados mostraron que, para los usuarios entrevistados, el vínculo afectivo que se da con profesionales influye en la vinculación y la adhesión a los tratamientos, en donde una percepción de un trato acogedor, comprensivo y respetuoso favorece positivamente el vínculo entre usuarios y el centro (Álvarez, 2019). Si pensamos en lo anterior, el trato y cercanía que ofrece el COSAM de Pudahuel a usuarios y sus familias puede contrarrestar la sensación de desconfianza o miedo a ser estigmatizadas que puedan tener las familias al momento de ser atendidas.

En cuanto a los horarios e infraestructura disponible para realizar intervenciones familiares, los profesionales entrevistados refieren que por parte del COSAM se intenta siempre ofrecer opciones y flexibilidad para que las intervenciones familiares puedan ser practicadas, sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, siempre existirá un problema más amplio y estructural que sobrepasa las posibilidades de acción del centro y sus profesionales, lo que permite pensar en que si bien los factores facilitadores propios del COSAM identificados por profesionales entrevistados facilitan las intervenciones familiares, no son suficientes para contrarrestar los factores que las limitan.

7. Conclusiones

Los resultados de esta investigación permiten suponer que los escenarios en los cuales se practican intervenciones familiares en contexto de atención especializada en salud mental pública son adversos. Esto debido a que se componen de una serie de factores limitantes que influyen tanto en la posibilidad de los Centros de Salud Mental Comunitaria para ofrecer esta prestación, como en el acceso efectivo para las familias y la aceptabilidad que estas le otorguen.

Aunque la evidencia y el modelo de atención en salud propongan la importancia de intervenir familiarmente en salud mental, los esfuerzos concretos para fortalecer un enfoque familiar en este ámbito parecen ser insuficientes. Para cambiar estos escenarios, y construir un panorama más favorable para las intervenciones familiares en salud mental, se requiere un cambio profundo que incluya la participación tanto de las autoridades de salud, como de la sociedad civil, en la construcción de políticas públicas orientadas a garantizar el acceso para la población usuaria y sus familias, a reducir inequidades, disminuir la estigmatización, y mejorar los recursos disponibles. Esto último implica no solo aumentar el financiamiento, sino que distribuirlo de forma consecuente con los modelos y enfoques de atención en salud mental, considerando que las personas son más que su diagnóstico. Además de lo anterior, es necesario financiar intervenciones familiares que busquen el bienestar mental y la recuperación de las personas usuarias y sus familias, teniendo como eje el enfoque de derechos, la autonomía, participación e inclusión social.

Por último, es importante mencionar que esta investigación fue un estudio específico de caso, que buscó conocer las percepciones de profesionales de la salud mental que se desempeñan en el COSAM de Pudahuel, en donde se declara abiertamente un enfoque sistémico y familiar. Esto constituye un factor facilitador para las intervenciones familiares, como también lo es el trato cercano y acogedor hacia usuarios y sus familias por parte del COSAM. Estas características propias del centro favorecen las intervenciones familiares, a pesar de los escenarios adversos. En este sentido, podríamos preguntarnos: ¿Qué sucede con los otros COSAM del país que no tienen un enfoque sistémico familiar? ¿Cómo influye en los escenarios posibles para las intervenciones familiares el tipo de administración, la visión, ubicación geográfica y características propias de la población usuaria de los distintos Centros de Salud Mental?.

Por otra parte, esta investigación busco abordar la temática de las intervenciones familiares en contexto de salud pública desde la percepción de profesionales de la salud mental. Sin

embargo, sería relevante conocer cuál es la percepción de las familias usuarias sobre esta temática, explorando qué piensan sobre el acceso, sobre la disponibilidad de servicios y cuáles son sus necesidades y propuestas para mejorar esta situación. Son preguntas que pueden ser reflexionadas y atendidas en próximas investigaciones.

8. Referencias

Acero, A. Cano-Proust, y Canga, A (2016) Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: Un estudio cualitativo en Navarra. *An. Sist. Sanit. Navar* 39(2) pp 203-212.

Alvarez, P. E. S. D. (2019). Percepciones y expectativas que inciden en la vinculación de los usuarios a los Centros de Atención Psicosocial en Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e190117.

Ardila, S (2009) El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica, consideraciones desde lo psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol 38, n°1, pp 114-125.

Astudillo-García. I, Vizcaino-Cevallos. H, Delgado-López. D, Calderón-López. E y Saltos-Montes. P (2019) Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. *Revistas Dominio de las Ciencias*, Vol 5, N°2, pp. 275-297.

Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1 (2), 46-51.

Builes, V y Bedoya, M (2008) La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol 37, n°3, pp 344-354.

Carrasco, J (2015) Una historia de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile, a partir de las transformaciones neoliberales en el periodo 1980-2010. En A. Arruda Leal Ferreira, A. Molas y J. Carrasco. *Tecnología, Psicología e Sociedade*. (171-192) Rio de Janeiro, Brasil: NUA.

COSAM Pudahuel (2019) Memoria CODESAM 2019.

COSAM Pudahuel (2020) Propuesta técnica 2020 COSAM-CODESAM Pudahuel.

Cea-Madrid, J (2015) Metodologías participativas en salud mental: Alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y crítica de la psicología*. Recuperado en <http://www.teocripsi.com/ojs/>

Cea-Madrid, J (2020) Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saúde e Sociedade*. Vol 29, n°3.

Egaña, D y Barría, S (2015) La familia como categoría difusa en el sistema de salud chileno. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 31(3) pp 363-375.

Fernández Chaves, Flory (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (96),. [fecha de Consulta 27 de marzo de 2022]. ISSN: 0482-5276. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A (2009) Capítulo 8. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En Rodríguez J (ed), *Salud Mental en la Comunidad: Organización Panamericana de la Salud*, serie PALTEX. Washington.

García, A y Rodríguez, J (2005) Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, n°18, pp 45-51.

García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, y Vargas I (2018) Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica*. <https://doi.org/10.26633>

Greve, C. (2001). Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de PUDAHUEL: Abordaje Integral de la Violencia Intrafamiliar. In Presentation in Symposium.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmén Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J (2013) Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3):223–9.

Jiménez-Molina, Á., Abarca-Brown, G., & Montenegro, C. (2019) “No hay salud mental sin justicia social”: desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 57(1-2), 7-20.

López J, Blanco F, Scandroglio B, Rasskin I (2010) Una Aproximación a las Prácticas Cualitativas en Psicología desde una Perspectiva Integradora. Papeles del Psicólogo, vol. 31, núm. 1, pp. 131-142.

Louro, I (2003) La familia en la determinación de la salud, Revista Cubana de Salud Pública, 29(1): 48-51.

Martic, D (2015) El lugar de la familia en la intervención clínica en centros de salud familiar (CESFAM) de la región metropolitana. Tesis de magister. Universidad de Chile.

Martín, E. Obando, D y Sarmiento, P (2018) La adherencia familiar en el trastorno mental grave. Revista Atención primaria, 50(9) :519-526.

Miermont, J (2014) Terapias familiares y enfermedades mentales complejas. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 6, 229-246.

Ministerio de Salud (1998) Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar. División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2005) Modelo Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2011) Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS) 2009. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2013). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2014) Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile: Segundo Informe WHO AIMS.

Ministerio de Salud (2017) Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2018) Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria, Unidad de Salud Mental. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2018) Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Trastornos del ánimo: Depresión y Bipolaridad I y II [internet]. Santiago de Chile; 2018, 33p. Disponible en: <https://goo.gl/oe2iV>

Ministerio de Salud (2019) Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Prevalencia de consumo de Alcohol el Chile. Santiago de Chile.

Miranda-Ruche, X. (2018). Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social.

Molina, M.L., y Scharager, J. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(3):149-59.

Olavarría, B (2009) Ensanchar las fronteras de nuestra comprensión sistémica acerca del surgimiento y configuración relacional de los trastornos de personalidad [Widening the boundaries of our systemic understanding of the emergence and relational configuration of personality disorders]. Apuntes de Psicología, 27(2-3), 305-320

Organización Mundial de la Salud (2022) Trastornos mentales, notas descriptivas. www.who.int

Parra López, R. (2019). Modelo de recuperación en Salud Mental: ¿es posible en Chile?. Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología Y Sociedad, 8(15), 65-79. <https://doi.org/10.54255/lim.vol8.num15.371>

Riveros, M.C. y Garzón, D.I. (2014). Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional y reconfiguración de identidades. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 6, 211-226.

Roldan, G. Salazar, I. Garrido, L y Cuevas-Toro, A (2015) Intervención psicológica grupal, basada en la aceptación y el entrenamiento en comunicación, con familiares de personas con trastorno mental grave. Anales de Psicología, Vol 31, n°3, pp 759-772.

Rodríguez, M y Peláez, J (2013) Terapia familiar en los trastornos de personalidad [Family therapy in personality disorders]. Accion Psicologica, 10(1), 75-84.

Rojas, I. (2017). Opiniones sobre el modelo de salud mental comunitaria en Chile (Doctoral dissertation).

Saldivia, S (2016) Prevalencia y variables asociadas a trastornos mentales comunes en atención primaria en la región de Concepción. Tesis de Magíster, Universidad de Chile.

Sarmiento Suárez, M. J. (2017). Salud Mental y desarrollo. *Medicina (Bogotá)*, 246-254.

Sisto, Vicente. (2009). Cambios en el trabajo, identidad e inclusión social en Chile: Desafíos para la investigación. *Universum (Talca)*, 24(2), 192-216. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762009000200011>

Solano, M y Vásquez, S (2014) Familia en la salud y enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4) pp 194-202.

Superintendencia de Salud (2022) Listado de Prestaciones GES. <https://www.supersalud.gob.cl/> Recuperado el 09 de Julio de 2022 de <https://auge.minsal.cl/website/doc/LEP.pdf>

Torres, R. & Sepúlveda, R. (2001). Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile. En: Curso de Educación Continua en Psiquiatría y Salud Mental: 2001. Santiago, Universidad de Santiago de Chile.

Vaccari, P. Astete, M. y Ojeda, P (2012) Desinstitucionalización de la salud mental pública en Chile: Nuevos desafíos y algunos ejemplos sobre la experiencia del centro comunitario de salud mental (COSAM) y del hospital de día (HD) en la comuna de concepción. *Revista Pehuén*. Vol 2, n°1, pp 83-107.

Vargas Parada, D. (2011). Centro de integración social laboral: — espacio para pacientes con trastorno mental severo ya compensados. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/100373>

Vaqui Rodríguez, Sandra, & Stiepovich Bertoni, Jasna. (2010). CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>

Wagner, M y Fernando, J (2009) La visión de la familia sobre el trabajo de los profesionales de la salud mental en un Centro de Atención Psico-Social.

9. Anexos:

9.1 Pauta de entrevista individual para profesionales de la salud mental

A) Conocer cuál es el rol de la familia en la salud mental de sus miembros:

-Rol de la familia en la salud mental:

1) En tu opinión, ¿Cuál es la relevancia de la familia para el desarrollo de la salud mental en sus miembros?

2) ¿Qué rol crees que cumple la familia en la salud mental de sus miembros?

3) ¿Cómo crees que se va adaptando este rol en las distintas etapas del ciclo vital? (niñez, adultez, adultez mayor)? (Aquí pretendo descubrir si hay diferencias en el rol, si este va cambiando en el tiempo, o se mantiene)

3) ¿Cuáles crees que son las diferencias en el rol que cumple la familia según las distintas problemáticas de salud mental? (por ejemplo, adicciones, trastornos emocionales, de la personalidad, u otras problemáticas)

4) ¿Qué rol crees que cumple la familia específicamente en las intervenciones de salud mental? (acompañamiento, cuidado, red de apoyo, unidad de intervención, etc.)

B) Caracterización de las intervenciones familiares:

Características de las intervenciones familiares:

5) ¿Qué entiendes por intervención familiar en el ámbito de la salud mental? (una terapia familiar, acompañamiento, psicoeducación, sesión individual con participación de familiares u otra cosa)

6) ¿En qué consisten las intervenciones familiares? (qué se hace o cuál es el objetivo de ese espacio)

7) ¿Cómo son convocados los participantes en estas intervenciones los miembros de la familia? (quienes estén interesados, se cita a algunos miembros de acuerdo a la problemática, se convoca a todos y cada uno decide si participará o no)

8) ¿Cómo te parece que es la frecuencia y duración de las intervenciones familiares?

Condiciones necesarias para la realización de intervenciones familiares:

9) ¿Qué condiciones físicas/estructurales te parece que son necesarias para realizar este tipo de intervenciones?

10) ¿Qué conocimientos o experiencia crees que deben tener los y las profesionales que realizan este tipo de intervención?

11) ¿Bajo qué criterios se decide realizar una intervención familiar? (diagnósticos determinados, programas determinados, rescatar información en un caso individual, otros)

12) En tu opinión, ¿Qué condiciones deben darse para que se pueda realizar una intervención familiar?

C) Valoración de las intervenciones familiares:

Valoración en relación al acceso:

13) ¿Cómo te parece que son las intervenciones familiares en términos de accesibilidad para las familias? (son de difícil o fácil acceso)

14) En tu opinión ¿Qué factores o circunstancias podrían dificultar el acceso que tienen usuarios/as a las intervenciones familiares?

15) Desde tu punto de vista, ¿Qué condiciones deben cumplirse para que una familia pueda acceder a una intervención familiar en el COSAM?

Valoración en relación a efectividad...

16) En tu opinión ¿Cómo te parece que es la efectividad de las intervenciones familiares?

17) ¿Qué diferencias te parece que puede haber en la efectividad de este tipo de intervenciones en relación a las distintas problemáticas de salud mental? (pueden ser más útiles en adicciones, tal vez no tanto en otras problemáticas, por ejemplo)

18) ¿Cuán efectivas te parecen las intervenciones familiares en relación a otro tipo de intervención o prestación que otorga el COSAM? (psicoterapia individual, terapias grupales)

D) Barreras y facilitadores para la realización de intervenciones familiares:

En relación a las características administrativas, técnicas y estructurales de los centros:

19) ¿Qué condiciones crees que ofrece el COSAM en cuanto a infraestructura para la realización de terapias familiares? (espacios físicos necesarios para la realización)

20) ¿Qué condiciones crees que ofrece el COSAM en términos de flexibilidad horaria para coordinar intervenciones familiares ajustándose tanto a los horarios disponibles de los/las profesionales como de las familias, y del centro?

21) ¿Qué posibilidades de capacitarse o recibir orientaciones técnicas en relación a las intervenciones familiares ofrece el COSAM? (Aquí me refiero, desde la institucionalidad, no por iniciativa propia)

22) ¿Qué condiciones administrativas ofrece el COSAM para realizar intervenciones familiares? (Esto en relación a horarios, registro de sesiones y prestaciones)

23) ¿Cómo crees que influyen las condiciones financieras del COSAM en la realización de intervenciones familiares?

24) Desde tu punto de vista ¿Qué características propias del COSAM crees que pueden facilitar la realización de intervenciones familiares?

25) Por otra parte, ¿Qué características del COSAM crees que pueden ser una barrera para la realización de intervenciones familiares?

En relación a las creencias o premisas sobre salud mental y familia:

28) ¿Qué creencias o premisas crees que existen en torno a las intervenciones familiares?

29) ¿Cómo influyen estas creencias en los procesos de intervención familiar?

26) En tu opinión ¿Cómo las creencias en relación a la salud mental y familia pueden facilitar u obstaculizar las instancias de intervención familiar? (las creencias tanto de usuarias como de profesionales)

27) ¿Cómo te parece que podría influir la información que manejan las personas usuarias sobre salud mental y familia en la decisión de asistir a una intervención familiar?

30) Para finalizar, ¿Quisieras agregar algún otro factor obstaculizador o facilitador para las intervenciones familiares que no se hayan mencionado anteriormente en esta entrevista?

9.2 Documento de consentimiento informado.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Familia y Salud Mental: Los diversos escenarios en la práctica de intervenciones familiares en contexto de atención de salud mental especializada”.

I. INFORMACIÓN:

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Familia y Salud Mental: Los diversos escenarios en la práctica de intervenciones familiares en contexto de atención de salud mental especializada”. Su objetivo es conocer cómo son los escenarios en los cuales se practican las intervenciones familiares en el COSAM Pudahuel, desde la perspectiva de profesionales de la salud mental del COSAM. Usted ha sido invitado(a) porque actualmente trabaja en el COSAM y cumple con los requisitos necesarios para participar.

La investigadora responsable de este estudio es Fernanda Conde Lobos, estudiante de Psicología de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación en el estudio consistirá en realizar una entrevista de manera individual, en donde se abordarán temas relacionados con las intervenciones familiares en salud mental, esto con el objetivo de conocer cuáles son sus perspectivas respecto a esta temática. Debido al contexto sanitario, la entrevista se realizará de forma remota (a través de Google Meets, Zoom, u otra plataforma a convenir) o presencial, de acuerdo a lo que le resulte más cómodo y seguro, en una fecha y horario a convenir.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni compensación económica por participar en este estudio. Sin embargo, su participación permitirá generar nuevos conocimientos, que pueden aportar información relevante y nuevas perspectivas sobre la salud mental y las intervenciones familiares.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio ni para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán totalmente confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

Conocimiento de los resultados: Usted tendrá derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, cuando se haya concluido la investigación, se le enviará una copia del documento final a su correo electrónico si así lo desea.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a La investigadora responsable de este estudio:

Fernanda Conde Lobos

Teléfonos: **967488751**

Correo Electrónico: **fernanda.conde@ug.uchile.cl**

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “Familia y Salud Mental: Los escenarios de las intervenciones familiares en contexto de atención de salud mental especializada”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información _____

9.3 Transcripción de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud mental del COSAM Pudahuel.

Entrevista 1:

Contexto de ocurrencia:

Lugar: COSAM Pudahuel

Fecha: 06-12-21

Hora: 11.00 hrs.

Descripción de participante:

Psicóloga del COSAM Pudahuel que ocupa el cargo de subdirección con experiencia en VIF, lleva trabajando 10 años en el centro, bajo una modalidad de contrato indefinido.

Transcripción de entrevista:

Desde tu opinión ¿Cuál es la relevancia que tiene la familia en el desarrollo de la salud mental de sus miembros?

E1: De partida puede ser un rol positivo y un rol negativo, negativo en el sentido en que a veces las relaciones familiares pueden ser las que aumenten, intensifiquen, o gatillen sintomatología o reacciones, comportamientos, pero también la familia puede ser un factor protector y un recurso muy importante para las personas. Así que, desde ahí, para bien o para mal, la familia es importante. Muchas veces aquí cuando decidimos que casos se les da a los estudiantes en práctica, aunque haya sintomatología grave, pero si hay apoyo de la familia, sabemos que eso es mucho más fácil de trabajar, que un caso en que la familia no está apoyando en el tratamiento, entonces también en poder tomar decisiones clínicas, la presencia de la familia es importante.

Me hablabas de que existe un rol positivo y negativo, ese rol positivo que cumple la familia de apoyo, ¿cómo se va adaptando a lo largo del ciclo vital de las personas?

E1: Uh difícil porque claramente es más fácil acceder la familia cuando uno trabaja con niños, desde que además no son legalmente responsables de sí mismo por lo tanto uno debe incluir aunque sea a un cuidador en algunas decisiones importantes como derivar, o la devolución de las intervenciones, pero eso se va dificultando a medida que va avanzando la edad, yo creo que incluso, participación activa de la familia, por ejemplo en sesiones de adultos, debe ser muy poca versus lo que ocurre en el área infanto-juvenil. No creo que en términos de la conversación a cerca de la familia este tan ausente en adultos, como que, en sesión con solo el usuario, si se debe conversar harto sobre la familia, las relaciones, las consecuencias, pero creo que la forma, de partida estar presente en la sesión debe ser muy poco, muy poco. Porque además está esta lógica de la confidencialidad, de que el usuario también va decidiendo quien participa y quien no, hay otros factores también a considerar que a propósito de la población con la que trabajamos, en los adultos que los turnos de trabajo, que tanto pueden participar, porque si el usuario ya pidió permiso para su trabajo, que además pida permiso el familiar, dependiendo de las condiciones laborales también es más difícil.

Es muy interesante este tema y lo vamos a profundizar después porque influye mucho en cómo pueden participar o no las familias. Pero ahora que me hablabas de como varia el rol de la familia a lo largo del ciclo vital, me gustaría preguntarte ¿Crees que tal vez existen cambios o adaptación en el rol que cumple la familia, en relación a las distintas problemáticas de salud mental? ¿Cómo va variando este rol?

E1: Si, si, o sea de partida yo pienso en los tipos de diagnósticos, o de sintomatología, o dificultades de nuestros usuarios, por ejemplo, en el área adultos que ya vimos que es distinta la participación,

pero si pienso en los usuarios de TPM, dónde son personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico mayor, esquizofrenia... El rol de la familia es importante porque son sus cuidadores, ocupan un rol de repente más parecido a un padre más presente en el caso de niños, a propósito de las capacidades o herramientas que tiene la persona para desempeñarse. Creo que también pasa que, si bien eso puede ser un trastorno que inhabilita a las personas en algunas actividades aunque la sintomatología actual puede no ser tan grave, por ejemplo si otra situación es cuando la sintomatología es muy grave, entonces, la familia si recurre uno mucho a ella para que estén más presentes, desde riesgo suicida, administración de fármacos si es que ha habido intento suicida con fármacos, o en casos de las personas con trastorno afectivo bipolar, cuando están en fase de sintomatología muy intensa, como la fase maniaca, creo que ahí también va graduándose quien puede participar aunque uno diga que en adultos la participación es menor que en tratamiento de niños.

Claro, entiendo. Bueno, ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre la caracterización de las intervenciones familiares. ¿Qué son o cómo entiendes tú las intervenciones familiares en el ámbito de la salud mental?

E1: De partida las intervenciones para mí en el ámbito familiar pueden implicar tanto que yo intervenga directamente con un familiar, o que yo intervenga en las relaciones familiares, dinámicos o incluso rutinas familiares que puedan estar afectando, por lo tanto, implica si yo considero de forma presente o invocada un familiar de la persona en la intervención que estoy realizando.

Entiendo, pero en el caso de que tu decidas hacer una intervención familiar ¿cómo son convocados los participantes de esta instancia?

E1: Cómo lo he hecho, ha sido a través del usuario, incluso muchas veces el usuario participa del diseño de la sesión, cuando convoco a familiares. Cuando el nexo entre la persona o el usuario no quiere hacerlo directamente, yo me he comunicado con los familiares, o en el trabajo con niños con el adulto, nunca he hecho algo tan formal, simbólico y también que genere más impacto, como enviar invitaciones, que también se puede hacer, pero no he llegado a eso, pero si he tenido que invitar yo misma a familiares para comentarles mi intención, del porque los quiero invitar, que les haga sentido y lo entiendan, porque a veces también pasa eso, que algunos familiares no entienden el porqué, porque si bien uno a veces puede considerar necesarias las intervenciones familiares, o ver la problemática de forma familiar, eso no siempre significa que para el resto de la familia se entienda igual, y eso nos pasa tanto con niños como con adultos, por ejemplo, de que la familia dice “ya pero para que tengo que ir yo, si el problema lo tiene el, el que se porta mal en el colegio es el niño”, ahí es más difícil, entonces la motivación de la otra persona, o de su participación en términos de apoyo, que este al tanto de que se trata el tratamiento, eso va implicando cuanto más activa o más directa soy al momento de invitar a participar.

Bueno, otra pregunta sobre este aspecto es ¿cómo te parece que son en términos de frecuencia y duración las intervenciones familiares?

E1: De duración creo que en general... bueno aquí atendemos cada 45 minutos y creo que esa duración para una intervención familiar es poquito, justamente uno tiene que permitir que en los distintos momentos de la sesión participen todos, porque uno no los trae a que sean testigos, creo que en general nos quedamos cortos con el tiempo o en algunos casos hemos decidido alargar el tiempo, me refiero hemos decidido, a que cuenta ya como decisión propia de cada profesional de alargar a veces esas sesiones como a hora un cuarto, hora y media... y la frecuencia yo creo que

en general depende del objetivo a tratar, si, lo que aquí ha pasado es que en ocasiones hemos recurrido a los alumnos en práctica justamente para tratar de trabajar con familias, o para acompañarnos en sesiones familiares, porque eso es lo otro también, sesiones familiares implican mayor desafío terapéutico para el terapeuta, así que en general, son sesiones en que a medida que va aumentando la cantidad de personas tratamos de hacerlo acompañados de alguien, y propósito de la presencia de estudiantes es práctica, es que logramos que la frecuencia aumente, porque si no, es difícil, pensando que aquí ya los profesionales pueden atender a una persona cada dos o tres semanas, si eso implica que cada cuatro sesiones haya una intervención familiar, eso quiere decir que cada tres meses toca una intervención familiar.

Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre las condiciones necesarias para intervenir con familias, entonces la primera pregunta es, según tu punto de vista, ¿Qué condiciones físicas o estructurales del espacio son necesarias para la realización de intervenciones familiares?

E1: De partida siento que debe ser que permita... que sea un espacio en que las personas no se sientan apretadas, es decir un espacio en que quepan todas las personas, pero además pensando en algunas de nuestras salas, que tienen escritorios tipo médico, oficina, que no son las más adecuadas, y yo creo que cuando las personas han hecho, incluso yo creo que cuando estudiantes en práctica piensan hacer una intervención familiar buscan salas más amplias, que permitan que haya más una circularidad, o una amplitud, de que alguien porque quedo más alejado de la mesa no sienta que quedo fuera del setting ¿no? Como los muebles también ayudan un poco a entender quienes están aquí y cuál va a ser el rol.

Eso es super importante me parece, el espacio. Ahora por otra parte, desde tu punto de vista ¿Qué conocimiento, experiencia o habilidad debiesen tener los profesionales que realizan este tipo de intervenciones?

E1: De partida creo que tener la capacidad como de mediador, mediadora, porque muchas veces las familias pueden traer, o sea, van a ser voces distintas, pero que impliquen opiniones distintas y a veces, en contra quizás de otra opinión que también aparezca en sesión, por lo tanto, hay que ser responsable en que uno no solo hace preguntas para que aparezca información, sino que también uno tiene que hacerse cargo de lo que está pasando relacionamente en sesión a propósito de la información que uno saca con las preguntas, que es distinto también a lo que pasa individualmente, que es aquí no más, pero hay que poner ojo en lo que pasa con lo que tú dices, con lo que dice la persona que está al lado, poder mirar, por eso yo creo que la disposición física es importante, poder mirarlos a todos, las caras que pusieron mientras uno hablaba, y así poder reflejar cosas guardadas, porque justamente me imagino que la idea cuando uno invita a personas es poder conversar entre todos, y aprovechar esa instancia para hablar temas que la familia a lo mejor no hable en espacios cotidianos, a veces uno hace eso, como que esta familia uno siente que tiene que conversar ciertos temas y no lo hacen, entonces uno ofrece el espacio terapéutico para poder hacerlo, y hacer de mediadora, ya que como te decía, parece ser que les cuesta por algo, saber resolver los conflictos y poder parar cuando los temas se ponen más álgidos o las opiniones o las reacciones, porque no es la idea que la sesión se vuelva un campo de batalla, y en eso considera que si bien uno ha sido terapeuta de un miembro de la familia, y eso sigue siendo una relación terapéutica importante, pero no por eso, no podemos hacer sentir a los otros como extras o que vienen en desventaja, por lo tanto, yo creo que nos demanda mucha más habilidad poner ojo en quienes estamos invitando, para que se sientan gratos, y justamente con la idea de que se sienten invitados a participar y no que sea una mala experiencia que después por lo tanto decidan quizás no participar más en otras instancias,

o no apoyar más el tratamiento, a propósito de cómo se sintieron en la sesión, entonces también creo que es una habilidad más estratégica como del terapeuta, como que este enfocado en distintos niveles, porque hay distintos objetivos en la sesión, el objetivo terapéutico, pero además el objetivo de relaciones y vínculos, si acaso yo quiero de esa manera enganchar a un familiar en el tratamiento.

Y desde tu punto de vista, ¿dónde se aprende o desarrollo esa habilidad?

E1: Ay yo creo que en la vida (risas), sí, yo creo que es difícil porque claramente son habilidades blandas que yo me imagino que uno podría aprender en términos de formación en talleres, role playing, situaciones así, uno también pudiera leer al respecto pero también hay que ponerlo en la práctica porque hay que ver también como uno maneja las emociones, como se posiciona frente a la rabia en sus espacios cotidianos, a los conflictos, frente a la autoridad, si es que hay una persona en el sistema familiar que tiene mucho poder, cómo uno se liga con eso. Yo creo que se va desarrollando en la práctica.

Ahora te quiero preguntar ¿bajo qué criterios se decide realizar una intervención familiar?

La verdad que aquí en el centro no tenemos criterios comunes ni protocolizados, así que probablemente yo podría hablar como un general, a propósito de como yo decido, mi trabajo en general, la mayoría de mi trabajo clínico siempre estuvo ligado a violencia intrafamiliar, para mí eso no estaba en duda, el convocar a la familia, porque estaba afectada la familia, probablemente, quien estaba en decisión y ahí dependía del caso a caso, era la participación del padre, que en general era quien ejercía la violencia, pensando en violencia de pareja, de género, quizás el padre quedaba un poco fuera dependiendo las condiciones de su propio proceso, del vínculo, de garantizar la protección de las otras personas en el trabajo terapéutico, no porque hubiera agresiones físicas en sesión, sino también por lo psicológico, el relato, las palabras... por lo tanto, en general mi manera de ver el trabajo con niños, es que han sido los padres los que han dejado de hacer ciertas cosas, o no han podido, no se les ha ocurrido, no con una idea de juzgar, sino que a veces no han tenido las herramientas o no han podido desarrollarlas para favorecer el desarrollo normal de un niño a nivel emocional, o relacional, por lo tanto, para mí siempre está presente, invocar a los adultos en eso, desde el desarrollar habilidades parentales, desde que el niño sienta que puede contar con los padres, que ellos van a ser quienes le entreguen la seguridad y la protección, entonces en general cuando he trabajado clínicamente con niños la participación de los cuidadores siempre está considerada, para mí el trabajo individual con los niños es más para evaluar el sistema familiar, a través de los niños, y que sea el daño que tengan ellos, o las consecuencias que han tenido ellos, lo que me oriente en cuan prioritarias son algunas intervenciones o decisiones que tenga que tomar, sobre todo yo creo en temáticas de violencia, ese es mi punto, como la protección del niño, parto al tiro fortaleciendo el rol de la madre, estoy hablando estadísticamente de las familias que uno recibe en violencia, uno fortalece el rol de la madre cuidadora, protectora, uno también hace el trabajo a propósito de la misma historia de violencia de ella, o también uno deriva a alguien más especializado en el tema, y de a poco empiezo a ir involucrando al padre, para que pueda ir retomando la relación con los hijos de una forma respetuosa y sana, pero si no también, otro criterio para involucrar a la familia, es si veo que el adulto que atiende está en riesgo, el donde necesito delegar, porque eso también es importante considerar, cuando hay que delegar el cuidado de la persona fuera del espacio terapéutico, que no puede recaer en uno, ahí uno debe contar con el apoyo de la red familiar, y por lo tanto ahí sí, hay que incluir a alguien.

Con lo que me dices me parece que, aunque no haya un criterio fijo como centro, cada uno de ustedes decide en qué casos es necesario estas intervenciones, y me da la impresión de que eso puede tener que ver como la forma que cada uno hace o ve la terapia.

E1: Probablemente sí.

Bueno, última pregunta de este ítem, ¿Qué condiciones te parece que deben darse para que se realice una intervención familiar? Pueden ser condiciones de cualquier tipo, económicas, administrativas, sociales, etc.

E1: Si de partida yo creo que ahí es cuando tu hablabas... cuando te mencione lo de los permisos de los familiares, hay que considerar, yo creo que uno, el tipo de relación que tiene cada persona y que no haya alguien que pueda agredir a otro en sesión, y de lo cual uno no pueda manejar, porque si bien yo te decía en denante, que uno debe ser mediadora y estar atenta a los posibles conflictos para poder bajar esos momentos, pero también si uno piensa que la presencia de cierta persona solo va a generar más conflicto, o daño o acciones violentas, uno no lo considera, y lo otro que pienso yo, eh... si, tiempo disponible, permisos, horarios, muchas veces para las intervenciones familiares, son horarios más tarde de lo que uno atiende en casos de niños o incluso de adultos, porque el horario en que todos puedan coincidir es el horario en que todos ya hayan vuelto de sus trabajos, hay algunos en que uno también puede emitir certificados para presentar en los trabajos para familiares de, pero no todos quieren hacerlo, no en todos los trabajos se acepta o muchas veces también las personas no quieren comentar en sus trabajos que la familia está participando en un tratamiento ya sea por la razón que sea, porque uno en el certificado no explicita el motivo pero igual hay trabajo en que es mal visto, a propósito de la salud mental y el tipo de trabajo que se realiza, que podría estar más afectado, por lo tanto, yo creo que el horario en que se hace, dependiendo a quien uno quiere convocar es importante, es muy importante, y lo otro yo creo también, es tener claro quiénes van a venir, cual es el rol en la familia, y por lo tanto no estar invitando por invitar, porque a la persona no le hará sentido estar en sesión y a uno también le va a costar considerar a la persona en las preguntas en las conversaciones, y no queremos eso tampoco, porque además uno está sosteniendo al usuario cierto, al paciente, por lo tanto hay que ser cauteloso con quienes estamos compartiendo y quienes están invitados al espacio terapéutico.

Igual cuando me dices esto pienso que debe haber muchos factores que deben confluír para que se realice la intervención familiar. Ahora voy a hacerte unas preguntas sobre la valoración que se le da las intervenciones familiares, ¿Cómo te parece que son en términos de accesibilidad para las familias que necesitan este tipo de intervenciones?

E1: En qué sentido... como ¿cuán accesibles son?

Claro.

E1: Que tan accesibles... bueno pienso como acceso a propósito de factores del centro, también en factores como externos, yo creo que el único factor que puede hacer que alguna familia que necesita o se pueda beneficiar de intervenciones familiares y no la reciba a veces tiene que ver con los horarios de los profesionales, porque los profesionales están contratados por horarios y trabajar una hora extra o fuera del horario implica también consecuencias laborales, como va a ser consignado eso, se paga hora extra o no, no depende solo de la disposición o del compromiso del terapeuta con la familia, que no implica que no este, pero tenemos otra patita que es importante considerar, que con los estudiantes en práctica eso se suple porque ellos vienen en un modo en que flexibilizan sus

horarios, entonces ellos se acomodan a los horarios de las familias, de los usuarios, entonces es muy posible que los casos de los estudiantes en práctica tengan mayor cantidad de intervenciones familiares que los casos de profesionales. En términos como de factores propios de las personas o las familias, creo que también solo depende la motivación, del tipo de vínculo con el usuario, y su posibilidad en términos de horarios.

Desde tu punto de vista, bueno esto ya lo hablamos, y no quiero que sea repetitivo, pero al parecer para garantizar el acceso son distintos factores, de horarios, del centro, de las familias etc., que influyen en el acceso...

E1: Claro, hay familias en donde tienen que dejar los niños que no van a participar de la sesión con otros adultos...

Además del tema de los horarios y las posibilidades de cada familia, ¿crees que haya otro factor que pueda incidir en el acceso?

E1: Yo creo que pensando en acceso desde el punto de vista de cómo la institución puede facilitar eso, lo único que se me ocurre, es que eso dependa de la mirada que tenga cada profesional, de la problemática, porque como yo te decía, no hay criterios comunes, entonces si bien uno confía en que hay ciertas situaciones o ciertos factores en que podríamos estar todos de acuerdo en convocar a familias, pero si esos factores no son tan claros, y depende solamente de como yo miro la problemática, cuan relacionalmente lo miro, creo que ahí más depende del terapeuta, también yo creo que parte del acceso y no es por echarle la culpa porque uno también puede trabajar eso es como a la persona le hace sentido que la familia participen en el tratamiento, y no es por echarle la culpa al usuario porque uno también puede trabajar eso en sesión, de poder darle a entender nuestra mirada, nuestra hipótesis relacional y que eso también de apoco vaya haciendo sentido.

Ahora en relación a la efectividad de las ¿Cómo te parece que son en términos de efectividad las intervenciones familiares?

E1: Uy yo creo que muy buena, muy buena. Yo cuando atendía a mis pacientes, no tanto de programas de violencia sino más bien del área infante juvenil, cuando venían con problemas emocionales pero no asociados a violencia, me aprovechaba mucho de los alumnos en práctica para que ellos vieran por ejemplo, si habían abuelas y madres presentes, que tenían la escoba en la coordinación de la crianza y yo sentía que eso afectaba el tratamiento de la niña, que trabajaran paralelamente eso, y eso lo podían hacer en cuatro meses y tenía un impacto considerablemente beneficioso a nivel familiar y en el tratamiento de la niña. O de repente yo sentía que necesitaba sesiones familiares entonces convocaba a estudiantes en práctica para que me acompañaran en sesiones familiares y hacíamos todos esos meses sesiones familiares, y cada cierto tiempo yo tenía control con el paciente índice a quien yo atendía para poder ir reportando en voz de él el impacto de las sesiones, pero son muy efectivas, muy efectivas creo yo, porque uno ya no está trabajando el síntoma, estas trabajando en otro nivel, en donde uno entrega habilidades relacionales, comunicación, que muchas veces son esas dinámicas las que gatillan o intensifican la sintomatología que uno la puede entender de alguna manera más individual, pero creo que al trabajar eso en una red de apoyo donde quizás entonces la sintomatología no va a ser tan importante, entonces yo creo que es una apuesta ganadora, pero cuan posible sea hacerlo o que sea solo eso la intervención, la frecuencia el impacto... las dificultades son que entonces uno ya no está trabajando con una sola persona, sino que con tres o cuatro, entonces ya tienes cuatro personas que no van al mismo ritmo, si uno ya habla del timing de un usuario, tienes cuatro timing distintos, por lo tanto, se complejiza un

poco más, es una montaña rusa con sube y baja más frecuentes, pero creo que totalmente vale la pena, porque la efectividad es muy notoria creo yo. Incluso nosotros lo veíamos cuando hacíamos intervenciones grupales con niños, apostamos, y eso es antes de que yo estuviera aquí, que los papás que esperaban en sala de espera a los niños que estaban en taller grupal, se pensó, ¿por qué no se invita a los papás? y se empezó a trabajar con los niños en una sala y con los papás en otra sala, y de vez en cuando habían sesiones en conjunto, y así po (chasqueo de dedos) de todas maneras, de todas maneras considerar a las familias en los tratamientos tiene un impacto considerable.

Y tú ¿crees que hay diferencias en la efectividad de las intervenciones familiares según el tipo de diagnóstico o problemática de salud mental?

E1: Si, o sea yo creo que la efectividad es la misma, solo que hay que pensar la efectividad con que objetivo ¿no?, porque hay que pensar que claramente con un usuario de TPM, que tiene esquizofrenia, la efectividad no va a resolver la esquizofrenia, pero si mi objetivo es, desestresar el conjunto familiar o poder aliviar la carga que se ponía más en un familiar y redistribuirla entre todos, y que eso favorezca que en la familia no hayan situaciones de tensión y eso facilita que el usuario tenga menos estrés, donde es más posible que se mantenga estable, claramente puede afectar. Pero si tengo un niño en donde el problema es el seguimiento de normas, en relación con pares y eso tiene que ver con habilidades parentales y estilo de crianza, eso se puede resolver, entonces yo creo que, si son efectivas, pero dependiendo de los objetivos, del diagnóstico o situación.

¿Cómo te parece que es la efectividad de las intervenciones familiares en relación a las otras intervenciones del centro?

E1: Yo creo que la terapia familiar puede tener un efecto similar a las intervenciones grupales, claramente en niveles distintos, lo grupal amplifica mucho lo que puede generarse en espacios individuales, porque tiene este impacto de que las personas encuentren a alguien en una situación similar, de que pueden ser entendidos, fortalecer redes, aquí nos ha pasado que los usuarios descubren que viven cerca, entonces, después de la primera sesión ya se empiezan a ir juntos, luego llegan juntos, después es como... no, x persona me comentó que no iba a venir, después cachan que son apoderados del mismo colegio, y son redes de apoyo importante que de igual forma, como la presencia de la familia puede aliviar algunas situaciones, la red de apoyo externa familiar, también favorece. Yo creo que no se si estaría en condiciones de medir cual es más efectiva que otra, porque cada cual tiene su efectividad y sus limitaciones, por lo tanto, la verdad yo no sé si... pero también ahí creo que esta el ojo del terapeuta, porque es el quien decide en conjunto con el usuario el plan de tratamiento, y luego dicen bueno, esta todo cumplido, pero yo siento que cada una de las intervenciones apunta ámbitos distintos, o se enfoca o dimensiona en áreas distintas, que igual pueden ser tocadas en espacios distintos, cuando uno trabaja individualmente, igual toca lo grupal en términos de redes sociales, y también uno toca las relaciones familiares, pero no las trabaja in situ. Si uno hiciera sólo intervenciones familiares, uno puede trabajar las emociones individualmente de las personas, pero si hay otros, es distinto a lo que uno puede profundizar cuando está en el espacio individual, entonces, yo no sé cuál es más efectiva, siento que son efectivas en distintos espacios, pueden ser más bien complementarias. Pero yo tendería a pensar que, si un tratamiento tiene las tres intervenciones, super.

Viene la última parte de la entrevista, queda poquito lo juro (risas) así que ahora hablaremos sobre barreras y facilitadores para las intervenciones familiares ¿Qué condiciones crees que ofrece el COSAM en específico en cuanto a infraestructura para las intervenciones familiares?

E1: En infraestructura yo creo que sus salas no están pensadas, incluso no están creadas bajo un anhelo, deseo, o postura de cómo vamos a hacer terapia, las salas están hechas no más, y los espacios terapéuticos que uno quiere o quiere crear se adaptan a la infraestructura que hay. Lo que si ofrece COSAM en términos de infraestructura, yo creo que ofrece distintos tipos de sala, por lo tanto, uno puede jugar con eso, si uno quiere una sala más amplia, puede optar a una sala más amplia, en donde no esté este escritorio en medio, en donde haya una mesa redonda, es posible salas que tengan mesa redonda, siento que en eso sí, q que tiene opciones, pero que todas las salas estén creadas en cómo queremos hacer la terapia, creo que no, creo que fueron creadas en algún momento y nos vamos adaptando no más.

Claro y me parece que esto se da en todos los centros de salud...

E1: Claro y piensa que nosotros somos solo un centro de salud mental, pero pensando en las APS o recintos hospitalarios, las salas son de uso común, entonces tienen lavamanos en la sala, porque los médicos necesitan lavarse las manos, está la camilla... sí, creo que es mucho más difícil, como que nosotros no estamos tan limitados en ese sentido, creo que son salas que invitan a no pensar tanto en lo médico y pensar otro tipo de cosas.

Claro, entiendo, ahora en cuanto a flexibilidad horarios ¿Qué condiciones ofrece el COSAM para coordinar horarios que se adecuen tanto a ustedes como profesionales, como también a usuarios y familias?

E1: En este momento el centro está abierto hasta las 7 de la tarde, eso implica dos horas menos de lo que era su horario normal, yo creo que eso va a cambiar ahora en enero, hemos ido aumentando progresivamente y con este horario de las 7, creo que lo aumentamos un poquito antes de que se eliminara el toque de queda, que eso dificultaba a nuestros trabajadores a movilizarse, si bien yo te digo que aquí la mayoría de los trabajadores, un 90% diría yo está contratado, solo un 10% está a honorario, el contrato esta especificado cuál es su horario, aquí no se pagan horas extras, pero si es posible flexibilizar, por ejemplo decir, mira yo hoy necesito hacer una intervención hasta más tarde, así que me quedo hora y media más, entonces otro día trabajo hora y media menos, pero esos son arreglos más internos, no es que quede registrado en términos más legales o administrativos, en términos contractuales digamos, entonces eso si es posible, pero depende de las posibilidades que tenga la persona, porque si tienen más trabajos, o temas familiares, de que necesiten ir a buscar a su hijo después del horario, eso va a ser imposible, pero el centro si ofrece posibilidades ya que está abierto hasta las 9 de la noche y eso permite que intervenciones familiares pudiesen ser de 8 a 9, ahora igual hay usuarios que no sé, salen a las 7.30 del trabajo, y de allá de Las Condes o Lo Barnechea, llegan a sus casas con suerte a las nueve y cuarto, pero ahí yo creo que ya sería inviable atender de 9 a 10, como que no hay opción, pero creo que siempre ha estado en cuestionamiento y en vista, porque la gente pregunta, si acaso no es opción trabajar día sábado, justamente a propósito de las intervenciones familiares, porque probablemente un sábado en la mañana si sería posible que algunas personas pudiesen asistir a la intervención o en vez de que vinieran dos personas se pudiesen sumar más familiares a una intervención en específico, pero siempre ha estado ahí como en pregunta, pero nunca se ha resuelto y seguimos atendiendo de lunes a viernes.

Claro, es complejo porque me imagino que las posibilidades de atender un sábado igual tienen implicancias económicas, financieras, administrativas...

E1: Claro, porque hay que tener gente que abra el centro, que cierre el centro, secretaria que reciba a las personas, sí.

Por ese mismo lado, ¿Cómo te parece que influye el tema financiero para la realización de intervenciones familiares?

E1: También un montón, sobre todo si pensamos que sea co-terapia, porque eso implica a dos profesionales, dos horas, que se están utilizando en un solo usuario, y a nosotros por nuestra forma de financiamiento ahí nos vamos a negro, porque a nosotros se nos paga por usuario, no por profesional participante, por lo tanto, ahí uno pone en juego más los términos clínicos que financieros, porque si no, no es óptimo económicamente, no sale a cuenta, va en números rojos en ese sentido, pero si uno lo puede ver a largo plazo, de que quizás al hacer intervenciones familiares uno puede acortar el tratamiento, resolver más cosas de forma más rápida y por lo tanto uno puede tener más fluidez de usuarios, y uno también tiene eso, tal vez no económicamente pero si en términos de oportunidades de atención a la gente en listas de espera, en términos más de gestión, pero económicamente claramente nos vamos a... sí. En algún momento, hubo un proyecto que lo financio la fundación san Carlos, que tenía que ver con intervenir familiarmente los casos donde se había vulnerado gravemente los derechos del niño, y habían muchas intervenciones familiares, incluso en domicilios, en horarios extras, que pudieron realizarse solamente porque teníamos financiamiento externo, porque si tenemos a dos profesionales atendiendo una sola familia, finalmente es un paciente que no se está atendiendo y como a nosotros nos pagan por cantidad de pacientes al mes, es una cuota de un usuario que no nos llega, entonces hay que saber manejar un poco eso, por eso es que yo aprovechaba mucho la presencia de los alumnos en práctica porque ocupo un recurso que claramente aporta muchísimo, ya son dos cabezas pensando en una familia, además, los estudiantes en práctica siempre están muy motivados a estudiar, a aprender para poder intervenir mejor, y así no ocupamos recursos de otro profesional y ocupamos a alumnos en práctica.

En el fondo es muy importante el financiamiento porque el modelo de atención apunta a lo familiar, pero al parecer el modelo de financiamiento no se condice con esto...

E1: Claro, o incluso a propósito de acceso por ejemplo, la familia no pudiera asistir, en denante cuando tú me preguntabas por accesibilidad , también podría ser como traslado, esto que yo te decía como de que tuvieran niños que cuidar y por eso adultos no pudieran venir o enfermos, postrados, o en silla de ruedas, que dificultan el traslado de las familias o de las personas, también hacerlo en domicilio es otro costo mayor, porque aquí no tenemos móvil para eso, corre todo por cuenta de los profesionales, además, implica no solo dos profesionales y la hora de atención, sino que el tiempo de traslado de ida y de vuelta, entonces va aumentando ahí los costos.

Ahora pasando a otro tema, ¿Qué posibilidades de capacitarse en intervención familiar o recibir orientaciones ofrece el COSAM para los profesionales?

E1: Tenemos bien poquito, más que nada ha sido todo autogestionado, desde el poder revisar papers en conjunto, experiencias, hemos recibido en algunas ocasiones el apoyo de profesores de la Chile o de la Católica ,como en ciertas asesorías, pero la verdad en eso es bien poco, bien poco, más que nada ahí apostamos a que profesionales puedan capacitarse externamente y aquí facilitamos horas, la corporación tiene un convenio con la Católica de un diplomado gratis al año, y hay algunos

profesionales que lo han tomado, pero es bien poco. Y también desde el servicio de salud las capacitaciones nunca son en intervenciones familiares, lo máximo que creo que fue más novedoso que también estuvo Esteban Encina, que fue esta capacitación que se hizo el año pasado sobre el enfoque comunitario, que lo hizo a través de la escuela de salud pública, y que él era el coordinador... estoy pensando como en aquellas capacitaciones que efectivamente a uno le servirían que no es netamente administrativo como de ingresar prestación, como informar al servicio, o no solamente la exposición de la guía clínica del trastorno que a uno le toca atender, porque la guía clínica uno la puede leer pero en términos de herramientas terapéuticas, realmente clínicas, también desde el servicio de salud o ministerio de salud se quedan bien cortos.

Me parece que esto nos pone en un escenario complejo en realidad porque hay muchos factores que inciden en esto, pero al parecer hay más dificultades...

E1: Espérame, que hay algo sobre las condiciones super importante que no ha salido en tu ítem, pero que es netamente administrativo, ficha clínica ¿o justo venia?

Si (risas) mira justo venia ¿Qué condiciones administrativas crees tú que ofrece el COSAM para realizar intervenciones familiares?

E1: No, si, mira, eso es super importante porque hemos intentado, pero el sistema pone hartos obstáculos, justamente, a propósito de este proyecto en que trabajamos con familias, implementamos las fichas familiares, pero las fichas familiares para el servicio de salud no existe, porque el servicio de salud financia por persona con diagnóstico, por lo tanto si una persona no tiene diagnóstico, no debe ser ingresada, por lo tanto, es una atención indirecta, como cuando yo convoco al familiar de, pero eso te pone el foco también en que tu paciente es el que tiene síntomas por lo tanto es difícil que uno tenga como paciente el sistema familiar, pensando en esas lógicas también ¿no?, como que la premisa o forma que yo tengo para tratar las situaciones ¿lo puedo llevar a cabo aquí? Eso es muy difícil, decisiones de a quien ingresábamos, porque era como ya, yo voy a intervenir siempre con el papá, ya, pero ¿tiene algún trastorno de salud mental? No, pero yo igual quiero consignar como intervención individual ¿qué hago con él?, sí, pero es que no le podemos inventar un diagnóstico, además, yo voy a intervenir con él, y voy a gastar más horas, y cómo entonces equilibramos que valga la pena invertir más horas profesionales en algo que no va a ser reportado económicamente. Ya, las fichas familiares después, a quién le vamos a hacer carpeta, o qué tipo de prestación vamos a poner, porque aquí tenemos los códigos tú sabes, los códigos si son familiares, si son intervenciones directas, y entonces también, el consentimiento informado, se va a informar que se creara una carpeta familiar y por lo tanto usted al ser miembro de su familia puede que su ficha la lea el profesional que atiende al otro miembro, por ejemplo, el psiquiatra que atiende al niño por déficit atencional, puede leer la carpeta de la mamá si está en la carpeta familiar, yo creo que todo eso, ficha clínica, la manera de informar al servicio de salud y financiamiento, va todo en contra de las intervenciones familiares, y no solo de intervenir, sino de pensar un caso familiarmente, porque está todo hecho para pensar en la persona como un diagnóstico.

Claro, esa es la forma en que funciona un poco el sistema, entonces se dificulta... Bueno ahora que ya empezamos a hablar de las barreras me gustaría saber si hay alguna otra barrera que consideres que puede influir en la realización de intervenciones familiares, que aún no hayamos mencionado hasta ahora ¿Hay algo que quieras agregar?

E1: Mmm... no, yo creo que solo recalcaría a propósito de que tu preguntaste antes sobre la formación, de como uno desarrolla esta habilidad de intervenir familiarmente, también puede ser un

obstáculo si es que el terapeuta no está formado en esto, o no lo considera como una forma de mirar la problemática, pero en este momento no se me ocurre otra limitante.

Claro, y ahora para no ser tan negativas, me gustaría saber ¿qué condiciones del centro crees que pueden facilitar la intervención familiar?

E1: De partida creo que, si facilita el que en nuestro lenguaje interno, en cómo se traducen las prestaciones a códigos y toda la sistematización, la base de datos, existen las intervenciones familiares, existen sesiones familiares, existe la convocatoria terceros significativos, existen también los códigos para terapia familiar, para terapia de pareja, por lo tanto, si ese lenguaje interno que se le presenta a los profesionales y a los alumnos en práctica fuera el campo de posibilidades que tiene de acción, te lo muestra como posibilidad, no es un centro que dice aquí solo se hace trabajo individual. Y lo otro que también en ese sentido se monitorea y es como un indicador, por lo tanto, eso se mira, y es algo que se transmite a los profesionales como algo que miramos, y vamos contrastando si se hicieron más intervenciones familiares, o si se hicieron menos intervenciones familiares, por lo tanto, lo pone en conversación.

Claro, hay una intensión parece por parte del centro...

E1: Si, hay una intensión, hay una intensión... y yo creo que lo otro es justamente la flexibilidad, lo no protocolizado que se ve bastante, pero que justamente en eso, da la posibilidad también, porque lo no protocolizado, que, si bien no da guía ni orienta mucho, pero la ventaja que tiene es que no pone límites, por lo tanto, hay salas en términos de espacio, salas grandes, que se pueden ocupar para sesiones familiares, yo creo que el hecho de ser un centro que atiende hasta las 9 de la noche, también es una facilidad para ese tipo de situaciones, que haya flexibilidad horaria también permite, o sea que una semana me quede hasta más tarde cierto o... que también las discusiones clínicas o como se miran los programas también se considera intervenir familiarmente ¿no? En adiciones habían talleres multifamiliares y se invitaba a los familiares de los usuarios a un taller familiar, y eso estaba fijo y era parte de la oferta programática del centro, en esto que yo te decía de cuando se trabajaba en talleres con niños, siempre se trabajaba paralelamente con los padres, desde aprovechar la oportunidad que yo te decía, que como estaban en la sala de espera invitarlos a un espacio pero también desde el impacto clínico, y lo otro que los planes de tratamiento, los registros clínicos también invitan a mirar familiarmente, la entrevista de ingreso, pregunta en algún momento cual es la dinámica familiar respecto al motivo de consulta, entonces, desde ya te invita a mirar, e invita a la persona a traer o a mirar oh si esta persona mira mi problema de esta manera, participa de esta manera, y el plan de tratamiento también tiene un apartado de objetivos a nivel familiar, por lo tanto te invita a mirarlo o considerarlo, a pesar de que yo te decía que también depende de cómo lo mire el profesional, si bien no es obligatorio que el profesional ponga objetivo familiar, si te esta diciendo, es un ámbito que puedes trabajar. Entonces, es un centro que permite flexibilidad, pero que no deja, o no oculta y muestra que lo familiar siempre es una opción de intervención.

Ahora para que vayamos cerrando, hay algo que tocamos muy brevemente, pero ya para profundizarlo más ¿Qué creencias o premisas crees que existen en torno a las intervenciones familiares y como estas pueden influir en los procesos de intervención?

E1: Premisas o creencias... yo creo que pensando en premisas o creencias que también puede ser como que aporten o que disminuyan la posibilidad de intervenciones familiares. Las premisas que facilitan, es justamente... el que la mayoría de las personas que trabajamos aquí proclamamos un enfoque sistémico-relacional, y eso te permite de partida mirar ¿no? Y todas las premisas que están

englobadas en el enfoque, son las que permiten considerar intervenciones familiares, desde que si yo no convoco a familiares al trabajo con niños, mi trabajo no va a funcionar, puedo si entregar herramientas, fortalecer su mundo interior, trabajar su autoestima, o el autoconcepto, pero necesito volver real esto, que funciona en el espacio ficticio de la terapia, aunque no es ficticio porque sea falso, sino porque está en condiciones ideales, por lo tanto yo necesito que la familia promueva que esto se siga repitiendo en los espacios cotidianos y más reales, por lo tanto desde ahí también, eso creo que ocurre en infante juvenil, que facilite que se convoque a familiares para realizar la intervención, sí. Y en términos como de premisas que puedan dificultar justamente esta esta sensación de que trabajar con más personas puede ser más agotador o este temor a que pueda ser una fuente de conflicto, muchas veces incluso a propósito al trabajar con niños y también con adultos, uno minimiza cuanto disponible o cuanto uno pueda involucrar a los hombres, hombre y salud mental, uno lo tiene disminuido, por ejemplo, en términos de padres, uno convoca más a la madre que al padre, y claro hay un montón de otras cosas que uno sabe, que son los que más trabajan, que llegan tarde, que nunca están en la casa, que eso a veces uno toma por obvio y no se hace el esfuerzo de considerarlos de forma activa, y pensando en adultos cierto, las parejas, las parejas claramente son una relación muy importante para las personas porque estadísticamente en el área adultos, son más consultante mujeres que hombres, por eso pienso como en el hombre, la pareja cierto, por eso uno evita convocar hombres familiares. Yo creo que estadísticamente hay factores que no lo facilitan y por lo tanto uno tiene como la desesperanza aprendida y por eso convoca más a mujeres.

Y ahora si pudiéramos pensar un poco en las familias y las creencias o premisas que tienen sobre la salud mental en general y sobre las intervenciones, ¿Cómo crees que esas premisas pueden influir en que decidan participar de una intervención familiar?

E1: Yo creo que justamente es esto que yo te decía antes de que el problema es del que viene, del que hace síntoma cierto, entonces con que venga él es suficiente, entonces en algún momento consideran de que si vienen es como para entregar información, como una especie de apoderado, como si uno los invitara a una reunión de apoderados para entrega de notas, algo así, y no porque uno los convoca porque uno quiere que participen finalmente, y por lo tanto, de ahí también para el resto de la familia puede ser como bueno, con uno que vaya esta bien, para que vamos a ir todos si después esta persona nos cuenta que tenemos que hacer. Y lo otro que no mencione a propósito de lo familiar es cuando tenemos familias extensa conviviendo, sobre todo cuando tenemos presencia de abuelos en la crianza, o adultos que aún viven con sus padres, que tienen como un doble rol, como adultos que también son hijos, y yo creo que también esos límites poco claros de roles, también puede ser más difícil tanto para el terapeuta, como para la familia entender porque vienen o si acaso deben participar o no, o puede ser como, no prefiero venir yo no más porque en verdad no quiero que participe ella porque no quiero que se meta más, cuando hay temas de crianza, o si son adultos buscando autonomía también no quieren que sus padres participen, eso también puede ser un factor que pueda interferir en lo que puedan pensar usuarios para decidir si participar o no en una intervención familiar.

Bueno, creo que ya hemos tocado todos los temas, hemos profundizado bastante, así que te agradezco mucho por tu tiempo, todo esto que hemos hablado es información muy interesante y relevante para mi así que muchas gracias por compartirlo conmigo.

E1: Gracias a ti, no hay problema.

Entrevista 2:

Contexto de ocurrencia:

Lugar: COSAM Pudahuel

Fecha: 06-12-21

Hora: 18.00 hrs.

Descripción de participante:

Trabajador social del COSAM Pudahuel que se desempeña en el área de adicciones y también en el área infanto-juvenil, lleva trabajando 5 años en el centro, bajo una modalidad de contrato indefinido.

Transcripción de entrevista:

Bueno esta entrevista trata de conocer cuál es tu perspectiva sobre las intervenciones familiares en el centro y todos los factores que inciden en la práctica de estas, pero me gustaría partir por algo más general que tiene que ver con familia y salud mental, ¿Cuál es el rol que cumple la familia en la salud mental de sus miembros?

E2: Bueno Fernanda, el rol de la familia es super importante y sobre todo nosotros hacemos el realce acá en el COSAM de Pudahuel, como un espacio de salud mental comunitario y familiar, como se conoce aquí, entonces nosotros lo entendemos no solo desde mi área, sino de las distintas disciplinas, por más que uno pueda atender el síntoma, al paciente de, también tenemos que entender que hay una familia detrás, o una familia en donde ese paciente esta, entonces las intervenciones hay que ampliarlas un poquito más, y eso igual se ha visto mucho en las intervenciones. En lo que a mí respecta, también me desafía eso, trabajar con mis compañeros, a propósito del trabajo psicoterapéutico, y yo la parte psicoeducativa con las familias, entonces para mí es super importante las familias en el trabajo que uno hace.

¿Cómo va variando el rol que cumple la familia a lo largo del ciclo vital de sus miembros, desde la niñez a la vejez?

E2: Ahí es desafío como del profesional, ver en que ciclo vital esta la familia y desde ahí desplegar intervenciones y estrategias, es muy distinto trabajar cuando el paciente es un niño, o un adolescente, o un adulto mayor inclusive, las intervenciones pueden variar mucho, entonces, claramente desde mi área, que yo hago mucho trabajo en terreno, me doy cuenta de los procesos que se llevan, en el domicilio, que uno ahí se da cuenta que tipo de intervenciones se necesitan, o de repente, hacia donde hay que ir apuntando, pero claro el ciclo vital familiar, y de las personas, es muy importante para poder tomar decisiones, de que profesional es más idóneo y que decisiones tomar, entonces es muy importante que el ciclo vital de la familia y de los integrantes para saber cómo intervenir.

Claro porque yo pensaba que, a lo largo del ciclo vital, este importante rol que cumple la familia, que me hablabas, que puede ser de apoyo tal vez, puede ir variando en las distintas etapas del ciclo vital...

E2: Claramente si, toca mucho en algún momento trabajar habilidades parentales, o bueno desarrollar estrategias de comunicación en la relación de pareja, o trabajar como en negociar con adolescentes,

entonces hay que saber cómo pararse ante la familia en donde uno va a trabajar, no hay una receta única para trabajar con todos, hay que ver la cultura familiar también, eso es muy importante, es un análisis bien profundo y eso se hace tanto acá como en las intervenciones en domicilio.

Y ahora en cuanto al rol que cumple la familia en la salud mental de sus miembros ¿Cómo el rol va cambiando según las distintas problemáticas de salud mental?

E2: Lo que yo he visto tiene que ver con el saber al menos de la familia a que vienen acá, porque hay muchos que no saben que es el COSAM, como que se entiende más que es una atención para la persona que tiene problemas, entonces el desafío y es ahí donde tenemos que educar a las familias, que es un proceso no solo para tratar a una persona, sino como a la familia en general, explicar en qué consiste el tratamiento, entonces de ahí mi rol es mucho psicoeducar y de explicar que un proceso de tratamiento puede durar mucho tiempo, que hay objetivos distintos en donde participa el papá, la mamá, personas significativas, pero en una primera etapa es explicar y dar a conocer que es el COSAM, porque muchas familias no entienden y se quedan solo en la parte médica, como que lo más importante es entregar información a la familia, porque muchas veces no lo saben, y es super válido que no lo sepan, por eso es que entregamos herramientas para que vayan comprendiendo a que va apuntado el trabajo, entonces cuando lo van comprendiendo, empiezan a proponer objetivos, y se van posicionando como desde un rol más protagónico, es ahí donde se marca el quiebre, que ellos se hagan cargo del proceso de tratamiento.

Que interesante lo que dices, porque cuando se piensa el rol desde una manera más médica, es como... bueno vamos a apoyar a esta persona que está enferma o que tiene un problema individual, a un rol que puede ser más de incluirse y darse cuenta de que es muy importante su participación...

E2: Si totalmente y cuando van entendiendo que son ellos quienes van poniendo los objetivos, hacia donde les gustaría ir, o bien que no quieren trabajar por el momento, eso lo validamos desde acá y ahí el rol va cambiando a uno más protagónico y lo vemos en la adherencia, lo vamos notando en los números, las inasistencias van bajando, entonces uno puede evaluar ahí los indicadores de mejora,

Súper, ahora quisiera preguntarte sobre las características de las intervenciones familiares, desde tu punto de vista, ¿Qué entiendes tu como intervención familiar en el ámbito de la salud mental?

E2: Lo que yo entiendo por intervención familiar, tiene que ver en primera instancia con la evaluación e identificación del problema, para mí, para poder definir una intervención propiamente tal, implica evaluar en primera instancia, ver qué tipo de familia se me está presentando cierto, encontrar síntomas o dificultades, a través de la confección de un genograma por ejemplo que para mí es muy importante, y la construcción de un ecomapa, para saber también la participación que puede tener la persona con el grupo comunitario, con el entorno, y la familia extensa, entonces ahí yo voy identificando los recursos, las herramientas y necesidades que van teniendo, entonces ahí yo voy armando un plan de tratamiento, a propósito de lo que va apareciendo en una evaluación, entonces recién ahí yo puedo ir diciendo, bueno mi proceso terapéutico como trabajador social implica abordar necesidades, potenciar recursos e ir abordando debilidades que se puedan presentar en el grupo familiar, entonces es difícil encontrar una definición precisa, sin antes tener estas evaluaciones, que te van arrojando estos resultados y son las guías, entonces a partir de eso va cambiando mucho la intervención, pero siempre mi brújula o eje conductor tiene que ver con la promoción de mejorar la

calidad de vida, entonces, pueden ser distintas evaluaciones, distintas familias, pero siempre el eje será mejorar la calidad de vida, si la familia está estresada, el objetivo será bajar ese estrés, si hay un nivel de ánimo bajo la idea es que eso se vaya disminuyendo, entonces siempre voy apuntando a mejorar la calidad de vida dentro de los derechos de los usuarios, entonces ahí yo voy definiendo cual va a ser el proceso terapéutico desde el área del trabajo social.

Entonces si te estoy entendiendo bien, más que una definición exacta, la intervención se define en base a el objetivo de mejorar el bienestar o calidad de vida de la familia. Y cuéntame ¿Abordas los casos desde un inicio familiarmente o como es el proceso?

E2: Si, la idea es que se vaya instalando esto de mejorar la calidad de vida y que la familia también lo entienda como tal, entonces, esto se puede dar al principio, cuando se hace el ingreso, o se puede dar después, cuando se presentan dificultades en la intervención psicoterapéutica, ya sea con niños o con adultos, entonces cuando nos encontramos con dificultades que el profesional, psicólogo, o psiquiatra no puede avanzar más, es ahí donde va pidiendo el apoyo del área social, entonces nosotros con otra perspectiva más familiar, bien sistémica igual, vamos viendo cuales son estas otras dificultades que no le permiten avanzar en psicoterapia, entonces desde ahí vamos encontrando estos puntos que van dificultando, podemos encontrar un alto estrés familiar, hartas peleas, baja capacidad de resolución de conflictos, entonces son cosas super prácticas que nosotros vamos trabajando con la familia y vamos generando acuerdos, entonces eso permite bajar tensiones, y dar pie para seguir mejorando el proceso psicoterapéutico o darle una segunda vuelta distinta, en el sentido de que se vayan sumando, nosotros siempre tenemos esa idea de que se vayan sumando a la intervención.

¿Cómo son convocados los participantes de una intervención familiar?

E2: Ahí hay que ser muy cuidadoso, que como se va a hacer la invitación o promoción para una sesión, digamos que yo estando en dos áreas, una en adicciones y otra en infanto-juvenil, hablando del segundo, infanto-juvenil, si tengo unos padres y claro, veo a una niña con alta sintomatología depresiva y entiendo que la sintomatología pasa porque son los papas que pelean constantemente o hay ejercicio de violencia, yo tengo que determinar si es viable juntarlos o no, y eso implica preguntarles por partes, si están en condiciones o no, y también centralizando en que no es terapia de pareja, sino que son terapias relacionadas al ámbito parental o sea, trabajo como padres, desde ese rol, entonces en algunas instancias toca que no son viables, hay mucha situación de violencia o estrés que no potenciaría una intervención familiar, así como otros que efectivamente se puede lograr, o sea se generan dificultades, se va mostrando el sistema parental y bueno ahí la importancia es poder ir mejorando algunas cosas y hacer devoluciones, y lo más importante ir sumando a los papás, aquí por lo general me toca, que uno trabaja en porcentaje mayor con mamás que con papás, entonces cuando veo papás que están ahí, siempre entrego la invitación, y muchas veces me toca también citarlos personal y hablar solo con ellos como para ir trabajando más desde una crítica hacia ellos, hacerlos participe, invitarlos, entonces desde ahí como te digo, de repente va variando mucho como hacemos esas invitaciones y promoción, si veo riesgos, mejor hacerlo separados, solo con el papá o solo con la mamá, pero claro también eso apoya bastante las reuniones clínicas en donde se muestra el caso, se ve, se conversa, entonces la idea es que como equipo nos podamos poner de acuerdo, podamos dar opiniones y a partir de eso también exista una segunda opción para ver cómo vamos a intervenir, así lo hago yo.

Me parece con lo que me dices que, si bien a veces hay interés de intervenir familiarmente, no siempre es lo más óptimo. Por ejemplo, en casos de violencia o vulneración de derechos... me imagino que hay otras formas de intervenir sin tener que juntar a todos.

E2: Claro, ahí uno tiene que ir variando en la promoción, a quien vamos a invitar y si están las condiciones dadas, porque si no, es arriesgarse y podríamos empeorar más el caso, y si, mira mi apuesta este último tiempo ha sido invitar más a los papás, algunos vienen, algunos no, otros se molestan mucho, pero terminan igual agradeciendo porque bueno, al menos alguien me dijo, porque avisar es importante. Aquí hay muchos casos judicializados, entonces se van enterando ellos recién en tribunales, es ahí donde se preocupan, entonces la idea es hacer una prevención, decirles mira esto va a pasar, la idea es que puedas participar y bajar defensas, por ahí va funcionando, pero hay que ser bien sensible, como bien intuitivo de repente con los casos.

¿Cómo te parece que es la frecuencia y duración de las intervenciones familiares?

E2: Me han tocado sesiones cortitas de 20 o 30 minutos, pero cuando son sesiones familiares, implica más tiempo, son una hora fácil o 40 minutos y de repente más, me ha tocado hora y media por ejemplo, cuando vienen los papás, porque son versiones distintas y ahí también está el juego de poder de quien tiene la razón, entonces todo el rato hay que trabajar en esa lucha de poder entre el hombre y la mujer, pero ya cuando se dan cuenta de que la posición es como padres, podemos decir que estamos entrando en terreno de intervención familiar, pero habiendo resistencias siempre la sesión implica más tiempo.

Ahora te quiero preguntar sobre las condiciones necesarias para la realización de intervenciones familiares. Desde tu punto de vista, ¿qué condiciones físicas o estructurales son necesarias para realizar intervenciones familiares?

E2: Si, la infraestructura es super importante, como el box, el setting, porque para poder intervenir en el ámbito familiar necesitas un espacio acogedor, amplio, y que invite, entonces eso, desde acá en el COSAM Pudahuel ahí está la debilidad, que muchas veces no tenemos o no contamos con ese espacio, porque aquí se atiende mucho. Bueno ahora que se está atendiendo más presencial, cuesta más encontrar salitas, porque hay algunas que son más acogedoras, cómodas para todos, para poder trabajar tranquilo, pero claramente nos encontramos con momentos que es super difícil, entonces que tengo que hacer yo... aquí en COSAM ¿hay ese tipo de infraestructura?, si la hay, pero la disponibilidad es poca, entonces que me queda a mí, es flexibilizar los tiempos y horarios, es decir, hacerlo lo más tarde posible porque ahí tengo las salas más disponibles, pero sí, hay poquitas salas, y lo importante es tener esos espacios como te digo amplios, acogedores y que pueda... amplio en el sentido que quizás no solo va a venir papá y mamá sino que pueden venir más familiares, que son importantes y significativos, pero si, eso es muy importante para llevar una buena sesión.

Ahora ¿Qué conocimientos, habilidades o experiencia te parece que son necesarios para realizar este tipo de intervenciones?

E2: Lo más importante es claro... como conocimiento, el ejercicio práctico, ir desarrollando experiencia, es super importante, ahora yo igual puede entender que alguien, un trabajador social que recién sale de la universidad no tiene experiencia, pero lo importante es que se vaya formando de a poquito, y tal vez como en una primera etapa ir trabajando con todo lo que es psicoeducación familiar y en talleres, eso ayuda bastante, de hecho eso a mí me ayudo, como ir trabajando en talleres

con familias, ir trabajando conceptos valóricos, comunicacionales, resolución de conflictos, tópicos que es importante tocarlos con familias, eso te da un pie para ir avanzando ya en plano más individual y de acompañamiento, donde ya tú puedes ejercer libremente con instrumentos como genograma, ecomapa, vas identificando los integrantes de la familia y hacia donde hay que intervenir, entonces la experiencia anterior hay que valorarla bastante, como los talleres, cuando uno hace talleres, uno se siente más preparado para realizar terapias familiares y en adelante ya el desafío es como personal, si alguien quiere seguir especializándose, no necesariamente en diplomado o magister, uno también puede hacer cursos, yo he hecho varios cursos de evaluación de competencias parentales, que son cortitos, y ayudan bastante para ir perfeccionando la técnica, si finalmente trabajar con la familia es un desafío, trabajar con tipos de familias, podemos encontrar una familia donde hay alguien que es consumidor de drogas, es otro tipo de familia, son otras variables que hay que intervenir, a diferencia de otro tipo de familia que puede ser donde hay un adolescente con riesgo suicida, o sea, son planos bien distintos. Uno como trabajador social, claro, la universidad, la academia, te prepara, pero después uno tiene que perfeccionarse, desde el ejercicio de la práctica, por una parte, y de continuar con las formaciones, porque al tener distintos tipos de familia son desafíos muy diferentes, entonces uno tiene que pararse con una energía, una perspectiva distinta a la otra, entonces claramente es importante la formación, y bueno para los que están saliendo de la carrera, los talleres son lo mejor, o sea ir promocionándolos, realizándolos cierto, son super importante, también se puede llevar a cabo esos trabajos en la comunidad, eso también ayuda bastante, pero realizar terapia familiar, también implica dedicarle tiempo y bueno saber que uno puede trabajar con una familia, y después la otra que venga puede ser muy distinta, entonces uno tiene que flexibilizar totalmente los objetivos que uno quiera trabajar. Entonces básicamente el desafío es como trabajar con lo que ellos quieran hacer, no con lo que uno espera hacer por ellos, entonces cuando uno lo ve de esa forma, uno va acompañando los procesos de ellos.

Es interesante, porque en ese sentido puede haber muchos conocimientos teóricos, pero es en la práctica donde efectivamente se va viendo cómo vas a trabajar, considerar que cada familia es distinta es muy importante me parece...

E2: Totalmente, va a depender de sintomatología, episodios, historias vitales particulares y eso te puede cambiar todo el panorama, de repente vas a hacer una visita domiciliaria, no sé, porque la niña tiene ideación suicida y llegas allá, y te cuentan que la niña fue abusada, y rápidamente ahí debes cambiar la manera de intervenir, quizás no vas a intervenir, vas a contener solamente, por eso te digo, uno tiene que ser muy flexible, porque uno no sabe que puede tener la familia en su raíz, es como un cofre, tu lo puedes abrir y te puedes encontrar con tantas cosas que hay que estar muy atento, de repente pasa eso, que los objetivos cambian en 180 grados, y ahí entra la capacidad de flexibilidad y la familia lo ve, si la familia ve que, si ve a alguien al frente, que está siendo flexible, como conteniendo bien, la familia se siente súper tranquila, independiente de que no tenga tanta experiencia en años el profesional, pero si ven que es alguien tranquilo que está ayudando, acompañando, la familia se siente super tranquila en realidad.

Desde tu punto de vista, ¿bajo qué criterios se decide realizar una intervención familiar?

E2: Si, aquí lo que hacemos harto para que se dé, tanto en el área de adicciones como en infanto-juvenil, son la revisión de casos clínicos, entonces en ambos programas, se van revisando los casos, casos que pueden ingresar o como te mencione anteriormente cuando hay un profesional que tiene dificultades, entonces a través de la revisión de casos clínicos donde está el terapeuta ocupacional, el psicólogo, técnicos en rehabilitación, psicopedagogas, vamos como armando la situación familiar y viendo que profesionales pueden intervenir o no. De repente solo me toca intervenir desde la

gestión social a través de las ayudas del estado, o llegar a intervenir familiarmente, bajar el estrés en relación parental o fraternal como entre hermanos, pero va a depender mucho de la reunión clínica, hay cositas como que en general tiene que estar uno atento y en sintonía con el equipo, hay otras que uno claro, toma la decisión propia y sabe dónde hay que intervenir, pero siempre es bueno escucharlo desde otra mirada porque te va ayudando igual.

Claro, entonces se decide intervenir familiarmente en las reuniones clínicas o a veces es decisión de cada profesional, no es como que exista alguna pauta o algo fijo para decidir que familias intervenir.

E2: No, no existe una pauta, lo que si, como te digo, las reuniones clínicas y en el proceso de ingreso, ahora que me lo vuelves a preguntar, en el proceso de ingreso, ambos tienen, adicciones e infanto-juvenil tienen distintas vías de ingreso entonces desde ahí también se va pesquisando, que cosas hay que trabajar, entonces de repente dicen, oye aquí vienen por una situación de tribunal de familia por ejemplo, que pasa mucho, o también de juzgado de garantía, entonces desde ahí dicen, no, necesitamos que este el trabajador social para que pueda responder en materia socio-judicial y por otra parte ir psicoeducando también en esa área, que también pasa que los que vienen de tribunal de familia, las familias no entienden mucho de que se trata, cuáles son los tiempos, que es lo que piden, entonces más responderle al juez, también hay que explicarle a la familia, se trata de esto, esto vamos a informar, aquí está su informe, también se lo entregamos, entonces, si se explica eso en la etapa de acogida, de ingreso... ahora también hay veces que pasa la etapa de ingreso y pasan desapercibidos esos problemas y llegan abajo ya con los profesionales cuando empiezan a aparecer estos temas, y es super normal, porque arriba hay mucha desconfianza, cuando uno llega a un lugar desconocido, hay mucha desconfianza de contar sus cosas, es comprensible, entonces por eso no podemos estar... o sea aquí igual filtramos todo lo que sea judicial, los trabajadores sociales en la acogida, pero también hay muchos otros temas que pasan calladitos, no se da cuenta uno, por eso es importante estar atento a medida que van desarrollando el proceso, bueno o malo, ahí se van encontrando esos temas que es necesario apoyarlos, si en el fondo, si me sumo como trabajador social, o queda el caso para mí, y ya voy abordándolo en las reuniones de equipo como guía para no perderse.

¿Qué condiciones crees que deben darse para que se realice una intervención familiar?

E2: Yo tomo mucho la opinión de la familia en su espacio laboral, muchos trabajan, o muy poquitos estudian, o tal vez tienen otras actividades de tiempo libre, entonces yo igual tiendo a preguntar cuáles son los horarios, los tiempos libres que tienen, como para ir ordenando, o sea la flexibilidad también parte de ahí, a propósito que decía antes de hacer partícipe, bueno que digan ellos también cuando pueden participar, entonces ahí también vamos negociando la hora que podemos juntarnos. Por lo general entregamos horas presenciales, bueno, si hay que hacer alguna por video llamada la hacemos, pero yo promuevo mover el espacio de encuentro, entonces para que sea como en las mejores condiciones, trato que sea en las tardes, para que también sea compatibilizado con las familias que de repente salen a las 5 o 6, o de repente piden permiso para salir más temprano, y de hecho están más tranquilos, porque si están en las mañanas están como pendientes del celular, de que deben devolverse, y no se desarrolla tranquilamente la sesión, entonces siempre trato de atender a familias en las tardes.

Entonces ¿se podría decir que una condición importante para que se realicen las intervenciones familiares es lograr un acuerdo o coordinación con las personas participantes

para que puedan estar tranquilas, adaptándose a sus otras responsabilidades, y también a ustedes y sus horarios?

E2: Si, si claro, yo al menos tengo más flexibilidad, porque en psicología están programadas las sesiones como más clínicas o atención de box, pero nosotros podemos hacer salidas a terreno, trabajar redes, entonces tenemos tiempo más liberado y ahí vamos organizándonos nosotros, y hacerlos participes a ellos, eso es lo importante.

Claro. Ahora quisiera hacerte algunas preguntas sobre la valoración que se le da a las intervenciones familiares, ¿Cómo te parece que son las intervenciones familiares en términos de accesibilidad para las familias? ¿Qué tan accesibles son?

E2: Es medianamente accesible, como del 1 al 5 puede ser una nota 3, porque también pasa por la cantidad de demanda del trabajo del profesional, entonces, no se puede hacer trabajo familiar con todas las familias, tiene que ser como seleccionada a partir de las necesidades que estén presentando, entonces desde ahí, la accesibilidad pasa por eso, o sea si fuese optima, todos debieran tener al menos una evaluación de genograma o una entrevista familiar también, para tenerlo como antecedente en la ficha clínica por si se llegara a intervenir a mediano o largo plazo, pero nosotros operamos al menos desde la necesidad que vaya presentando la familia o el terapeuta, desde ahí operamos, pero la accesibilidad se pone limitada.

Además de este factor de carga laboral y de priorizar algunos casos, ¿crees que hay algún otro factor ya sea por parte de las personas o del centro que pueda dificultar el acceso?

E2: Mira antes era más difícil a propósito de las condiciones sanitarias y de los cambios de fase, eso igual fue un golpe bien duro en términos terapéuticos porque podíamos estar trabajando con una familia super bien, con las medidas de cuidado y sanitarias requeridas, pero bueno habían estos cambios de fase que Pudahuel los vivió bastante, de primera a segunda, de segunda a primera, entonces igual interrumpía bastante, entonces igual esa era una circunstancia que complicaba bastante y también los contactos estrechos, eso pasaba tanto para el terapeuta como para las familias, que eran contactos estrechos, no podían asistir entonces las sesiones se aplazaban y desde ahí había dificultades, o sospechas, no sé, tengo tos seca, entonces había que prevenir. Se hacía todo lo sanitario correcto pero en términos terapéuticos se iba diluyendo en tiempo, entonces la pandemia igual ha sido un factor circunstancial negativo en los procesos terapéuticos, a propósito del tiempo que ya lleva, pero en la cuarentena número uno digamos, del año pasado, si po, hubo un tiempo que acá el COSAM en marzo cerro, como la segunda semana creo, y cerro como tres meses, entonces asistíamos nosotros pero muy a lo lejos, y eso igual afecto a las familias, o sea atendíamos por teléfono, pero eso era distinto.

Claro. Ahora en cuanto a la efectividad de intervenciones familiares ¿cómo te parece que es la efectividad de estas intervenciones?

E2: Mira yo la veo siempre como a mediano plazo, es difícil medir los avances como en un mes por ejemplo, cuesta bastante en verdad, a propósito como de la psicoeducación, hay que primero centrar a la familia en donde están parados, entonces yo encuentro que quizás la efectividad conectándola con los resultados, yo creo que recién en el mes tres, como que se van dando cuenta las familias como al menos que puedan decir, si sabes que estoy mejor en esto, como que hacen una autoevaluación, porque en las primeras sesiones todo es malo po, ni siquiera han salido como recursos que uno pueda usar, que muchos lo tienen, entonces dentro de la efectividad, a menos que

sea como verídico, o que lo puedan ver implica tiempo, y ahí lo que te decía, el tiempo, si tú los mantienes bien trabajando se van dando cuenta, pero si es espaciado, los logros van disminuyendo. Pero al menos yo me he dado cuenta de que a los tres meses las familias pueden ir evaluando si les ha ido bien, mal o si han estado igual.

Y para ti, ¿cómo puedes medir o ver esa efectividad?

E2: Si yo lo mido mucho desde la disposición anímica, es muy cualitativa la medición que puedo hacer, al menos, no sé como que la familia este mas presta a la intervención, más tranquila, con menos resistencias a la intervención, me voy fijando en esos pequeños detalles, si se está riendo más, esos son factores muy importantes que yo igual los devuelvo, como que te he visto reírte más, más alegre, que bueno, me alegra verte así, uno igual tiene que devolver esas cosas chicas y al menos de ahí uno tiene que ir midiendo cuando la efectividad del proceso va dando frutos, a partir de esos cambios anímicos positivos yo en algunas sesiones voy dando devolución y evaluación, como estuvimos tres meses atrás y como estamos ahora, a propósito también de que ellos puedan ir potenciando su autoeficacia, porque hay algunos que lo hacen super bien, pero no lo saben entonces es un área que hay que trabajar con ejercicios acotados a la sesión.

En relación a la efectividad, ¿qué diferencias crees que puede haber en la efectividad de las intervenciones familiares según las distintas problemáticas de salud mental?

E2: Si, tiene mucho que ver con el grado de severidad que tenga el caso, o sea la efectividad siempre va a ser más favorable en pacientes que tal vez su compromiso biopsicosocial es moderado o leve, versus alguien que está muy severo, en términos de adicciones por ejemplo, la efectividad es muy volátil, o sea un muchacho puede estar un mes en abstinencia después de muchos años de consumir, y en la familia están todos felices, cierto, pero dura treinta días no más y ahí vuelve a recaer, una recaída que es parte de, entonces ahí también la eficacia es como que no sirve o no funciona, entonces se paran desde ahí, pero no se dan cuenta que en un mes hizo hartos avances importantes, entonces la eficacia hay que verla como algo no tan rígido marcado en el tiempo sino que con algunas variables, y para también poder rescatar cosas positivas nosotros como profesionales, nuestro rol también es como pucha, esto paso, esto se mejoró, ok, hubieron cosas no muy gratas a nivel familiar, pero esto si se mejoró, entonces si miramos eso, esto podría ser parte de la experiencia para un nuevo habito.

¿Cómo te parece que es la efectividad de las intervenciones familiares en relación a otro tipo de intervenciones que otorga el centro? Por ejemplo, intervenciones grupales o individuales.

E2: También la medimos como desde planes de tratamiento, o sea ahí también hacemos la devolución y también lo vemos como profesionales, a propósito del plan como eje guía, a través de los objetivos que planteamos vemos los indicadores, hay avances o no, está participando la familia en las terapias o no, cuanta participación ha tenido, entonces ahí nos vamos poniendo también más números, como aterrizando el desarrollo de la intervención en términos de cantidad, promoviendo la participación por una parte y si está teniendo resultado y el reporte también de la familia, entonces desde planes de tratamiento vamos guiándonos si tenemos avances o no, y eso es por ambos lados también y ahí también la otra parte viene devolverse, este es el plan, los objetivos, los logros, y estamos encontrando estos logros, entonces ahí se hace la devolución.

Entonces se podría decir que más allá de que la efectividad sea mayor en un tipo de intervención u otra es en los planes de tratamiento de cada intervención que eso se mide en base a objetivos.

E2: Si, si totalmente, eso nos da pie para decir, sabes que estas avanzando por etapas, en adicciones tenemos mucho eso de marcar etapas, que es se hace un plan, y luego de tres meses se hace otro y ahí se va viendo que efectividad va teniendo, entonces esa efectividad o eficacia tiene que ver con decirle a la familia sabes que, están avanzando y nos encontramos en este plano ahora, nos vamos a centrar en cerrar un proceso terapéutico porque la idea también de las familias es que entiendan que así como hay un inicio, también hay un final, y ahí a través del plan explicarle mira aquí está el plan de tratamiento estos son tus avances, aquí esperamos terminar, eso es importante, dar devoluciones periódicas con avances significativos para dar inicio a la reinserción o alta. Eso también hay que devolver a las familias para que no queden con la sensación de que están aquí y que va a ser eterno.

Claro. Ahora te quiero preguntar un poco tu perspectiva sobre barreras y facilitadores para realizar intervenciones familiares, ya lo hablamos un poquito antes, pero quiero saber ¿Qué condiciones de infraestructura o espacios físicos ofrece el COSAM para la realización de intervenciones familiares además de las que ya me habías mencionado?

E2: Si bueno, dentro de la infraestructura, a parte de estas salas que están, que son amplias, acogedoras, pero cuando no están disponibles, podemos usar el patio, por ejemplo, yo igual lo uso mucho para intervenciones familiares, o el auditorio cierto, que es una sala más grande, y ahí vamos desarrollando también como la intervención familiar, yo creo que también ocupamos esos recursos, cuando veo que no tengo salas de inmediato trato de usar esos recursos que entrega el COSAM, no sé qué más, al menos acá en temas de infraestructura ocupo mucho el patio, de repente las familias están bien de acuerdo en atenderse en el patio, porque da una sensación de relajación y más en la tarde que pasa tan poca gente, pero si, eso nos entrega.

En cuanto a las condiciones de flexibilidad horaria y condiciones administrativas ¿Qué condiciones crees que ofrece el COSAM para realizar intervenciones familiares?

E2: Ahora lo que se está implementando, no sé si esto responde, pero ahora en secretaria nos revisan las salas y los horarios, y van administrándolo ellas, a través de unas planillas, que todos tenemos, van revisando los casos que vamos a atender y ahí van organizando las salas ellas. Eso en términos administrativos igual ordena un poquito, y te quita tal vez un peso menos de andar buscando, básicamente te van diciendo lo que hay disponible. Otra cosa que puede aportar el COSAM, bueno es el desplazamiento, como ellos subvencionan la movilización para hacer las visitas domiciliarias, para que nosotros nos podamos mover, está el servicio de radio taxi aquí cerca, eso igual facilita la verdad, para que nos podamos movilizar más tranquilos. Bueno, los horarios también es parte de la flexibilidad que entregan, ahora está abierto el COSAM desde las 9 hasta las 6 la última atención, el COSAM cierra a las 7, antes cerraba más temprano, cuando estaba la cuarentena, la pandemia más fuerte, de a poquito se ha ido abriendo más y flexibilizando más, eso nos da más tiempo a nosotros para intervenir, porque hay algunas familias que salen más tarde del trabajo. Yo pienso que el próximo año ya todos tenemos que volver acá, y si hay sesiones online se deberán hacer desde acá, al menos el desafío en términos administrativos es como potenciar la cobertura a internet para poder potenciar ese tipo de intervenciones, porque de lo contrario no va a ser muy efectivo, igual me acuerdo una sesión familiar que tuve online y el internet aquí no llegaba muy bien y tuve que usar mi celular desde el internet móvil, y no fue muy optimo.

¿Eso ha sido una barrera igual?

E2: Si, nos hemos encontrado con esa barrera tecnológica igual, de repente, de echo nos pasó hace un tiempo, que se cortó el cable por un camión y nos quedamos sin conexión a internet, entonces también nos encontramos con esas barreras que no las podemos controlar nosotros.

Claro, ¿Cómo crees que influye el financiamiento en la posibilidad de realizar intervenciones familiares?

E2: Yo siento que, en el COSAM ellos entienden que se trabaja la salud mental desde lo familiar y comunitario, pero no siento que haya una preocupación por la intervención familiar propiamente tal, porque si hubiera debiese haber más salas como especializadas para esas intervenciones, entonces yo te digo, aquí hay salas más amigables en términos de espacio, pero que se hayan creado con ese objetivo, no. Entonces yo siento que eso le falta a la corporación, habilitar más salas para ese tipo de atenciones, yo siento que aquí hay mucho capital humano, pero falta el otro capital, que tiene que ver con infraestructura, entonces, eso faltaría, yo creo, yo he escuchado que igual las familias se van contentas, se van super felices de algunas intervenciones, pero pucha igual sería importante una sala específica.

Y eso se relaciona con el financiamiento porque igual para obtener esas salas se necesita invertir me imagino, ¿hay algún financiamiento específico para intervenciones familiares?

E2: Si me voy a los GES, no, no hay ninguno, ninguno como específico para alteraciones o disfunción familiar, que está dentro de uno de los ejes como del DSMIV, pero no, no está el financiamiento específico, y eso es un desafío para las corporaciones, de decir, ya con este financiamiento que tenemos, vamos a dejar una parte para mejorar infraestructura, por ejemplo, y nada, ahí vamos conectando con aquellos provisionales que... aquí la mayoría trabaja familia, pueden desarrollarlo, tienen capacidades, pero claro si le ponemos ese espacio sería ideal.

Además de lo que hemos hablado hasta ahora, ¿quisieras agregar alguna condición propia del COSAM que creas que facilite la realización de intervenciones familiares?

E2: Si, lo más importante, y esto lo hemos conversado con algunos compañeros acá, y es que el COSAM tiene que moverse, o sea, nosotros trabajamos para Pudahuel Sur pero territorialmente, estamos ubicados en Pudahuel Norte, es super importante trabajar con agrupaciones vecinales por ejemplo, para contar con infraestructura allá, y atender allá también, porque la mayoría de las personas que se atiende son de allá y tienen que atravesar la autopista por general bonilla a través de la pasarela, entonces muchos hacen ese trayecto porque vienen de allá, entonces yo creo que el desafío es poder intervenir en las comunidades y eso se puede gestionar con agrupaciones, alguna sede comunitaria que nos puedan facilitar y atender a las familias allá, para ellos sería también, o sea mejora la calidad de prestación, es en sus barrios, sería mejor yo siento también en términos de resultados y efectividad, serían mejores, se verían más rápido, de hecho antes se hacían actividades al otro lado en Pudahuel Sur, pero se habían una vez al año, o dos, pero eran más de promoción y recreativos, pero yo siento que si damos ese salto, que ya lo hemos conversado varias veces, sería muy significativo, yo creo que podríamos generar un cambio interesante ahí.

Y ¿Cómo te parece que es la disposición del COSAM para mejorar o facilitar las intervenciones familiares?

E2: El COSAM siempre va a estar abierto a mejorar las intervenciones, con propuestas y desafíos, lo que siempre va a haber limitación en términos de recursos, lo que es una barrera altísima, pero en términos de intervención y metodología, todo el rato te va a decir, si, hazlo, pero si yo necesito contar con dos o tres salas, me van a decir que no, pero si me van a decir, dale, interviene.

¿Se te ocurre otra barrera que puede existir propia del COSAM que no hayamos mencionado hasta ahora y que dificulte la realización de intervenciones familiares?

E2: Bueno, como te decía, en la tarde hay menos dificultades, porque atender a una familia muy estresada en un espacio que... no sé solo en la mañana puede, y no habiendo salas, no sé, es como agregarle más estrés a la intervención, entonces eso falta, pero la verdad ahora que estamos volviendo a la normalidad se está notando que cada vez hay menos salas disponibles, y ahí ha sido difícil, y ahí tiene que ver con cómo se distribuyen bien los horarios, con cómo se suman los profesionales y los practicantes, o que día en particular esta más vacío para que vengan, que es por lo general Viernes, que se intervenga y se pueda equilibrar la semana en términos de espacio e intervenciones.

Ahora que ya hemos hablado sobre barreras y facilitadores propios del COSAM, me gustaría que habláramos un poco sobre creencias o premisas sobre salud mental y familia, cuéntame un poco, ¿Qué creencias o premisas crees tú que existen sobre intervenciones familiares y cómo pueden influir en el proceso de intervención?

E2: La creencia de los usuarios en primera instancia, es así como bueno, aquí es que ayuda es el psiquiatra o el psicólogo, entonces no le toman como real importancia o del trabajo efectivo que genera una intervención familiar, eso en primera instancia y está bien, porque no hay información de por medio, o sea, están acostumbradas las familias a que puedan recibir como el apoyo social y la atención de salud muy específica, o no sé, en temas de vivienda, pero como que todo muy específico, y es como visible, entonces cuando se viene con una intervención familiar es como... ¿qué es? Entonces ahí entra la dificultad y como una barrera de, esto no me sirve, ¿para qué?, hasta el momento en que empiezan a enganchar con el tratamiento, a través de la palabra de la comunicación y de hablar los problemas, ahí permite buscar acciones para mejorar. Y de los profesionales como la premisa en primera instancia es como, chuta, es harta pega igual, harto que trabajar, de repente nos paramos así, como la presentación de casos y uno ve tan así como encima, y le pasa más a quien está más alejado de intervenciones familiares, así como... oh, es caleta manso casito, pero aquellos que ya llevamos tiempo es como ok, ya hay que bajar esto de acá primero, y nos vamos ordenando, entonces al final no es tan grave como pareciera, pero si, la primera instancia es como oh, es caleta, no da el tiempo, entonces eso pasa.

Infiero de lo que me dices que al parecer las familias en primera instancia no confían mucho, y por parte de profesionales, no es que no confíen en la efectividad sino más bien es un tema de tiempo, y asociar a dificultad...

E2: Eso tal cual, tal cual, pensamos, chuta hay que dedicarle mucho tiempo, y por otro lado dices pucha, tengo otros diez casos más, pero cuando se ordena, funcionan bien los tiempos y uno anda más tranquilo, esa es la idea también.

Para terminar ¿quisieras agregar otra factor obstaculizador o facilitador que no hayamos mencionado hasta ahora?, lo que tú quieras, en cualquier ámbito.

E2: Yo creo que algo que ha obstaculizado bastante es la pandemia, ha obstaculizado bastante el trabajo familiar y eso con el tiempo, está generando como una olla a presión, y siento que hoy en día los problemas de las familias vienen como aumentados, en cantidad de estrés, de violencia, de agresividad y es porque no hay espacios como de válvula, para poder botar, o decir las cosas, y cuando hay familias que no están preparadas para el dialogo, cuando todo eso se va acumulando al final eso termina explotando y lo que yo al menos veo es que el próximo año va a estar fuerte, no ahora en verano, sino que en Marzo, como que en Marzo llega todo, la entrada al colegio, universidad, trabajo, pagos, cuentas, entonces es una dificultad bastante pesada, y eso es puro estrés para la familia. En relación al manejo de la pandemia, yo tengo una crítica bastante fuerte, porque los medios han entregado más miedo todavía, y eso llega a ser molesto, como que hay como un enjuiciamiento desde los medios de comunicación, de que tienes que hacer esto así, que tienes que vacunarte, y todo eso impuesto como con miedo, y eso a nivel familiar genera más estrés, divisiones en el grupo familiar por pensar distinto, más angustia, entonces todo va generando dificultades mayores en la intervención entonces digamos que vienen esos cien problemas, pero vienen aumentados, entonces eso para mí es la crítica, y es difícil controlar los medios, entonces ahí viene el trabajo personal de que información quiero recibir, entonces ahí está mi crítica. Ahora están mencionando hartos que la salud mental va a ser un tema, que el financiamiento es poco, lo cual es real, y que en sí, es como una bomba de tiempo, que no vamos a alcanzar a dar cobertura, entonces eso igual lo he visto en derivaciones como de red SEMAME, que están colapsados y en tribunales de familia, también han mandado a decir que están colapsados, en verdad tienen mucha, mucha carga laboral y los caos siguen, entonces desde ahí ha sido muy duro, yo siento que el desafío para el próximo año es estar muy atentos, y ver que vaya a pasar, pero siento que hay miedo en sí, que han fundado en las familias y eso es super grave y va a tener que trabajarse con los síntomas de las familias.

Bueno, eso fue la entrevista, te agradezco mucho tu tiempo, la información ha sido muy valiosa para mí, así que muchas gracias por compartir tu visión y tu tiempo.

Entrevista 3:

Contexto de ocurrencia:

Lugar: Reunión virtual través de Google Meet.

Fecha: 10-12-21

Hora: 10.00 hrs.

Descripción de participante:

Técnico en rehabilitación del COSAM Pudahuel que se desempeña como parte del equipo de ingreso, grupo de apoyo a la desintoxicación y libertad vigilada, lleva trabajando 2 años en el centro, bajo una modalidad de contrato indefinido.

Transcripción de entrevista:

Esta actividad consiste en desarrollar una entrevista, en donde me interesa conocer tu perspectiva sobre las intervenciones familiares en general y en el COSAM. Quiero partir

preguntándote desde lo más general a lo particular. Desde tu punto de vista, ¿Qué el rol que cumple la familia en la salud mental de sus miembros?

E3: Bueno el rol es apoyar, acompañar y acoger, ese es como el principal rol de la familia. Contención y motivación también.

En tu opinión ¿cómo crees que este rol va a adaptándose a lo largo del ciclo vital de las personas?

E3: Se va adaptando, pero igual en el tema de las adicciones es complejo, porque a veces las familias por querer ayudar a la persona de la familia que está enferma se transforman como en una traba para su proceso, porque empiezan como a facilitarle las cosas, a entorpecer más que a ayudar, sin quererlo.

¿Podrías profundizar un poquito más en esa idea?

E3: Por ejemplo, hay mamás que me dicen, no sabe que yo le compro, no sé, pasta base, o le paso plata para que el compre, para que consuma aquí en la casa y no salga, entonces le facilitan dinero o hasta drogas para que el hijo no salga, ¿me entiendes?, entonces cosas así, si el hijo tiene hijos, les pagan la pensión entonces no los dejan hacerse cargo de sus responsabilidades, eso obviamente entorpece el tratamiento, porque lo que uno busca es hacer que esta persona, que está enferma, que tiene una adicción se haga responsable, de lo que no se está haciendo responsable, entonces igual cuesta un poco como abarcar a las familias, y decirles mire lo que usted no sabe, pero claro, lo que usted está haciendo, no beneficia mucho, pero se entiende porque nadie le ha dicho, entonces ahí uno puede hacer un cambio.

Entiendo, claro porque en un inicio me comentabas que la familia tiene un rol de apoyo, contención o motivación, pero al parecer también puede tener un rol un poco más negativo...

E3: Como de solucionarles todo, como de alivianarle la carga para que no se estresen, porque si se estresa va a ir a consumir, entonces me dicen señorita mire yo le soluciono todo para que él no se estrese, así como para que no se vaya, como algo así.

Con lo que me dices pienso en la visión que uno tiene que la familia apoya mucho sobre todo en la niñez, pero cuando las personas ya son adultas, hay más independencia, sin embargo, en adicciones parece que es otra visión...

E3: Si, si, ponte tú, en señoras de personas que consumen, se da mucho esto, como de facilitarles todo, como que ya, si el no alcanza a llegar a fin de mes, la señora es como, ya yo pago las cosas, o ponte tú, en el cuidado de los niños, si él no se siente bien porque consumió el día anterior, es como ya, yo me voy con los niños, tu descansa, y eso más que beneficiar, perjudica, porque la persona está acostumbrada a que le resuelven todo, no se hace cargo.

Ahora, ¿tú crees que hay diferencias en el rol que cumple la familia en problemáticas como adicciones que es tu área, en relación con otras problemáticas de salud mental?

E3: Si, si tienen muchas diferencias me imagino yo, porque no es lo mismo atender a una persona que tiene otra patología, no sé, ponte tú, depresión, cierto, entonces la familia ahí juega un rol de acompañar y proteger, para que la persona no se vaya a dañar, pero en mi área claro, es distinto ahí

uno juega más por apostar a que, la familia se haga un poquito a un lado, y deje a este adulto ser funcional, retomar.

¿Qué entiendes tu por intervención familiar en el ámbito de la salud mental?

E3: Ya, para mí una intervención familiar, es eso, o sea como acoger alguna problemática que este presentando la familia, tratar de escuchar las dos partes, y evaluar qué es lo que está entorpeciendo, para que ellos mismos se vayan dando cuenta de cuál es el problema y con ellos ir solucionando, buscando alternativas de solución.

¿Te refiere a las dos partes como usuario y familia?

E3: Si claro, hacemos con usuario, pero también a veces solo con la familia.

O sea, ¿pueden ser intervenciones familiares con el usuario o solo con la familia, sin el usuario?

E3: Si, pero sabes Fernanda, por lo general, ponte tú en al ámbito de las adicciones, no es mucha la familia que esta como con la persona, como que cada vez van desapareciendo, como que ya no les creen, entonces se van desligando y al final queda como una o dos personas como presentes en el proceso, las demás no, porque muchas veces les dicen que van a hacer un cambio y como no cumplen las personas terminan por aburrirse.

¿Cómo son convocadas o cómo tú eliges a las personas que van a participar de estas intervenciones?

E3: Cuando ingresa una persona primeramente a COSAM se le pregunta, si él quiere incorporar a algún familiar en su proceso y él tiene que dar la autorización, hay personas que dicen no, esto yo lo hago solo y no quiero que le informen a nadie, entonces ahí no hay opción, porque estaríamos pasando a llevar cierto, como lo que el decide. Pero cuando hay personas que en el ingreso te dicen si, mi señora, se llama tanto, y ahí tú le pides el número y a medida que avanza el proceso con el usuario en este caso, tú le dices, mira para mí sería importante incorporar a su señora en el proceso que le parece, y dicen si, llámela no más, y ahí uno como que la contacta y le explica cuál es el motivo y si puede asistir.

¿Cómo te parece que es la frecuencia y duración de intervenciones familiares?

E3: Bueno la frecuencia depende, por ejemplo, yo ahora estoy realizando un taller que se llama apoyo a la desintoxicación, y busca obviamente ayudar en el cese del consumo, que disminuya, o la persona que logre identificar como por qué consume, es como más psicoeducativo, y en ese taller está contemplado dos talleres familiares, y claro ahí se le menciona al usuario que es necesario que participe alguno de sus familiares, y el obviamente acepta, y se contacta a alguien de su familia en dos oportunidades, la finalidad de esto es contarle a la familia en que consiste esto, explicar que es una enfermedad, que no es así como que la persona sea mala y por eso no cambia, es explicarles, como que sepan, que conozcan, esa es como la finalidad, y obviamente darles algunos tips, para ayudar a esta persona cuando este así como con mucho síndrome de abstinencia, cuando tenga como muchas ganas de consumir, qué hacer en esos casos.

¿Cuánto dura esa intervención en términos de tiempo?

E3: Como 40 minutos y se hace presencial o por video llamada.

¿Te parece que ese tiempo permite cumplir todos los objetivos?

E3: Si.

¿Qué condiciones físicas o infraestructurales te parece que son necesarias para realizar intervenciones familiares?

E3: Ponte tú, yo ayer yo tuve una intervención con la pareja de un usuario, y la hice en el patio, porque era una videollamada, ahí debajo de un árbol, porque no había nadie, porque en la sala de al lado se escucha todo, entonces igual es incómodo.

O sea, ¿una condición física necesaria sería encontrar un lugar cómodo para las personas participantes?

E3: Claro, un espacio que sea cómodo, sin distractores, que por ejemplo si yo estoy con la persona no se escuche lo que están hablando las personas en la otra sala, porque iguale so interrumpe, como que uno tiende a escuchar lo que están hablando al otro lado, eso, eso para mí es importante.

¿Qué conocimientos o experiencia te parece que debe tener la persona que realiza intervenciones familiares?

E3: Yo pienso que depende del tema que vayan a abordar, por ejemplo, si es del tema de las adicciones, igual tiene que manejar algo de conocimiento de cómo manejar o decirle a la persona, ya, si usted ve que su pareja esta como no sé, con muchos deseos de consumo, yo le sugiero que haga tal cosa, o sea conocimiento en al área que va a abordar, ponte tú, si intervención familiar con niños o adolescentes debe tener claro manejar cierto, alguna crisis de los adolescentes o algo así.

¿Bajo qué criterios se decide realizar una intervención familiar?

E3: Ponte tú, lo que pasa harto es que si vemos que en el discurso, mucha como a ver... como que el relato del usuario no es muy real, como que dice, estoy trabajando, y tú como que cachai que en realidad no está trabajando, que es medio falso, entonces ahí después preguntas, bueno usted en la entrevista inicial acepto que participara su papá, es posible que hagamos una visita domiciliaria a su papa, entonces se hace la visita y nos damos cuenta de que el papá dice, no si él no trabaja, es para ver esos pequeños detalles, no con la intención quizás de desenmascarar a la persona, sino que de saber la visión obviamente de su familia.

Claro, claro, bajo el criterio de ampliar la información

E3: si, más real, más fidedigna.

En tu opinión ¿qué otras condiciones deben darse para que se realice una intervención familiar?

E3: Bueno primera condición que la persona quiera, que no se sienta obligada, porque a veces pasa que uno llama a la persona y dice, sí, pero la verdad como que no me interesa mucho, porque el siempre hace lo mismo, entonces si ya su predisposición es no hacerlo, es mejor que no, porque va a costar mucho entrar ahí, va a estar la persona muy cerrada entonces no conviene. La motivación

de la persona que acompaña, eso creo yo. También a veces, cuando se hacen visitas domiciliarias es un poco complejo porque tú vas al domicilio de la persona, y aparece la abuela, la tía, el sobrino, como toda la familia en pleno, y es difícil porque todos tienen algo que aportar, entonces es demasiado, y la idea no es poner a la persona en jaque, o así como ir a ver si es verdad o no lo que dice, sino que tener más información sobre su rutina, que hace el fin de semana, que es como lo que más le gusta, no sé cosas así, pero en general como que pasa eso y todos bajan de su dormitorio, y es como no, aquí viene la señorita y todos empiezan a explayarse, eso, eso igual es complejo.

Ahora, en cuanto a valoración de las intervenciones familiares ¿Cómo te parece que es la accesibilidad a intervenciones familiares para las familias?

E3: Yo creo que para ellos es buena, porque ponte tu cuando ellos no pueden asistir, uno puede hacer ahora video llamada, y si ellos no se manejan con esto, uno va y hace una visita domiciliaria, están todas las opciones, si estamos como dispuestos a, no, sabe que yo no me manejo mucho con esto de las redes, entonces no se preocupe nosotros estamos dispuestos a ir, o incluso si le complica en la casa se puede ir al trabajo, si es que la persona tiene un lugar donde nos pueda atender.

¿Qué factores pueden dificultar el acceso para las familias de poder asistir a intervenciones familiares?

E3: Yo creo que el tema económico, porque hay familias que tienen muy pocos recursos, y mi programa que es libertad vigilada, atiende a personas que viven en Peñaflores, Melipilla, así como muy lejos, y de repente la accesibilidad económica. Hemos tenido casos de no sé, que si vienen de Peñaflores, tienen que gastar 3000 pesos para acá y luego para allá, entonces el tema económico puede ser una traba que no les permite... Si, eso y el tema tecnológico, ahora que estamos como en lo tecnológico cierto, porque algunas personas mayores no saben cómo funciona una videollamada, eso, eso sería.

Desde tu punto de vista ¿Qué condiciones deben darse para que las personas puedan asistir a la intervención?

E3: Yo creo que lo primero que debe cumplirse es el primer contacto con la persona, en este caso la familia, como que la persona la cite, o sea tenga como, o sea, que sea amable, que sepa explicar bien por qué viene, que sea explícito en eso, de repente igual las personas como que se asustan, dicen ay por qué me van a citar, que vamos a hacer, entonces en el primer llamado, así como que oiga mire yo soy, decirle cual es mi rol ahí, que función cumplo y para que la quiero contactar, cual es la idea, eso.

En cuanto a la efectividad ¿Cómo te parece que es la efectividad de intervenciones familiares?

E3: Si, por lo que yo he visto si es buena, la experiencia es buena, porque la familia viene así como que no tiene idea de nada, de que significa esto, algunas familias que nunca han pasado, o sea que su familiar está en un proceso, o sea no tienen mayor conocimiento, no saben cómo actuar, entonces ellos lo relatan como algo que les beneficia, que les alivia la carga, que los deja más tranquilos, porque a las personas en general son muy culposas, no es mire yo creo que por mi culpa este chiquillo es así, o la señora, no es que por culpa él es así, entonces, los deja como más aliviados siento yo, y eso permite que se vayan dando condiciones en la familia como más armoniosas, que vaya cambiando la dinámica familiar, eso va mejorando.

¿Qué diferencias hay entre la efectividad de este tipo de intervenciones en relación a otro tipo de intervenciones?

E3: Yo creo que todas son positivas, por ejemplo, antes se hacía mucho talleres grupales a las familias de los usuarios, se llamaban multifamiliar, y eran las familias de los usuarios que iban y era un espacio igual super rico, porque sin ahondar en tanto detalle de por qué las personas iban, se compartían experiencias, y eran como muy similares entonces el otro se sentía que lo que le estaba pasando era algo como común, no algo así como que esto es terrible, no, entonces compartían sus experiencias, y eso ahora no se hace, por el tema de la pandemia no se hace este tema grupal, yo creo que si es necesario.

Entonces, si entiendo bien, se podría decir que más que una sea más efectiva que la otra, comporten un nivel similar de efectividad.

E3: Si.

¿Cómo te parece que son las intervenciones familiares en términos de efectividad en relación a las distintas problemáticas de salud mental?

E3: O sea la verdad es que no lo sé porque yo solo he ahondado en esta problemática (adicciones), entonces no se si en las otras problemáticas serán efectivas, no lo he vivido, no lo sé. En términos de adicciones si funcionan, no que digamos, ya vamos a llamar a la familia, esto va a cambiar al cien por ciento, no, no, pero si se nota que hay mejoras, porque así el usuario no se siente aislado, siente que aún es importante.

Ahora viene un ítem de preguntas que apunta a facilitadores y barreras para la realización de intervenciones familiares, y para eso quiero partir desde lo general. ¿Qué condiciones físicas de espacio ofrece el COSAM para realizar intervenciones familiares?

E3: De repente igual cuesta, por lo que te decía yo, que como el COSAM igual atiende niños... ofrece las condiciones como te decía, de distintas modalidades, online, presencial, visitas domiciliarias, esas son las condiciones que ofrece y tal vez esa seria la barrera, lo que te decía que las salas como están muy pegadas una a la otra, se escucha todo lo que se habla al lado, entonces podría ser para la persona que va, incómodo estar escuchando todo lo que, ponte tu no sé, estoy en una sala donde al lado están atendiendo a un niño, y no sé, están tocando la armónica, entonces cuesta, cuesta, eso quizás.

En términos de flexibilidad horaria ¿Qué flexibilidad horaria ofrece el COSAM para poder realizar intervenciones familiares que se adapten tanto a los horarios de familias como de profesionales?

E3: Mira ahora el horario está un poco más acotado porque es hasta las 7, pero antes de la pandemia, era hasta las 9 de la noche, entonces la terapia familiar se hacía a las 7.30 si mal no recuerdo, a 8.30-8.45, entonces era de fácil acceso para las familias porque más o menos alcanzaban a llegar después de su trabajo las que trabajaban.

¿Qué posibilidades de capacitarse o recibir orientaciones técnicas en intervenciones familiares ofrece el COSAM?

E3: Antes, pocas, ahora se están realizando más capacitaciones, a requerimiento de profesionales, que los han solicitado y es necesario.

¿Por qué crees que es necesario?

E3: Porque en mi caso los conocimientos en la temática familiar fueron muy básicos, no los necesarios para enfrentarse realmente a una problemática de acoger a una mamá, o a una pareja de alguien que está mal, entonces yo necesitaría más conocimientos en esa área, sí.

¿Qué condiciones administrativas ofrece el COSAM para realizar intervenciones familiares?

E3: Bueno en términos administrativos, están los formatos disponibles, documentos físicos para llenado y también obviamente uno lo puede hacer en el computador en tu casa no sé, a mí por lo general me cuesta mucho atender y escribir, siento que si uno esta cabeza agachada escribiendo, el otro se siente no escuchado, trato de evitarlo, no lo hago, trato de memorizar lo más importante, y después lo traspaso cuando termino, pero tratar de estar todo el rato mirando a la persona.

¿Cómo te parece que influye el financiamiento del COSAM en las intervenciones familiares?

E3: Ponte tu si podría influir en las visitas domiciliarias en donde hay muchos lugares vulnerables o peligrosos digamos, que cuesta acceder a un profesional, que hay que ir en Uber o en micro, entonces como te digo, tal vez sería bueno que hubiese una locomoción del COSAM, con logo y todo, para cuidar a los que vamos, porque de repente vamos a poblaciones malas, muy malas, en donde venden mucha droga, y piensan que uno anda sapeando, entonces yo creo que eso falta.

La movilización ¿depende de ustedes o la financia COSAM?

E3: Depende de nosotros después lo que se hace es rendir, o sea si yo tomo un taxi, tengo que pedir boleta y después la rindo, pero en estos días andar en taxi para nosotros es un peligro, para nosotros, entonces eso igual da un poquito de miedo, sobre todo en un lugar que es muy crítico, entonces uno igual lo piensa, y lo que se ha ido adoptando ahora es ir en duplas, no solos, dos personas.

¿Qué características propias del COSAM te parece que pueden facilitar la realización de intervenciones familiares?

E3: Yo pienso que la cercanía, la cercanía de todos los profesionales, que son cercanos, que están siempre disponibles ante cualquier duda, no sé por ejemplo las personas pueden llamar a la secretaria, preguntarle, dejar un recado y después uno se comunica con la persona, eso diría yo, la cercanía.

Por otro lado. ¿Qué características propias del COSAM pueden ser una barrera para las intervenciones familiares?

E3: Yo pienso que esta como medio escondido, algunas personas no saben que el COSAM está ahí, porque no hay como mucha señalética que diga nada, esta como oculto, no es muy conocido, no es muy nombrado, eso. Y lo otro que hay otro COSAM en San Pablo con Errazuriz, y a veces la gente se confunde, cuando los mandan al COSAM de Pudahuel, van al otro y ahí pierden la hora, no es que a mí me dijeron ese, no saben que hay dos. Entonces eso a lo mejor podría ser del derivante, más específico, ya al COSAM, pero hay dos, tal y tal, eso.

Este ítem que viene ahora va apuntado a creencias y premisas sobre salud mental y familia. **¿Qué creencias o premisas crees que existen en torno intervenciones familiares?**

E3: Que ponte tú a veces las personas cuando uno les dice de las terapias familiares se imaginan como esta película donde sientan a las personas y cada uno dice, bueno yo vengo por no sé qué... esa caricatura, entonces les da como temor enfrentarse a eso porque piensan que se van a ver como expuestos, o les va a dar como pánico, o vergüenza decir lo que les pasa ponte tú en grupo.

¿Te parece que esto pueda influir en la decisión de participar en intervenciones familiares?

E3: A veces sí, porque como el sector que atiende el COSAM no es tan amplio, algunos se conocen, entonces piensan ay no y que pasa si va alguien que me conozca y no sabe que mi hijo consume, como eso puede ser, a pasado a veces, no siempre.

En tu opinión ¿cómo las creencias o premisas sobre salud mental y familia que tengan las personas pueden facilitar o dificultar las intervenciones familiares?

E3: Obstaculizar es tal vez la creencia como que si voy a psicólogo estoy loco, estoy cagao, que van a pensar los demás, esas creencias o mitos, eso, o como que ya no hay nada más que hacer, esas son las creencias que tienen las personas sobre salud mental.

Por otro lado, ¿crees que haya alguna creencia o premisa sobre salud mental y familia que facilite que las personas quieran participar de intervenciones familiares?

E3: Si yo pienso que podría ser ponte tu como que otra persona cercana le haya contado que, si le sirvió, que hayan tenido experiencias favorables, eso podría ser como facilitador.

¿Como te parece que influye la información a la que acceden las personas usuarias sobre salud mental y familia para decidir participar de intervenciones familiares?

E3: Si, influye mucho, lo positivo que pienso yo que ha facilitado en este tiempo de pandemia es que se ha hablado harto de la salud mental, en la tele han dado comerciales acerca de la salud mental y lo importante que es, en algunos casos dan números de teléfono a donde acudir si te sientes mal, eso, como que este año se ha dado harto énfasis al tema de salud mental producto de la pandemia, que antes estaba más oculto.

Para terminar, me gustaría preguntarte si quieres añadir algún otro obstaculizador o facilitador para la realización intervenciones familiares, que no hayamos hablado hasta ahora y te parezca importante.

E3: No yo creo que eso sería, el tema horario, el tema económico, el tema del desconocimiento, como te decía que igual es importante que el profesional que contacta o invita participar es super importante que le explique bien a la persona en que consiste esto, para que es, cuáles son los objetivos, para que la persona no este asustada o a que voy, que me van a decir, eso baja harto las defensas.

Bueno, eso ha sido la entrevista, te agradezco mucho tu tiempo, tú buena disposición, toda la información que me has dado, la cual que hemos podido discutir y comentar hoy, es muy valioso para mí.

Entrevista 4:

Contexto de ocurrencia:

Lugar: COSAM Pudahuel

Fecha: 15-12-21

Hora: 17.00 hrs.

Descripción de participante:

Psicóloga del COSAM Pudahuel que se desempeña en el área de intervención adultos, lleva trabajando x años en el centro, bajo una modalidad de contrato indefinido.

Transcripción de entrevista:

Bueno, esta entrevista pretende poder conocer los escenarios en que se practican intervenciones familiares en contexto de la salud mental pública, y específicamente en el COSAM Pudahuel, entonces me gustaría partir por lo más general, en tu opinión ¿Cuál es el rol que cumple la familia en la salud mental de sus miembros?

E4: Yo creo que un rol fundamental como en términos de las redes de apoyo con las que cuenta la persona, de qué manera pueden ser un acompañamiento digamos, del proceso particular digamos de tratamiento, pero muchas veces pueden estos vínculos en el fondo ser gatillantes también de ciertas situaciones, es como la característica principal diría yo de lo que ocurre con los vínculos familiares, que al ser vínculos tan íntimos y que han sido como en el fondo también formadores de estructuras vinculares, tienen la capacidad de ser muy sanadores, de ser muy positivos digamos, o tienen también la capacidad de ser muy dañinos, que yo diría que eso es como la característica de los vínculos familiares en general, entonces me parece que tienen un rol fundamental para la comprensión de la salud mental de los sujetos, como el entorno inmediato, desde ahí en adelante.

¿Cómo crees que se va adaptando este rol del que me hablas a lo largo del ciclo vital de las personas?

E4: Como el rol se va adaptando, o sea, bueno es que en el fondo los sujetos requieren también distintas cosas, a propósito del rango etario, de la familia o cuidadores, en el caso de la infancia o adolescencia, los vínculos significativos, los vínculos primarios digamos son necesarios primero para la supervivencia del ser humano, desde ahí en adelante cierto, a propósito de ir construyendo patrones vinculares, ser el primer espacio de socialización de los sujetos, pero también más adelante va yendo, o debiese ir habiendo una diferenciación con la familia y de estos vínculos primarios cuidadores, si bien siempre siguen impactando ¿no? En la salud mental, después con el tiempo existe una menor necesidad al menos de la supervivencia, entonces sin duda que en un principio en la infancia, el rol de la familia es mucho más fundamental que en adelante, después uno va construyendo otros vínculos, existe una posibilidad de ir moviéndose de manera más autónoma, y poder generar otros espacios, en la infancia y adolescencia, no solo eso es mucho más complejo mucho más difícil sino que quizás el acompañamiento en la infancia, es también poder trabajar con cuidadores, en cambio en la adultez es otro tipo de trabajo ¿no?.

¿Crees que haya diferencias en el rol que cumple la familia según distintas problemáticas de salud mental?, me refiero, por ejemplo, a distintos trastornos, o diagnósticos.

E4: Yo diría que no, o sea como que en el fondo el espacio familiar ya sea esta familia considerada como los roles sanguíneos, desde ese lugar, o lo que constituye la familia, es un espacio que es necesario o saludable en la medida en que pone límites, en la medida en que acompaña, en la medida en que permite también como tramitar cosas en conjunto, en la medida en que se configuran como vínculos que te reconocen o te validan, yo creo que es el rol que se espera de un sistema familiar sana digamos, independiente del conflicto o diagnóstico de salud mental de la persona.

Me gustaría ahora que hablemos más específicamente sobre las intervenciones familiares en sí, entonces me gustaría saber, ¿Qué entiendes tu por intervenciones familiares en el ámbito de la salud mental?

E4: Yo diría que... y eso me hace pensar en que tanto se realizan intervenciones familiares que tengan objetivo terapéutico a nivel familiar en salud pública, porque una intervención familiar requiere primero, desde mi punto de vista, una mirada sistémica, que esté basada en el fondo en las relaciones, en cómo se vinculan estas familias, el poder observar cómo se vinculan también con el medio, y de qué manera impacta este sistema familiar en la persona que tiene la dificultad de salud mental ¿no? y una intervención familiar entonces debería ir en la línea de poder tener un objetivo de tratamiento que tenga que ver con eso, con el sistema familiar, más bien yo diría que lo que ocurre en los espacios de tratamiento al menos acá en el COSAM, lo que yo observo es que más bien se hacen convocatorias familiares para poder que se yo, trabajar temas de comunicación o vinculación entre una diada quizás o una triada, pero poco se piensa en objetivos familiares, que involucren al sistema familiar. Yo diría que antes por ejemplo cuando se tenía quizás más recursos para trabajar las temáticas de violencia, ahí sí que se realizaban como... porque también es un diagnóstico que es mucho más psicosocial, sí, pero eso diría yo que sería una intervención familiar, que va en la línea de poder generar una lectura del sistema familiar, y que la intervención entonces vaya en la línea de trabajar con todos, y aquí lo que ocurre más bien es poder hacer intervenciones que tributen a la persona que tiene la sintomatología más importante, en esa línea, quien es nuestro usuario finalmente.

Entiendo, y en el caso de cuando se decide hacer estas convocatorias que a lo mejor no tienen un objetivo familiar, pero si participan familiares, ¿Cómo son convocados a participar estos familiares?

E4: Yo creo que ahí depende de la decisión del profesional o tratante, bueno y que se toma muchas veces en conjunto con los usuarios, pero desde ahí se decide, a propósito de las temáticas o conflictos que surgen en el proceso de tratamiento, y que uno quizás puede considerar como que pueda ser facilitador para ciertas problemáticas, principalmente yo diría que se interviene en temas como de favorecer el dialogo, como de facilitar una vinculación más positiva, problematizar ciertos temas de violencia, en esa línea, de hecho yo diría que en el área infante, se trabaja mucho más que en el área adultos.

Y ¿con que tiene que ver eso? ¿podrá ser tal vez por lo del ciclo vital que hablábamos anteriormente?

E4: Si, yo creo que tiene que ver con eso, por un lado, como principal factor, y también yo diría que tiene que ver como con que eso está ligado con una lectura de como ingresan las personas acá, y

en el fondo como ingresan por diagnósticos ¿no?, también tiene que ver con una lectura del malestar desde ahí, pero que está muy ligado también con el ciclo vital. Y también como con recursos diría yo, ahora en pandemia es muy difícil trabajar familiarmente, mucho tiempo estuvimos atendiendo a distancia y eso complejizaba mucho más realizar intervenciones familiares.

¿Cómo te parece que es la frecuencia y duración de las intervenciones familiares?

E4: Yo te puedo hablar desde el área adultos, creo que es importante hacer esa distinción porque yo conozco el trabajo del área infante, conozco el trabajo del área de adicciones, y funcionan completamente distinto, por distintos motivos digamos, por ejemplo, en el área de adicciones tienen muchos menos usuarios, un equipo mucho más grande para menos población, entonces eso les da la oportunidad de hacer intervenciones familiares e individuales, una intervención mucho más integral, que yo creo que eso también es un factor determinante, de por qué es difícil complejo hacer intervenciones familiares en el área adultos, a propósito de los recursos que tenemos, entonces yo diría que es insuficiente quizás, o no sé si insuficiente, pero se hace como lo que se puede con lo poco que tenemos digamos, y por ejemplo, para temáticas que tengas que ver de manera mucho más importante con dinámicas familiares que sean, por ejemplo violentas, ahí yo te podría decir que si o si, la cantidad de veces que podemos atender eso, como que es insuficiente y de hecho, como que yo soy de la línea de derivar a un organismo que pueda intervenir familiarmente en otro lugar, entonces, quizás el tipo de intervenciones familiares que se puede realizar en este contexto tienen que ver principalmente con la psicoeducación, con el trabajo en la comunicación, que pudiésemos pensar que son objetivos que son no tan estructurales, sino que puedan favorecer la vinculación o favorecer el proceso, pero eso para mí no es una intervención familiar propiamente tal. No sé si te respondí.

¿Qué condiciones físicas o de espacio te parece que son necesarias para la realización de intervenciones familiares?

E4: O sea yo creo que eso es uno de los factores porque el contexto de la pandemia ¿no? y la teleterapia complejizan tanto, porque en el fondo como terapeuta familiar es super importante poder tener manejo de lo que ocurre en el espacio terapéutico y eso implica poder estar atento a todos los miembros del sistema que está ahí presente, y tu vincularte como miembro del sistema terapéutico también, en el fondo todos los que estamos en el espacio, y la virtualidad complejiza un montón eso, entonces, por ejemplo, yo particularmente solo en casos en que me parece muy necesario he realizado sesiones de diadas, mamá-hija o de parejas digamos, a distancia, de hecho ahora que lo pienso, estaba atendiendo a una pareja y decidí atender con un coterapeuta, porque la estaba atendiendo a distancia y me parecía que el manejo requería más ojos ¿no? desde donde uno interviene, desde donde uno contiene, desde donde uno... claro, es solamente tu sobre una en una pantalla, no puedes contener con el cuerpo, no puedes como gestualizar, requiere un despliegue en el fondo la teleterapia, que es distinto que es diferente, entonces pensándolo así, me parece muy complejo realizar atenciones familiares así como a distancia y en el espacio físico también por el tema de la pandemia si requieres un lugar grande, donde se cumplan los aforos y todo eso, nosotros acá en el COSAM tenemos algunos espacios que permiten eso, como que claro, tenemos espacios, y depende también de la complejidad de los casos también, yo diría que a veces se requieren dos terapeutas, cosa que por temas de recursos es difícil.

Entonces se podría decir en la condición espacio, por así decirlo, dejando fuera el tema de la pandemia, igual es necesario un espacio cómodo en que puedan participar todas las personas

convocadas y puedas tu estar en una posición que te permita observar todo lo que está pasando.

E4: Claro, eso es importante.

¿Qué conocimientos o habilidades te parece que deben tener los profesionales que realizan este tipo de intervención?

E4: Eh... que conocimientos, o sea requiere un manejo distinto, yo tengo una formación sistémica, entonces yo trabajo con familias desde ahí, pero no creo que sea la sistémica la dueña del trabajo familiar, entonces desde otras corrientes no sé, desconozco como se trabaja en esa línea, como se puedan hacer convocatorias a otros miembros, pero yo creo que si requiere un manejo distinto, requiere como el entender un para que de la decisión de hacer una intervención familiar, requiere una mirada que sea relacional. No creo que una persona que no tenga una formación específica en terapia familiar no pueda atender a una familia, porque también uno se puede ir formando, teniendo espacios de supervisión pero si hay que quizás ir moldeándose, observando cómo se hacen terapias, hacer primero co-terapias, para entender cómo se interviene, pero no creo que sea necesario tener formación específica para poder atender familiarmente, también yo creo que también mucho la experiencia, por ejemplo, trabajar en espacios como este, que puede resultar ser como una super escuela, como para poder tener una mirada más sistémica y observar cómo se trabaja con familias.

¿Podrías profundizar un poco más en por qué es un manejo distinto?

E4: Yo diría que como principalmente el manejo tiene que ver con entender que estas frente a un sistema consultante, no frente a un sujeto que está acompañado por, y desde ahí lo pienso muy desde la circularidad, como el poder facilitar un espacio en donde se permita un dialogo circular, que incluya y haga sentir parte, que valide en el fondo, o que dé lugar en realidad, porque no es validar que este bien o este mal, sino que dé lugar a todos los miembros del sistema consultante, implica un manejo de evitar en el fondo las alianzas o las triangulaciones, y eso requiere, como desde ahí requiere ese manejo.

¿Bajo qué criterios desde tu punto de vista se decide realizar intervenciones familiares?

E4: Yo diría que eso tiene varios niveles, por ejemplo, un criterio importante para realizar una intervención familiar es riesgo, cuando uno necesita como redes de apoyo ¿no? en ese contexto, ese es un factor importante para tomar esa decisión, cuando uno necesita como que la familia se configure dentro de lo que pueda como un espacio sostenedor o como una red de apoyo, cuando hay dinámicas relacionales que puedan traer violencia o maltrato, también eso es un factor, en el cual se toman las decisiones. En este contexto yo diría que esos son los principales gatillantes para tomar esa decisión.

Y estos factores gatillantes, ¿son decisión de cada profesional o como centro tienen protocolos para decidir?

E4: Hay ciertos lineamientos, pero finalmente eso recae principalmente en el criterio del profesional tratante, también nosotros tenemos espacios de supervisión clínica donde también presentamos nuestros casos y recibimos apoyo, en general las intervenciones familiares se hacen acompañado de otros profesionales, claro en general.

Desde tu punto de vista ¿qué condiciones deben darse para que se realice una intervención familiar?

E4: Lo más básico es el tema del espacio, pero también desde lo básico una intervención familiar requiere una convocatoria de más personas y requiere como mucho mas flexibilidad por ejemplo en términos de horario, cosas así, porque hay muchas cosas más que resolver para lograr que las personas se puedan encontrar en un espacio, en un horario y todo, y yo diría que es importante también la problematización que se pueda hacer con el sistema familiar para que les haga sentido la intervención, como cualquier intervención de salud mental, desde la psicoterapia o la psicología es super importante la motivación o la problematización del conflicto al momento de hacer una intervención, quizás muchas veces las intervenciones se tratan de eso, de poder ayudar a las familias a problematizar ciertas cosas, pero me parece que esa es una condición necesaria para realizar un proceso.

Ahora hablando un poco sobre la valoración de las intervenciones familiares, ¿cómo te parece que son estas intervenciones en términos de accesibilidad para las familias?

E4: Es super difícil, yo diría que...al menos viéndolo desde la salud mental, pensando que la salud mental se organiza a propósito de diagnósticos que tiene que ver con depresión, con ansiedad, bipolaridad, diagnósticos clínicos digamos, de salud mental. La intervención por mucho que el modelo chileno tenga una mirada familiar, la atención es principalmente individual, entonces digamos la intervención familiar es mucho más compleja, en pocos espacios se da y claro pocas veces se tiene esa posibilidad, de hecho por ejemplo, como este COSAM atiende como una... a mostrado a la red que atiende desde ese modelo, y que se atiende también desde considerar terapia de pareja, o cosas así, ese es un motivo también por el cual nos llegan derivaciones de APS, que también por temas de recursos nosotros hemos tenido que ir frenando no, porque ya no da, no da en términos de profesionales, en términos de derivaciones individuales que nos llegan ¿no? entonces, poca yo diría, la intervención familiar en general se da cuando hay problemáticas mucho más complejas, desde ahí está financiado, por ejemplo, estoy pensando en adicciones, en este programa de terapia multisistémica que se hace con personas que son infractores de ley, y entonces se hace en casos como de mucho riesgo psicosocial, de hecho en salud mental eso no está financiado, las canastas no financian al sistema familiar de una persona que tenga depresión, financia a esa persona, y financian básicamente una atención mensual, entonces es muy difícil tener acceso a una intervención, a menos que estes en riesgo psicosocial.

En síntesis, podríamos decir que el acceso no es muy fácil viéndolo desde las posibilidades financieras, administrativas y de recursos, pero si lo vemos desde el punto de vista de las familias ¿Qué factores propios de las familias o del entorno podrían dificultar el acceso a intervenciones familiares?

E4: No sé si entiendo muy bien la pregunta, si tiene que ver como para que la intervención les haga sentido te refieres tú, dificultades en esa línea o dificultades simplemente de acceso

Simplemente de acceso.

E4: Desde ahí lo pienso en la línea de lo que te decía antes, de que la gente trabaja, los horarios en el fondo de atención de los CESFAM y COSAM es un horario laboral, como que es el mismo que tiene la gente, dejar todo por... en realidad tratarse digamos como cualquier tratamiento de salud es

complejo, como que se dejan otras cosas de lado, entonces poder coordinar eso complejiza, poder coordinar las rutinas y responsabilidades que pueda tener cada miembro de la familia.

Ahora vamos a pasar a otro punto, que tiene relación con la efectividad de intervenciones familiares ¿Cómo te parece que es la efectividad de estas intervenciones?

E4: La efectividad, ¿qué sería la efectividad?

Podríamos definirla en relación al costo-beneficio.

E4: Yo diría que la efectividad como del poder incluir un tratamiento familiar que complementa un tratamiento individual es mucho más alta, es por eso que los programas que son más financiados, que no dependen del servicio de salud, como adicciones, tienen considerado intervenciones familiares porque hay una mirada que se valida en el fondo y que entiende las problemáticas desde ese lugar, entonces si se pudiese realizar de esa manera en los distintos diagnósticos, sin duda a mí me parece que sería más rápido, sería mucho más efectivo. Yo creo que la mirada de salud que entiende los sistemas familiares como importantes para el tratamiento de cualquier tipo de patología, ya sea física, no solo de salud mental, es lo que da cuenta de, o sea está basado en un montón de evidencia que entiende como la implicancia de los vínculos y el entorno en la salud en general, sin duda que sería mucho mejor, mucho más efectivo complementar los tratamientos, incluso en algunos casos podría ser muy efectivo solo la intervención familiar.

Claro, me surge la duda, si vemos la efectividad como costo beneficio o más bien como que dé resultados, que logre resolver problemáticas ¿Te parece que hay diferencias en la efectividad de intervenciones familiares y otros tipos de intervenciones? Como, por ejemplo, terapias individuales, grupales o cualquier otro tipo de intervención en salud mental.

E4: No, o sea yo creo que puede ocurrir de distintas maneras, o sea hay distintas problemáticas que requieren como con mayor relevancia una intervención familiar y hay otras que, porque también tú puedes trabajar en términos relacionales con una persona, como que no es necesario que este toda la familia para trabajar en términos relacionales, entonces diría mucho que depende del caso y de las problemáticas, desde ahí a propósito de eso se pueden ir tomando decisiones, pero a mí parecer lo importante es tener esa mirada, intervenir en esas líneas, sin duda, en algunos casos si puedes convocar a las familias, puede ser más facilitador del proceso, en otros casos, no es tan necesario. No siempre el camino es intervenir familiarmente porque así es más rápido y se resuelve mejor, yo creo que en fondo tiene que ver con cada caso, hay algunos casos en que vemos que se resuelve, entendiendo que se resuelve como disminuyendo sintomatología o cosas así, vemos que se resuelve complementando con taller de yoga, entonces hay muchas variables que influyen en eso y hacen que uno tome distintas decisiones terapéuticas, o con el trabajo por ejemplo en la organización de rutinas, yo trabajo mucho con T.O de adultos porque me parece que complementa mucho el tratamiento de salud mental, y eso muchas veces como que permite como que se resuelvan ciertos nudos críticos, entonces no diría que la terapia familiar es la panacea de la salud mental, pero sí que es un factor muy importante desde la comprensión de lo que le sucede a un sujeto, y desde el poder también pensar en una intervención que incluya, ya sea en la presencia o en lo simbólico a la familia y al entorno.

Entiendo, entonces como para resumir este punto, si entiendo bien, puede ser que la efectividad de la intervención tiene que ver con el caso a caso y con que uno quiere tratar más allá de que la intervención familiar sea más o menos efectiva que otras intervenciones.

E4: Claro, claro sí.

Ahora vamos a pasar a otro ítem, quisiera hablar sobre barreras y facilitadores para intervenciones familiares específicas de COSAM, entonces primero quiero preguntarte ¿Qué condiciones te parece que ofrece el COSAM en términos de infraestructura o espacios físicos para realizar intervenciones familiares?

E4: En cuanto a espacios físicos nosotros tenemos al menos tres salas que son grandes, que son dos salas multiuso y un auditorio, y bueno están las salas de adicciones también, entonces yo diría que hay alrededor de cinco espacios que permiten realizar intervenciones familiares, en términos de poder convocar a más personas o instancias grupales. En términos físicos tenemos espacios, también en términos como de la visión de este COSAM en particular también se promueven las intervenciones familiares, hay otros centros que se basan más en el cumplimiento de metas y si bien acá también tenemos que estar centrados en eso, pero desde la misión, la visión, de esta institución, está considerado poder complementar los tratamientos independiente de las metas, entonces, también se promueve una mirada desde ese lugar, de la convocatoria y todo eso. Entonces yo diría desde esos dos lugares, acá se facilitan las intervenciones así.

¿Qué condiciones crees que ofrece el COSAM en términos de flexibilidad horaria para poder coordinar intervenciones familiares?

E4: O sea acá el centro tiene un horario en que está abierto que creo que es como desde las 9, 8.30 hasta, creo que hasta las 8 y ahí cada terapeuta tiene la posibilidad de poner su horario, como lo considere necesario, por ejemplo, hay gente que trabaja en adicciones y que contempla sus atenciones hasta más tarde, ellos pueden estar atendiendo acá hasta horarios más tarde, y así, como que el centro te da facilidades para coordinar los horarios.

Si, pensando a propósito de lo que me decías de los horarios de trabajo, me imagino que una persona que salga tarde de la paga, acá en Pudahuel movilizarse si es que trabajas en una comuna más lejana, es complejo igual, porque mínimo es una hora de desplazamiento en algunos casos.

E4: Si, es que yo creo que es un problema estructural que en el fondo COSAM tampoco puede, o sería maltratante con los trabajadores de COSAM solicitar que se queden atendiendo hasta las 11 de la noche o 10 de la noche cierto, entonces para que puedan realizarse intervenciones de ese tipo en Chile, también tiene que cambiar una mirada más global de la salud mental, que los lugares de trabajo pudieran darle más valor a eso y que permitieran por ejemplo, dos veces al mes a las personas que estén en el tratamiento salir antes, como que requiere una flexibilidad de los distintos sistemas que están en la sociedad, entonces no podríamos nosotros, porque creo que sería contraproducente, da respuesta a eso, alargar nuestros horarios de atención, cuando yo soy de la postura más de visibilizar esa necesidad, de cambiar la mirada de la salud mental a nivel global.

Al final es como lo que hablábamos, en el papel se propone la importancia de la familia en la salud, pero no se ofrecen las condiciones. Por otra parte ¿Qué posibilidades de capacitarse o recibir orientaciones técnicas sobre intervenciones familiares ofrece el COSAM?

E4: Poquitas diría yo, poquitas posibilidades de capacitación en esa línea, más bien, o sea como en términos generales tenemos pocos espacios de capacitación, algunos se dan por vínculos con universidades que tiene el COSAM, a propósito de ser un centro de practica y formación clínica y otros ya tienen que ser financiados por CODESAM, la corporación, lo que es complejo porque tú

sabes que en el fondo este es un centro que es privado, entonces no recibe esos financiamientos desde lo público, entonces yo diría que muy poco. Entonces la formación se da a propósito de colegas que se han formado, y pueden como transmitir, o hacer como seminarios o cosas así, para el resto de los equipos, pero un financiamiento como específico para la formación en esa línea no hay, es más bien como entre colegas, muy entre que hay terapeutas que son expertos, pero que se han formado en esa manera particular.

Y ahora respecto a lineamientos, o a algún apoyo técnico que ofrezca como en general el MINSAL ¿Tienen algún tipo de apoyo?

E4: Más allá como de guías clínicas o lineamientos generales como en salud mental, no que yo sepa, el COSAM si hace un tiempo, hace unos años, hizo una investigación larga y saco unos tomos, manuales, respecto de la mirada familiar, y lineamientos de intervención familiar, y eso, pero eso es una iniciativa completamente particular, que se licita en el fondo, o se adjudica la ejecución digamos, de un proyecto de otra fundación, o sea es algo totalmente particular, ahora yo no sé si en otro tipo de centro de salud se hace eso, al menos aquí en este centro durante el tiempo que he estado no.

Por lo que he leído yo, creo que no hay mucho apoyo técnico y eso puede ser una barrera igual.

E4: Es que sabes que estaba pensando, que incluso en los centros de formación universitaria, al menos la experiencia que yo he tenido o el acceso que tengo a eso a propósito de los estudiantes en práctica que están acá, ni siquiera sé si hay una formación específica en las escuelas de psicología respecto a salud pública ¿no? y que uno pudiese pensar si el modelo de atención pública es un modelo familiar, también debiesen enseñarlo en las universidades, como que hay mucha falencia, se supone también que nosotros debiésemos atender desde un enfoque de género y yo hace muy pocos años recién he escuchado que se le da un poco más... quizás cursos optativos desde la perspectiva de género en la clínica, entonces yo diría que hay muchas cosas que están antes en el papel, que en lo que es la práctica, en muchos sentidos.

Ahora por otra parte ¿Qué condiciones administrativas ofrece el COSAM en términos administrativos para la realización de intervenciones familiares?

E4: Se han realizado algunos esfuerzos como por poder tener por ejemplo, fichas familiares con otro tipo de folio, pero resulta que eso se hace un poco difícil, particularmente porque nosotros como no trabajamos con el RAYEN que es el sistema como clínico administrativo donde está todo como entrelazado, nosotros no trabajamos con esa red, entonces nuestras fichas clínicas son individuales, entonces en el fondo, nosotros lo que hemos hecho es diseñar estas fichas para que haya una mirada familiar y que se pueda incluir también una intervención en esa línea, pero también está como en el papel, nosotros también claro como en términos administrativos hemos generado como una especie de apoyo inter área digamos, en donde cuando observamos que alguien, algún miembro de la familia, por ejemplo, tiene algún tipo de consumo problemático, nosotros podemos hacer esa derivación interna, y se le da prioridad, existen ciertas facilidades en esa línea, pero hasta el momento el modelo digamos, como no está instalado desde lo familiar, más bien cómo te decía son iniciativas del centro, y eso muy sobre la marcha también. Hicimos estas fichas familiares, luego nos encontramos con que enredaba todo, de repente había dos personas atendiendo, una al hijo y la otra a la mamá y no se podía acceder a la ficha porque estaban en la misma carpeta, entonces ahí se va aprendiendo muy sobre la marcha, pero si, son como iniciativas muy particulares.

¿Cómo influye las condiciones financieras del COSAM en la realización de intervenciones familiares?

E4: O sea no sé si sean las condiciones financieras del COSAM, yo diría que más que nada tiene que ver con cómo está diseñado en temas de políticas públicas, el cómo se financian las intervenciones en salud mental. Las intervenciones en salud mental se financian de acuerdo a diagnósticos y diagnósticos clínicos, como patologizantes digamos, como te decía antes, depresión, esquizofrenia, y se financia no al sistema familiar sino que se financia a la persona que está con el diagnóstico, entonces, en el fondo nosotros si quisiéramos hacer una intervención familiar, es como con esa misma canasta de atención que estamos brindando atención a otras personas, entonces, es como el diseño o la falta de recursos viene desde más arriba desde cómo está diseñada la política pública para la atención a familias, más allá de lo que nosotros podamos hacer, porque por ejemplo, nosotros tenemos que hacer un cálculo de la cantidad de prestaciones que tenemos que hacer al mes, por programa, entonces que se yo, ahí eso nos hace planificar que cada uno de nosotros debe realizar, debe tener cierta cantidad, de horas clínicas y en esas horas clínicas debe atender a cierta cantidad de personas diferentes, para poder cumplir con esas metas, entonces si yo quisiera hacer una intervención familiar y en el fondo brindar atención a cuatro personas, cinco personas, tres personas, eso ya está a mi criterio, si yo quiero dejar una hora administrativa para eso, pero en fin yo tengo que dar cuenta de cumplir con ese requerimiento para cumplir metas.

O sea, en el fondo ustedes se deben sobre exigir, porque al final si hacen una intervención familiar, no se retribuye económicamente, ya que no se puede hacer un diagnóstico familiar.

E4: O sea nosotros lo hacemos en nuestra ficha clínica, pero la persona tiene que estar dentro de un programa, porque se financia eso, y por ejemplo, con las patologías GES es mucho más así porque es todo un papeleo, donde claro hay una intervención, considera fármacos, es una canasta que ve, pero por ejemplo también te financia en algunos casos, una atención al mes, aunque si la persona está en riesgo, eso hace que nosotros decidamos verla una semana yo, otra semana el psiquiatra, la otra semana que se yo, si nos dividimos así, igual se va a financiar, solo una de esas atenciones, entonces uno hace malabares con lo que tiene, como el equipo en realidad.

¿Qué características propias del COSAM crees que pueden facilitar la realización de intervenciones familiares además de las que ya hemos mencionado hasta ahora?

E4: Yo diría que más allá de la formación de los profesionales y todo, lo que yo observo, bueno también participe de una investigación, las personas se vinculan con el centro, más allá de vincularse con un profesional en particular, entonces es una atención, que es el foco que se pone acá también, o que se ha intentado poner, es que desde que la persona ingresa, desde recepción y todo eso, desde ahí también yo diría, como las familias digamos, quienes acompañan a la gente que son usuarios de acá también se sienten acogidos desde la llegada digamos, y también desde antes de la pandemia el centro intentaba hacer actividades comunitarias, en donde se convocaba a la familia, para que también empiecen como a desmitificarse un poco el tema del tratamiento en salud mental, y yo creo que en esa línea, desde algo muy estético, cuando la gente entra, ya lo ve desde afuera, y cuando entra se sorprende mucho de ver que es como un lugar que al observarlo es acogedor, y yo creo que eso es convocante también.

Ahora, por el contrario, ¿Qué características propias del COSAM crees que pueden ser una barrera para la realización de intervenciones familiares?

E4: Creo que, desde el COSAM, creo que no, como que en realidad siento que todos los esfuerzos se hacen por poder realizar intervenciones que involucren más, más bien las barreras vienen en la línea de lo que te decía antes.

Ahora viene el ultimo ítem, ¿Qué creencias o premisas crees que existen sobre salud mental y familia que influyen en la realización de intervenciones familiares?

E4: Yo diría que influye también como una mirada de que quizás pensar o sentir que trabajar con un sistema familiar puede ser más complejo en términos de manejo ponte tú, como lo que te decía en delante, porque también la formación no esta tan ligada a eso, entonces puede haber como una idea ligada a la falta de experiencia, o inseguridades al momento de realizar eso, también hay una visión como de los profesionales que atienden, que pueden tener una mirada mucho más individual o subjetiva del malestar y que en el fondo decidan realizar sus intervenciones desde ese lugar. A nivel como más ya del consultante, como que existe esta idea como de comprender a quien tiene el conflicto de salud mental como individualizarlo, las personas nos e sienten participe, en general no se sienten tan participes de los conflictos de salud mental, no se sienten participes en distintos niveles, ni como facilitadores, ni como personas que puedan dificultar también, ni como cuidadores, entonces, desde ahí como que yo he observado algunas resistencias.

¿Qué creencias crees que pueden existir por parte de usuarios y familias sobre las intervenciones familiares, que puedan influir en la decisión de participar en estas?

E4: Como en esa línea, como lo que te decía ahora último, como que no se sientan parte, como que sientan que no tienen influencia, en el fondo como se considera que el conflicto es individual de algún miembro de la familia. Lo otro que estaba pensando que hay ciertas cosas que son más comúnmente tratadas en temas familiares como cuando hay conflictos en la comunicación o temas de violencia, pero estaba pensando como que muy pocas veces se tiene una mirada relacional familiar al poder atender otras cosas quizás como por ejemplo, depresión, crisis de pánico, como que también hay ciertas dificultades o conflictos en salud mental que uno asocia más a una intervención familiar que a otras, pero también eso puede ser una premisa del terapeuta al momento de decidir convocar o no, o realizar una intervención familiar.

Por último, y para finalizar esta entrevista ¿Quieres agregar algún otro factor obstaculizador o facilitador para las intervenciones familiares que no hayamos mencionado hasta ahora?

E4: Bueno eso que te decía a propósito de los diagnósticos, del financiamiento, pero lo que me parece más importante es tener una comprensión como a nivel estructural de la salud mental y el impacto que tiene en los sujetos los vínculos, como que a mí me hace mucho sentido la mirada familiar en salud, pero es muy difícil por un lado ejecutar una intervención en esa línea, por el tema del financiamiento, pero también porque hay una idea más individualista del malestar a nivel social, entonces, eso yo creo que es un cambio de paradigma y cultural, que yo creo que requiere tiempo y a mí me parece que da cuenta de las resistencia igual en esa línea, entonces yo creo como que claro, se puede ir avanzando hacia allá pero igual requiere tiempo, una maduración, ir desnaturalizando en distintos frentes, desde el trabajo, desde la escuela, yo diría que la escuela cumple un rol fundamental en una comprensión más familiar, a propósito de los programas que se han instalado en los colegios, de programas de inclusión, de acompañamiento psicosocial, las escuelas son las que han empezado a hablar con más fuerza de inclusión, de la comunidad educativa, y de las familias, como desde ahí se ha hecho un trabajo importante, entonces desde ahí yo diría que como para poder generar un cambio de paradigma son muchos los estatutos digamos,

las instituciones de la sociedad que deben colaborar en un cambio, si no para nosotros en salud es estar como en un lineamiento que es paradójico, como imposible de llevar a cabo, o muy difícil, eso.

Bueno esto ha sido la entrevista, te agradezco tu tiempo, esta información es muy enriquecedora para mí, porque es un tema que me interesa mucho así que gracias. Dejo de grabar.

Entrevista 5:

Contexto de ocurrencia:

Lugar: Google Meet

Fecha: 17-01-22

Hora: 15.00 hrs.

Descripción de participante:

Trabajadora Social del COSAM Pudahuel que se desempeña en el área adultos, con amplia experiencia en VIF lleva trabajando x años en el centro, bajo una modalidad de contrato indefinido.

Transcripción de entrevista:

¿Qué rol crees tú que cumple la familia en la salud mental de sus miembros?

E5: Bueno es un rol importante, las personas viven en un entorno familiar entonces la mejoría o los logros que puedan tener tiene mucho que ver con el contexto familiar, es un rol preponderante en salud, porque de cierta forma tu no atiendes solo al individuo, sino que de una u otra forma ese individuo es parte de una red, red nuclear o extensa, pero son personas que de alguna u otra manera en efecto que quienes tienen apoyo familiar es trascendental, muy importante.

¿Cómo crees que este rol varía o se adapta a lo largo del ciclo vital de las personas?

E5: Claro, va a depender, por ejemplo, si tenemos un paciente menor de edad, claramente ahí el rol de la familia sobre todo los padres, las madres, está más abocado a los cuidados más básicos, pero a la medida que va creciendo la persona, el cuidado no solo tiene que ver con cosas más básicas, quizás tiene que ver con apoyo emocional, algo más social, comunitario, entonces ese rol va cambiando, al principio muy desde lo básico, pero va variando a medida que la persona va avanzando en edad.

¿Cómo te parece que puede cambiar este rol dependiendo de la problemática de salud mental? ¿Crees que hay cambios?

E5: Claro, pienso por ejemplo en pacientes con adicciones, ahí el rol tiene que ser muy distintos en relación a una persona que este con crisis de pánico, el apoyo ahí va variando digamos, o sea en este paciente con adicciones es una cosa como de estar más pendientes, o sea igual siempre el rol es de apoyo y de cuidado, pero varía porque el motivo es diferente.

¿Qué entiendes tu por intervención familiar en el ámbito de la salud mental?

E5: Mira... pienso que uno puede no necesariamente tener a toda la familia en la oficina, porque tú puedes estar interviniendo una parte y ya estás haciendo intervención familiar, y que entiendo yo, entiendo que como te digo no necesito a toda la familia para intervenir, evidentemente que hay que hacer un análisis para saber cuáles son las personas más significativas para esa intervención familiar, pienso también que se puede intervenir tanto en la oficina como en el domicilio, pienso también que una intervención familiar puede ser trabajar en red, con distintas instituciones que están trabajando con esta familia, de esa manera también indirectamente puedes hacer intervención familiar.

¿Cuál es el objetivo de las intervenciones familiares?

E5: El objetivo es co-construir o cooperar con el objetivo del individuo que tu estas atendiendo, la verdad es que cuando uno tiene un apoyo familiar, no sé estoy pensando en una mejor con violencia, si yo pudiera trabajar no solo con ella, sino que también con su red más cercana, ir a su domicilio, no se conocer a sus hermanos, no sé a su entorno familiar que a mí me permitiera ayudar en caso de la señora estuviera en una situación de riesgo, o cuando no vino llamar al familiar... me perdí un poco, entonces básicamente es potenciar el tratamiento, es el plus que te permite no se si llegar más rápido, pero si te favorece la construcción o el abordaje del objetivo que te has planteado en la intervención.

¿Cómo se convocan los participantes a una intervención familiar?

E5: Si estoy trabajando sola, lo primero es consultarle a la usuaria, si quiere incluir a algún familiar o no, se hace con el permiso de la persona, paciente o usuario que estas atendiendo, ahora, si es que estoy trabajando en dupla, hablo con mi dupla o luego con el usuario.

¿Siempre se debe pasar por el filtro de la autorización de los usuarios?

E5: La mayoría de las veces si, aunque estoy pensando en casos en donde hay riesgo o una situación constitutiva de delito, que por un tema ético, o sea nosotros tenemos una entrevista de ingreso con un consentimiento informado, en donde se dice que si nosotros tomamos conocimiento de que se están negando los derechos de una persona o niño, lo que sea, o vemos que la persona se puede hacer daño, frente a eso estamos obligados a convocar a alguien de la familia, sin previo consentimiento de la persona.

¿Qué condiciones físicas o de infraestructura son necesarias para intervenir familiarmente?

E5: Bueno primero que todo una oficina ordenada, no como la mía que parece bodega, tengo de todo, hasta botellas de vino (risas), no sé pienso yo un lugar que permita a las personas cuando vengan sentirse que están resguardadas, que no sea algo con mucho ruido, o que tenga puerta, cosas básicas que a veces no están, más ahora con los aforos, el distanciamiento, pero eso como en términos generales, que sea acogedor, que ofrezca privacidad.

¿Qué conocimientos o habilidades deben tener los profesionales que realizan intervenciones familiares?

E5: Pienso que es importante tener la capacidad o habilidad de por ejemplo ver en qué estado motivacional están las personas, me refiero que no es lo mismo trabajar con un padre que golpea y

reconoce el maltrato a un padre que venga y me diga, es que en realidad yo lo hago así no creo que haya problemas y mi hijo no tiene problemas, siendo que el hijo si tiene problemas, entonces, si podemos vislumbrar de que forma el familiar está posicionado frente al problema me va a permitir a mi saber cómo va a ser el abordaje, porque como te digo, en esta imagen de papá maltratador que tenga conciencia de que esto es complejo para el hijo, a este otro papa que diga, no pasa nada, entonces ahí el abordaje varia, o sea aquí con este padre que esta más negado al maltrato hay que hacer algo más motivacional, o que logre problematizar para realmente ahí ser un apoyo para el tratamiento, eso es una habilidad, bueno, empatía, diplomacia, pero también siendo como bien enérgico, sobre todo en situaciones que constituyan falta o delito, es decir, si estoy frente a un niño maltratado tampoco puedo ser tan empática con el caballero y decirle si tiene razón, o sea señor hay márgenes legales que nosotros no nos permiten dejar esto como nada, o hay una modificación relacional y de vinculación o tenemos que externalizar el caso al sistema judicial, como eso. Ahora, me parece que tener una formación obviamente que ayuda, una formación sobre todo en este COSAM, una formación sistémica, una formación en género, en violencia, en estos estados motivacionales que te digo y obviamente la experiencia, pero claro, a veces la persona puede tener muchos años de experiencia y no lo está haciendo tan bien, entonces es un complemento.

¿Bajo qué criterios se decide hacer intervención familiar?

E5: Pienso como, cuando tengo un caso que no tengo un avance significativo y pienso que la intervención familiar me puede abrir una puerta a poder cooperar en el proceso de reparación o a cooperar en el proceso interventivo, cuando lo veo eso como una puerta de entrada o una puerta de abordar de mejor forma el caso lo pensaría.

¿En el COSAM hay criterios comunes para decidir cuándo intervenir familiarmente?

E5: Es criterio del equipo, o sea cuando yo estoy sola con una persona y decido intervenir así, no le tengo que preguntar al equipo, pero hay casos o programas que requieren una intervención más de equipo, o de más profesionales, por ejemplo, yo ahora estoy trabajando en el área de adicciones y ahí trabajamos nueve profesionales y los casos los vemos todas las semanas, entonces probablemente yo atiendo sola a la niña, pero todos los insumos los llevo a la reunión el día martes, y en conjunto tomamos la decisión, no yo sola, ahí nos es tan supeditado a mí, cuando es trabajo en equipo, pero cuando es algo más individual, algo más mío, yo lo decido, no tengo que preguntar, a menos que tenga dudas, pero es mi decisión no está supeditado a otro.

En tu opinión ¿qué condiciones deben darse para que se pueda realizar una intervención familiar?

E5: Pienso que tiene que haber una expertiz del profesional primero que todo, porque si no, se te va el caso, si tú no tienes un buen manejo, no sé, te vas a cohibir no vas a saber que preguntar, no va a resultar, debe haber una seguridad, una impronta de como yo me planteo ante esta familia, que esta familia sienta que esta ante alguien que se maneja en el tema y no que está innovando, uno podría criticar y decir, claro pero si lo hace un alumno en práctica, porque todos tenemos que aprender pero en este caso nos sería prudente que partiera un alumno en práctica solo, debería estar acompañado por un profesional, entonces las condiciones claro, pasan por la infraestructura y todo, pero también pasa por como el profesional se plantea ante esta familia, que la familia pueda tener la certeza o seguridad de que esta frente a alguien que va a saber del tema y que es respetuoso también, eso es importante porque a veces los profesionales cometemos el error de poner la vida como si fuera blanco y negro y partimos de esos paradigmas, y la vida no es así, entonces cuando

uno empieza a flexibilizar o a ponerte en el lugar del otro y empiezas a entender por ejemplo que cuando una persona está en adicción no es solo porque quiera hacerlo si nos que también hay condiciones emocionales hay una serie de situaciones que es importante ponerlas en la mesa, mira... estoy pensando en algo, hay algunas asistentes sociales, de otros dispositivos, por lo menos de acá no, PIE, PPF, o incluso de las escuelas, no siempre, pero no sé, un niño les refiere algún incidente en la casa y al tiro medida de protección y no avisan a las familias, y la familia llega acá y dice oiga sabe que mi hijo dijo que yo le grite y puso una medida de protección y ahora tengo que ir al tribunal, y me están mandando a... entonces yo encuentro que eso es una falta de consideración, es decir, por eso creo que es importante el respeto, el poder entender que la vida tiene matices, igual obvio que hay ciertos parámetros que te lo da lo legal, pero pienso que es importante esas consideraciones valóricas, éticas.

¿Cómo te parece que son las intervenciones familiares en términos de accesibilidad para las familias?

E5: De verdad que aquí en este centro no hay complejidad en citar a la familia, entonces no te podría hablar de que sean poco accesibles, esta como instalado de que cualquiera de nosotros si tiene un caso y necesita hablar con la familia se hace la convocatoria y ya va a depender de la familia si viene o no, eso no es tema, no hay una complicación, inclusive si nos llaman familiares para saber sobre el tratamiento y todo nosotros le podemos dar el espacio siempre y cuando el usuario o persona que uno atiende este de acuerdo, porque uno no puede dar información a menos que sea un juez que lo ordene.

O sea, el centro facilita el acceso, serían las posibilidades de las familias la otra parte influyente...

E5: Si, bueno si, de hecho, se puede hacer video llamadas si la familia no puede venir, pero pienso que nosotros tenemos un enfoque familiar, ya si es cierto, tal vez tenemos que capacitarnos más, pero existe esta disponibilidad como recurso, muy potente por lo demás.

¿Qué condiciones deben cumplirse para que la familia pueda acceder además de las dadas por el centro?

E5: Siento que en cierto modo ya te lo he contestado eso, primero que esté de acuerdo el usuario, segundo que haya una disponibilidad de ellos a participar y en... no se si te estoy diciendo algo muy nuevo, que sepa el usuario, que el equipo este de acuerdo, que la familia esté dispuesta a asistir o a ser intervenida.

¿Cómo te parece que es la efectividad de las intervenciones familiares?

E5: Ay son super potentes, te cuento de un caso que no sabíamos por dónde darle, una niña super jovencita, 22 años con un consumo pero super importante, así como dos millones al mes, tussí, y ella no era perfil de nosotros, le conseguimos comunidad terapéutica y nada, nos contactamos con su familia y nada, hasta que al final, me contacto por vía whats app , porque tu sabes que ahora trabajo a full con mi celular, me contacto una hermana de esta chica que no vivía en la casa con ella, me dijo que quería participar, que quería cooperar y oye, se nos abrió así (gesto técnico de apertura) y pucha tuvimos que poner una medida de protección para quitarle a la hija a esta loquita porque estaba expuesta, y actualmente está con una adherencia importante, no está con la hija, pero eso fue gatillante para que dijera ya, suficiente, y con esta hermana, que también ahora sumamos a la mamá hemos ido trabajando de manera permanente, entonces tú dices, si no hubiéramos hecho ese

contacto, no hubiésemos tenido la posibilidad de ayudar a esa paciente, entonces creo que son muy importantes, pero también creo que es muy importante no caer en la triangulación, ojo con lo que le voy a decir, cuando yo le digo X me llamo tu hermana yo voy a empezar a hablar con ella y voy a incluirla si tú me lo permites, y ella me dijo ya si, entonces para no generar enredo así bien coloquialmente, y es bien loco lo que te voy a decir, pero en casos de violencia, no de violencia como terrorismo doméstico, sino que cuando hay violencia más horizontal o más cruzada, el efecto de hacer una intervención familiar es mucho más potente que si uno lo hace de forma separada solo con la mujer o solo con el hombre, pero claro, hay que tener harto manejo, en cómo vas a plantearte la intervención con esa pareja, por eso hay que despejar hartas cosas antes de decidir abordar esa temática, pero con harto cuidado, no cualquier violencia se puede abordar con pareja o familias.

En relación a otro tipo de intervenciones del centro ¿Cómo es la efectividad de las intervenciones familiares?

E5: No me podría casar con que son las mejores, creo que las grupales también son buenas, uno ve avances importantes en las intervenciones grupales, pero las familiares pueden ser igualmente potentes, yo creo que es una buena alternativa sin desmerecer a las otras.

¿Qué condiciones ofrece el COSAM en términos de infraestructura para las intervenciones familiares?

E5: Yo me imagino que las salas espejo, es un muy bien espacio para hacerlo y para aprendizaje del equipo, creo que tenemos la infraestructura, tenemos salas, que claro a veces se hacen pocas, pero tenemos espacios, tenemos las dos salas grandes, las salas espejo, en términos de infraestructura.

¿Qué condiciones ofrece el COSAM en términos de flexibilidad horaria para la realización de intervenciones familiares?

E5: Ahí es relativo porque depende del horario de los profesionales, entonces no es que todos trabajemos de ocho a seis, tratamos de adaptarnos, eso sí, pero no es totalmente garantizado, así como que a una persona la voy a atender a las siete, después que salga del trabajo, porque yo trabajo hasta las seis, a veces he hecho excepciones, pero eso es como más caso a caso, no es que sea tan flexible.

¿Qué posibilidades de capacitarse o recibir orientaciones respecto a las intervenciones familiares ofrece el COSAM?

E5: Yo creo que depende del área, por ejemplo en este programa que te digo yo de mujeres con consumo y violencia, tenemos harta capacitación en lo familiar, harta autocapacitación, la Paula Mujica, la Keka, siempre están trayendo el mundo académico, porque ellas hacen clases, respecto a las intervenciones familiares, pero en el área adultos, ahí no tenemos tanto, lo que sí, tenemos la posibilidad de pedir permiso unas horas y capacitarte afuera, una cosa así, pero no es que sea todo el COSAM, depende del programa.

¿Qué condiciones administrativas ofrece el COSAM para las intervenciones familiares?

E5: Bueno, hay una codificación para intervención con familias hay un consentimiento que firma, no en realidad es para sala espejo, para la familia no, solo basta con la verbalización... pero como te digo hay una codificación que se contempla, no es que yo invente, todos sabemos que el 3822 es

una intervención familiar, y el 38 no sé cuánto es una convocatoria en proceso de evaluación, entonces tenemos una codificación que nos permite sistematizar las intervenciones familiares.

¿Cómo te parece que afecta el financiamiento a las intervenciones familiares?

E5: Harto, harto porque es caro, es caro la intervención familiar generalmente implica estar, no necesariamente, pero si estoy en equipo implica, no sé si yo estoy con el Fabian, es una hora de Fabian más una hora mía, para una persona, siendo que podríamos estar atendiendo a dos, entonces es caro, distinto es cuando trabajo sola, es mía no más. Antes, por ejemplo, había un programa de la fundación San Carlos, que no sé si tu estabas, no tu llegaste después, que trabajábamos en domicilio, y eso era mucho más caro, porque ahí tienes que considerar vehículo, no necesariamente era una hora en esa casa, podías estar más, pero íbamos dos profesionales, entonces no es barato, pensando en que hay más profesionales.

¿Qué características del COSAM crees que pueden facilitar las intervenciones familiares?

E5: Yo creo que el enfoque sistémico-relacional que en nosotros prima, potencia bastante las intervenciones familiares, que es algo como muy intrínseco, no se cuestiona, será bueno, será malo, no, convoquemos a la familia es como parte de, entonces eso potencia, el poder... o sea no sé cómo lo harán otros COSAM pero entiendo que tienen horas bien acotadas, como media hora para atender, entonces aquí es más flexible, si yo puedo estar una hora, hora y media va a ser problema mío si me atraso con otro usuario, pero si puedo hacerlo lo hago y no pasa nada, entonces creo que tenemos las condiciones de infraestructura y también laborales, pero en términos de los marcos lógicos que nos sustentan.

¿Qué características del COSAM pueden ser una barrera para las intervenciones familiares?

E5: Podría ser el tema de los horarios, porque a veces la gente trabaja, temas de horario, también la cantidad de casos sobre todo pensando en alumnos en práctica, en donde se requiere a veces intervención familiar, pero hay dificultad para acompañarlos, porque hay pocos profesionales y mucha lista de espera eso puede ser, la disponibilidad horaria y la disponibilidad de profesionales.

¿Cómo crees que las creencias o premisas sobre salud mental pueden afectar a la realización de intervenciones familiares?

E5: Uy hartoo, porque a mí me pasa hartoo que la gente dice, si va a estar una trabajadora social yo no voy, porque a mí me dicen la quita guagua, y yo en la vida he puesto medida de protección, o sea una sola vez, y jamás, a mí para nada me gusta el sistema judicial, y de hecho es como lo último, entonces cuando están con las familias y les dicen mire va a estar una asistente social, yo les digo a mis compañeros, cuando convoquen expliquen que yo no voy a poner demandas, ni cosas escondidas, ni nada, simplemente es orientar, pero hay gente que no quiere no más po, no se arriesga y que si estoy yo, no van a ir, entonces ahí, en todo orden también hay profesionales que tienen cierto sesgo de yo no voy a trabajar con agresores, y no trabajan, entonces todos tenemos ahí que contribuir en las creencias tanto de usuarios familias y profesionales en torno a la intervención familiar. Generalmente cuando yo intervengo con otra profesional en un caso, es como para orientar básicamente en temas legales, pero pasa que hay familias que no quieren que yo este y si no quieren que yo esté, y si no quieren no se puede no más, o que quieren terapeuta mujer, no hombre, no sé.

¿Quisieras agregar algún otro factor limitante o facilitador que no hayamos mencionado hasta ahora?

E5: Yo creo que algo que ayuda mucho al momento de intervenir es que tú te lleves bien con tu equipo, con tu dupla, que tengas un cierto coaching o entrenamiento, por ejemplo, a mí me pasa con el Fabi, que con él lo hago estupendo, porque yo ya lo conozco a él, ya se más o menos lo que va a decir, a preguntar, conozco más o menos su lógica. Pero me ha pasado que cuando intervengo con profesionales que no conozco, me cuesta un poco como que hay ritmos distintos y eso enlentece un poco la efectividad de la intervención, en cambio cuando estas con una dupla que tu más o menos conoces su dinámica y como se plantea, eso te ayuda más. Tener un partner o una partner, que tu confíes, porque a veces tu cachai como trabaja y tienes que intervenir igual estas como pucha ojalá no vaya a meter la pata o yo no sé no me siento como muy segura. Es muy importante porque yo puedo preguntar una cosa y él se va por otra y la embarramos, a veces uno no coincide, no sé si cuando hay una dupla poco consolidada, la verdad no sé qué tan efectiva pueda ser esa intervención.

Y otra dificultad es el tema de la disponibilidad, con este efecto de la pandemia ha crecido una enormidad la demanda, es mucho lo que la gente tiene que esperar, entonces eso es no ser oportunos, nos tardamos a veces en intervenir y mucho, porque no da, a veces no da, y eso complejiza las cosas, porque en el fondo si tu tuvieras la disponibilidad ahí, oportuna, le damos con el caso, pero lo ingresamos y ahí la persona puede estar esperando un mes, tres meses, hasta 6 meses.

Bueno, eso ha sido la entrevista, agradezco mucho tu tiempo y buena disposición.