



Escuela de Psicología

“Los alcances clínicos del fenómeno de la institucionalización, de niños/as y sus familias vinculadas a Centros Comunitarios de Atención de Salud mental”

Profesora Guía: *Daniella Mirone*
Profesor Metodólogo: *Álvaro Gainza*
Profesor Informante: *Marcela Concha*

Alumnas: *Claudia Cerda Osorio*
Yasna Belmar Sáez

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y
Título de Psicólogo

Santiago, Octubre 2007

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a aquellos y aquellas que hicieron posible este, nuestro gran y esperado sueño. Fue un proceso largo, extenuante, y que precisó de mucha entrega y energía, no solo para nosotras, sino también para nuestras familias que apoyaron este proceso.

Queremos agradecer principalmente a nuestros hijos:

A Nicolás, Braulio y Diego, que han sido la fuente de motivación, la luz y la fuerza en nuestras vidas... Gracias hijos por estar, por la paciencia y por las reiteradas esperas.

También agradecemos a nuestras parejas, Julio y Leo por el apoyo y por creer en nosotras.

Queremos agradecer en forma especial a Daniella Mirone por el apoyo, por la guía y también por la paciencia.

A Marcía y Norma por el apoyo constante a todos/as los/as alumnas de la escuela

Dedicamos este trabajo, a todas aquellas madres "estudiantes", que se esfuerzan para dar un testimonio de lucha y esperanza a sus hijos/as.

Muchas Gracias

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

El tema que nos convoca en la presente investigación, pretende ser instalado a través de esta investigación, como una reflexión teórica y metodológica respecto de las prácticas clínicas por parte de los profesionales de la salud mental en lo que refiere al fenómeno de la institucionalización, antes estudiado sólo en el área de la psiquiatría en lo respecta a la institucionalización de pacientes psiquiátricos en hospitales o clínicas. Sin embargo, consideramos atingente, llevar esta investigación al plano clínico, dado que las condiciones del contexto actual de la salud mental a nivel político, económico y cultural, son similares - si no iguales- tanto en el campo de la psiquiatría como en el la psicología.

Es en este contexto, en el que realizaremos nuestra investigación, considerando para ello el discurso emanado de las propias experiencias en el ejercicio clínico, de los profesionales psicólogos del área infanto juvenil, de un centro de salud mental familiar comunitario, ubicado en la comuna de Independencia. Abocamos nuestro campo de estudio y análisis a esta área clínica, para nosotras rica en información, puesto que son los niños, niñas y sus familias, los que a nuestro juicio nos ofrecen un cúmulo de saberes a través de sus demandas de tratamiento. Estamos insertos en una dinámica histórica, cultural, social y psíquica que nos posiciona en un “lugar” determinado, con efectos a nivel subjetivo e ínter subjetivo

Es por esto que queremos evidenciar la dinámica clínica e institucional en el quehacer terapéutico, que se lleva a cabo en las instituciones de salud pública, a nivel comunitario, entendiendo el lugar simbólico y el peso subjetivo de estas intervenciones en los pacientes y sus familias.

INDICE

1.	<i>INTRODUCCION</i>	
1.1	<i>Antecedentes y Planteamiento del Problema</i>	<u>6</u>
1.2	<i>Formulación del Problema y Pregunta de Investigación</i>	<u>24</u>
1.3	<i>Aportes y Relevancia de la Investigación</i>	<u>29</u>
2.	<i>OBJETIVOS</i>	
2.1	<i>Objetivo General</i>	<u>30</u>
2.2	<i>Objetivos Específicos</i>	<u>30</u>
3.	<i>MARCO TEORICO</i>	
3.1	<i>Introducción</i>	<u>31</u>
3.2	<i>La institución y sus alcances clínicos</i>	<u>32</u>
3.3	<i>El Vínculo como elemento estructurante</i>	<u>38</u>
3.4	<i>El vínculo instituido, como elemento constitutivo de la institucionalización</i>	<u>42</u>
3.5	<i>Problemática del vínculo y de la intersubjetividad</i>	<u>44</u>
3.6	<i>La Iatrogénia y su implicancia en los procesos de institucionalización</i>	<u>46</u>

4.	<i>MARCO METODOLOGICO</i>	
	<i>4.1. Enfoque Metodológico</i>	<i>49</i>
	<i>4.2. Tipo de Investigación</i>	<i>50</i>
	<i>4.3. Diseño de Investigación</i>	<i>51</i>
	<i>4.4. Delimitación del Campo a Estudiar</i>	<i>52</i>
	<i>4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información</i>	<i>54</i>
	<i>4.6. Plan de Análisis de la Información</i>	<i>58</i>
5.	<i>RESULTADOS Y ANÁLISIS</i>	
	<i>5.1. Resultados</i>	<i>60</i>
	<i>5.2. Análisis e interpretación de los resultados en relación a los objetivos</i>	<i>89</i>
6.	<i>CONCLUSIONES</i>	
	<i>6.1. Discusión y conclusiones</i>	<i>102</i>
7.	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	<i>108</i>
8.	<i>ANEXOS</i>	<i>110</i>

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los alcances de la problemática a investigar en nuestra exploración y análisis a nivel institucional y clínico, nos remite a confrontarnos con el lugar de terapeuta en la institución, en relación a una temática emergente e inexplorada en el campo de la salud mental en el ámbito público, y que no ha sido abordado a nivel teórico o reflexionado a nivel institucional. Esta temática refiere **a los procesos de adherencia, deserción y reingreso que presentan los pacientes a través de las intervenciones terapéuticas, y como estas variables inciden en la vinculación a nivel subjetivo e intersubjetivo con la institución y de esta con el paciente.** Este proceso será descrito, investigado y explicado teóricamente en este estudio de tesis, como un fenómeno clínico en el ámbito de la salud mental, denominado “institucionalización”.

Para el desarrollo de esta investigación, se hace necesario acotar el campo de estudio, de modo de poder indagar esta temática y poder enmarcarla teórica y metodológicamente, en un lugar y tiempo específico, con actores involucrados en el fenómeno e informantes claves, que nos permitirán describir y explorar los factores de este fenómeno en el ámbito clínico de la salud mental, y desde ahí dar cuenta de su impacto en el proceso terapéutico de los sujetos involucrados, tanto a nivel de pacientes como de la Institución.

Con respecto al estado actual de la teoría, no se cuenta con referencias bibliográficas ligadas a esta temática específica, en relación a pacientes ambulatorios vinculados a Centros Comunitario de Salud Mental pública, si no mas bien a pacientes psiquiátricos en tratamiento residencial. Además, cabe señalar que existen múltiples referencias teóricas psicoanalíticas en investigación institucional descritas por Freud, Enríquez, Käes, Pichón Riviere, entre otros. Sin embargo, esta teoría no refiere a instituciones de salud mental ambulatoria pública en nuestro país, puesto que, el enfoque que está a la base del desarrollo de las políticas públicas en materia de salud mental, es de carácter sistémico, tomando como modelo lo Bio-Psico-Social.

Al indagar los estudios psicoanalíticos en materia de institución, se observa que existen referencias teóricas sobre un factor determinante en los procesos de institucionalización, a saber; el “vínculo intersubjetivo”, descrito por Käs (2002), que nos permite comprender teóricamente las formaciones subjetivas e intersubjetivas de vinculación con la institución y de esta con los sujetos insertos en la dinámica institucional, a través del tratamiento psicoterapéutico.

Otro de los conceptos a investigar, se relaciona con el “nivel de vulneración”, que presentan los pacientes vinculados a los Centros Comunitario de Salud Mental. En este sentido, consideramos atinente explorar y describir, respecto a los factores psicosociales que “acompañan”, potencian o complejizan el cuadro clínico y, como estos influyen en los procesos de institucionalización.

Bajo estos conceptos, hemos querido trasladar el fenómeno de la institucionalización al ámbito de la salud mental ambulatoria y su implicancia a nivel subjetivo, intersubjetivo, terapéutico e institucional.

Es por esto que en la presente investigación, nos proponemos explorar y describir un hecho observado en un Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna de Independencia, donde en el área infanto juvenil, son atendidos pacientes que llegan con una demanda de tratamiento, derivados desde otras instituciones de la comuna.

Otro de los motivos que inspiró esta investigación, tuvo relación con la experiencia de realizar la práctica profesional durante once meses en el programa infanto juvenil del Centro Comunitario de Salud Mental de Independencia por parte de una de las alumnas tesistas. Este proceso permitió conocer el funcionamiento político-administrativo, el modelo de intervención terapéutico y las prácticas institucionales en materia de salud mental.

En este contexto, se pudo observar un fenómeno recurrente en el quehacer clínico, en relación a los niveles y formas en las que se presentaban la adherencia, la deserción y el reingreso de los pacientes a los procesos terapéuticos. Además de lo anterior, se pudo constatar, que estos pacientes y sus familias reingresaban con una problemática similar a la de origen, consignada por otro profesional en la ficha clínica.

Estas experiencias, provocaron ciertos cuestionamientos de carácter clínico y ético, siendo un aliciente para realizar una investigación que permita dar cuenta y comprender los factores clínicos de este fenómeno en las intervenciones terapéuticas.

Para describir y comprender éste hecho, nos preguntamos por los factores involucrados; las características psicosociales de los beneficiarios, la política institucional, los modelos de intervención psicoterapéuticos, los niveles de adherencia, de deserción y de reingreso de los pacientes, que pueden dar cuenta de la investigación y análisis de este fenómeno.

Para el desarrollo de esta investigación, se hace necesario además, considerar aspectos socio-políticos, culturales y psico-sociales, que inciden en la salud pública, específicamente, en los programas de salud mental a nivel comunitario. En este sentido y para poder contextualizar ésta investigación, se requiere hacer referencia al estado actual de la salud mental en el ámbito público.

Salud Mental Como Política Pública:

En Chile, hasta finales de la década del ochenta, el modelo de salud estaba fuertemente influenciado por el enfoque biomédico. Actualmente, dado los cambios epidemiológicos y demográficos presentes en la población, se considera que éste enfoque no abarca las necesidades de salud en su totalidad, por lo tanto se hace necesario un cambio de enfoque a través del cual se pueda responder a las necesidades de salud emergentes. Surge así a comienzos de la década de los noventa, un nuevo paradigma que instala el concepto “integral de salud”, desplazando el modelo biologicista, que se fundamentaba en la escisión cuerpo-mente.

Este nuevo modelo, implica una mirada de los sujetos desde la perspectiva bio-psico-social, es decir, se integra lo biológico, lo psicológico y lo social, como factores que interactúan entre sí y que inciden en la calidad de vida de las personas y tiene implicancias en el desarrollo general del país. (Conferencia Chilena desafíos en salud mental y atención psiquiátrica, 1991)

La salud mental de los chilenos se define finalmente como una prioridad sanitaria por el Ministerio de Salud, en 1996. La estrategia nacional, en marcha desde 1990 y reformulada en el año 2000, propone un modelo de acción centrado en una atención solidaria, universal y continua. Se aspira a un auténtico respeto por, la persona que requiere atención, su familia y por el desarrollo humano, para que le permita lograr su rehabilitación e integración social. Todo ello en equilibrio con acciones de promoción y prevención de la salud mental, en la población en general y en sectores específicos.

En este nuevo contexto, en Mayo de 1999, es convocada una Conferencia Nacional, en la que participan diversas instancias asociadas a la planificación en salud mental, tales como el Ministerio de Salud (MINSAL), el Colegio Médico, el Colegio de Psicólogos, la Asociación de Isapres, los Directores de Hospitales Psiquiátricos, entre otros, con el propósito de elaborar criterios para un programa nacional de salud mental, concluyendo que: "El desarrollo de un plan nacional de salud mental integral será una contribución a la mayor conciencia en la sociedad acerca de los condicionantes negativos para el bienestar psicosocial

que se derivan del actual modelo de desarrollo del país y un aporte a la construcción del nuevo modelo de salud para Chile." (Minsal, 2001)

En este nuevo escenario político, económico y cultural, fue necesario reformar el sistema de salud a nivel de país, poniendo énfasis en la Atención de Salud Primaria (APS). Se fueron desarrollando, por una parte, las fortalezas del sistema y por otra, se fue descentralizando la atención de salud. Este cambio, tuvo como objetivo principal llevar la atención al ámbito local-comunitario, canalizado y gestionado, a través de los gobiernos locales (Municipalidades). Sin embargo, esto genera una paradoja, puesto que se aproxima a la población, pero se alejan los dispositivos del sistema, relegando por ello la responsabilidad del Estado a la comunidad.

De esta forma, las decisiones políticas y sanitarias, no han sido arbitrarias, sino que fueron pertinentes al actual modelo integral de salud impulsado por el gobierno. En este sentido, la Salud Mental será entendida como “un estado de bienestar fisiológico, psicológico, social, donde existe un despliegue máximo de potencialidades de acuerdo a diferencias individuales (biografía, etapas del ciclo vital, etc.), y contextuales (cultura, momento histórico, etc.), donde se logra la integración consigo mismo, su colectivo y su medio ambiente, y que es el resultado del proceso de adaptación dinámico que incorpora, en su crecimiento y desarrollo las crisis, los conflictos y los estados de enfermedad psíquica”. (Solar, M.1991)

Este nuevo concepto de salud mental, comienza a instalarse como un tema de interés a nivel estatal, que se traduce concretamente en la inversión de recursos económicos y humanos para la creación de instituciones de gobierno local, que trabajen en la temática.

Este salto cualitativo, da lugar a que lo social cobre relevancia, es decir, que a través del desarrollo de programas de gobierno, se responda a demandas que emergen de la comunidad, traducido en tres niveles de intervención:

- Nivel primario: Programas de promoción y prevención y de primera respuesta. Ejemplo, Consultorios, Programas de Prevención del consumo de drogas, de violencia intrafamiliar, de infancia.

- Nivel Secundario: Programas de apoyo psicosociales y de tratamiento de mediana y alta complejidad, en el que se encuentra actualmente los Centro Comunitario de Salud Mental.
- Nivel Terciario: Que refiere al tratamiento y rehabilitación de forma residencial de pacientes con problemáticas de salud mental complejas, como adicciones y patologías mentales.

Estos tres niveles de intervención que tienen como objetivo; la incorporación activa de la comunidad, el incremento progresivo de la resolutivez en el nivel local, además del desarrollo de sistemas de gestión cada vez más eficientes con procedimientos informáticos bien diseñados y actualizados, así como el trabajo en red comunitaria e intersectorial, la adecuada coordinación entre los tres niveles de intervención y la disponibilidad de recursos materiales y humanos para facilitar todo lo anterior, son elementos importantes en el cumplimiento de la política en materia de salud mental.

De ésta manera, durante los últimos diez años, se han implementado cambios importantes en el sistema, tendientes a modernizarlo y hacerlo más operativo, entre los cuales se cuentan la introducción del pago per-cápita en la Atención Primaria de Salud (APS) municipalizada, la elaboración de compromisos de gestión entre los Servicios de Salud y las Municipalidades, el aumento de la capacidad resolutivez de la APS a través de distintos programas de salud, donde se incluyen los programas de salud mental, denominados Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar COSAM en diversas comunas del país.

Anterior a la reforma del modelo de salud, Chile vive política y económicamente un proceso de transformación paulatino, donde entre otras cosas, se privatizan instituciones que históricamente dependían del Estado. La privatización de los sistemas de “protección social”- Salud y Previsión- produce una modificación del lugar protector del estado, a una labor de regulador y supervisor del conjunto de los sistemas de protección, y mucho más importante - para nuestro tema- cambia el lugar de “beneficiario o paciente” a la categoría de “usuario” e incluso en muchos casos de “clientes” en busca de un servicio (PNUD.2004, p.156).

La introducción de los sistemas privados de seguridad social -AFP e Isapres- genera un nuevo rol del estado, el de asegurar “mínimos críticos” de seguridad para los más desposeídos. El estado vuelve a tomar un rol de “protector social”, pero ahora, realizando e impulsando políticas de intervenciones en salud mental a nivel regional y local.

En este contexto histórico, las políticas administrativas de los Cosam serán coherentes con las intervenciones realizadas y principalmente con el “lugar” simbólico que ocupan los beneficiarios del sistema de salud mental público, cumpliendo un rol en los procesos vinculares entre la institución y los pacientes.

Cobertura En Salud Mental:

El Plan Nacional de Salud Mental se propone elevar el nivel de bienestar psicosocial de las personas, familias, grupos y comunidades, en las políticas sociales y en los valores y principios en que se basa la convivencia ciudadana. Con este objetivo, define para el sector salud, un conjunto de acciones específicas a ser realizadas con otras áreas del gobierno y de la sociedad.

La relación entre calidad de vida y salud mental es un tema ampliamente referido, principalmente a nivel gubernamental. El objetivo de la reforma de la salud mental es, en términos generales, mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, realizando distintas estrategias políticas que permitan la mayor cobertura en salud mental.

Se plantea reducir la pobreza y modificar, simultáneamente, otras condiciones psicosociales asociadas a las profundas diferencias de vida entre los grupos con los más altos niveles de ingreso y los más desfavorecidos, es decir la gran brecha social.

En este sentido no sería suficiente la creación de nuevos servicios, se requiere de orientaciones estatales que permitan superar las causas de la mayor carga psicosocial producto de las desigualdades, no sólo de ingreso sino de oportunidades.

Por lo tanto, es fundamental que los beneficios del desarrollo económico del país alcancen a toda la sociedad, no sólo a través de un aumento de su nivel de ingresos y del acceso a servicios, sino también, haciendo más equitativa la distribución de la riqueza.

En la actualidad, los recursos públicos que se invierten en salud mental en el país alcanzan el 1,39 por ciento de presupuesto total de salud, lo que es muchísimo menor que en otros países (en Norteamérica y Europa oscilan entre el 8% y el 16%).

Recursos destinados a salud mental

TOTAL MENTAL	SALUD	\$ 15.746.888.434
TOTAL SALUD	SECTOR	\$1.130.824.70 8.000
% MENTAL	SALUD	1,39 %

Fuente: Minsal.

En Chile, a pesar de que los recursos están concentrados en 4 hospitales psiquiátricos, estos son insuficientes incluso para otorgar una atención de calidad mínima a la población que atienden actualmente.

Por otro lado se le ha dado un énfasis a las políticas de atención primaria, donde la promoción, prevención, detección y tratamiento temprano, resolutivo y continuo, es la estrategia más importante en la actualidad. Se propone impactar en el nivel de salud mental de la población, con la proposición de generar un ahorro proporcionalmente mayor que la inversión por disminución de tratamientos de alto costo, prolongados, en licencias médicas, servicios de rehabilitación y servicios de apoyo social. (Minsal, 2001)

Antecedentes Relevantes de la Comuna de Independencia:

La Comuna de Independencia cuenta con un territorio de 7.4 kilómetros cuadrados, se localiza al norte de comuna de Santiago, limitando al oriente con Recoleta, al poniente con Renca, al norte con Conchalí. Su población actual asciende según el censo de 2002 a los 65.479 habitantes.

Independencia nace de una derivación territorial de las comunas de Conchalí, Renca y Santiago, situación que establece este espacio, determinando a la comunidad local que se caracteriza por no poseer una marcada identidad comunal, aún cuando en algunos barrios es posible identificar una alta cohesión de la población, por tener un origen histórico común.

La relativa especialización de la comuna en actividades de tipo terciario o de servicio, especialmente relacionadas con las áreas de salud y educación, permiten caracterizar un espacio territorial mixto, en donde se combinan sectores con una sobre utilización del suelo con otros sectores de baja densidad. Paralelamente a este proceso se observa una dinámica demográfica de la población caracterizada por dos rasgos fundamentales: por una parte, una baja sostenida de la población de acuerdo a la información de los cuatro últimos censos, y paralelamente, un significativo envejecimiento de la misma.

La inexistencia de espacios urbanos para uso residencial y la escasa incidencia de las políticas de renovación urbana, sumadas a las ventajas comparativas del espacio comunal para el desarrollo de actividades económicas, proyectan una tendencia al decrecimiento de la población.

La situación educacional de Independencia ha cambiado considerable y favorablemente en los últimos años, esto se puede visualizar en un mejoramiento general en la cobertura y calidad de la educación, observando una claramente disminución de analfabetismo que ha disminuido considerablemente, aumentando el promedio de años de estudios aprobados por habitante.

Asimismo se puede señalar que la tasa de cobertura de la educación Pre-Básica, Básica y Media en la comuna ha aumentado significativamente en los últimos años, situación que ha favorecido a la población escolar, mejorando los índices de alfabetismo en la comuna.

La población económicamente activa de la comuna de Independencia se encuentra mayoritariamente ubicada en los sectores secundarios y terciarios de la economía, específicamente en el área de comercio, servicios, e industrias, aunque esta última en menor grado.

Cabe señalar además, que **la comuna de Independencia muestra un serio retroceso en su objetivo de superar la pobreza**. En dos años la población indigente aumentó más del doble (de 1.3% a 2.8%). En tanto, la población pobre no indigente aumentó en el mismo periodo de 4.9% a 8.0%, mientras que la población no pobre en el año 1998 alcanzaba 93.8%, para el año 2.000 esta había disminuido al 89.5% del total de la población. Si bien, estos indicadores aún permanecen por debajo de los rangos regionales, es preocupante pensar que esta tendencia hacia el empobrecimiento pueda ser sostenida en el tiempo.

Por las características socio económicas de la población de la comuna, los afiliados al sistema de salud pública FONASA representan un 49.7% de la población total. Siendo un importante incentivo el gran número de servicios de salud pública de atención primaria, secundaria y terciaria con que cuenta la comuna, a saber, Consultorio Cruz Melo; COSAM; Hospital San José; Hospital Roberto del Río; Hospital José Joaquín Aguirre; Hospital Oncológico; Hospital Psiquiátrico; Unidad de tratamiento y rehabilitación del Roberto del Río, entre otros.

Antecedentes de la Institución a Investigar¹:

Los Centros de Atención de Salud Mental Familiar COSAM, se definen formalmente como instituciones dedicadas a la promoción y prevención en materia de salud mental de la comunidad, y al tratamiento y rehabilitación de problemáticas psico-sociales de mediana y alta complejidad.

Su programa de acción, se inserta en el nivel primario de atención de salud, y se ubican geográficamente en sectores focalizados como vulnerables y/o con múltiples factores de riesgo psico-social. Su plan de acción, fue a principios de la década de los noventa, desarrollado con y para la comunidad, dando énfasis en potenciar estrategias que movilizaran los recursos de la comunidad para el abordaje de los problemas identificados o para fomentar su desarrollo y autogestión. Los objetivos eran diseñados en función de las características propias de la comunidad beneficiaria, tomando en cuenta su cultura; su historia local; factores de riesgo psico-sociales; nivel y tipo de organización comunitaria; prevalencia de trastornos mentales y por sobre todo en función de las demandas propias de la población.

En el año 1994, ocurrieron cambios en la gestión política y administrativa a nivel ministerial, por lo que, estos programas dejan de ser administrados directamente por el Ministerio de Salud, pasando a depender de los Servicios de Salud respectivos, comenzando a desarrollarse de manera heterogénea y autónoma. En este nuevo contexto, no sólo ocurre un cambio en los objetivos y prioridades de cada Centro Comunitario de Salud Mental a nivel comunal, si no también, en los objetivos institucionales y modelos de intervención, pero por sobre todo en el nivel de participación e ingerencia de la comunidad.

En este sentido, cabe señalar que en un principio, el objetivo del Cosam de Independencia se centraba en la promoción y prevención en salud mental, sin

¹ Documento de gestión y protocolo institucional, Centro Comunitario de Salud Mental, comuna de Independencia, año 2005.

embargo, diversos factores fueron reorientando el modelo de intervención de nivel primario a secundario, dentro de los que se destacan:

- Un aumento en la demanda realizada por el Consultorio de atención primaria de la comuna para evaluación, diagnóstico y tratamiento de los beneficiarios del sistema de salud pública.
- El aumento en las solicitudes de evaluación y diagnóstico por parte de los 36 establecimientos educacionales con que cuenta la comuna.
- La necesidad de aumentar los recursos humanos y materiales para responder a la demanda, obliga a la institución a buscar nuevos recursos a través de convenios de colaboración con CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) y con JUNAEB (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas). Estos recursos son utilizados para el desarrollo de subprogramas de intervención en materia de tratamiento en adicciones de alcohol y drogas y en el programa “Habilidades para la Vida”, del programa Infanto-Juvenil.
- La nueva Reforma de Salud, específicamente, el Proyecto de Régimen de Garantías en Salud, más conocido como "Plan AUGE" (Atención Universal con Garantías Explícitas) que define un conjunto de prestaciones de salud que deberán ser cubiertas obligatoriamente por los servicios públicos y privados, con base en el pago de una prima universal y un co-pago diferenciado según nivel de ingresos. Este co-pago corresponderá al 20% del arancel de referencia, con excepción de los grupos FONASA A y B, que recibirán atención gratuita.
- La reciente implementación de la Reforma Procesal Penal, durante el año 2005, trae como consecuencia, un aumento en la derivación de casos judicializados para la evaluación, diagnóstico y solicitud de tratamiento como medida judicial en casos de violencia intrafamiliar, negligencia en el cuidado de los hijos y mediación en conflictos familiares.

Lo anterior, trae como consecuencia una reorientación de los objetivos e intervenciones clínicas institucionales, transformándose a principio del año 2000, en un centro de especialidad de atención a nivel secundario de mediana y alta complejidad, es decir, se traslada el protagonismo y co-responsabilidad que la comunidad tuvo en principio, a través de su aporte y participación en actividades de promoción y prevención, al lugar de pacientes o usuarios de prestaciones en salud mental. Sin embargo, en lo que refiere a lo administrativo y financiero, esta institución continúa ocupando un lugar en la atención primaria a nivel comunal, dado que el financiamiento Municipal que recibe (30% del total del presupuesto asignado) corresponde a un presupuesto para atención primaria, por lo que la institución debe buscar otras fuentes de financiamiento (CONACE Y JUNAEB) para lograr acoger la demanda comunal.

Es por ello que, los aún denominados “Centros Comunitarios de Salud Mental”, realizan principalmente diagnóstico e intervenciones clínicas. Sus equipos están compuesto por profesionales de área médica y clínica, a saber; psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeuta familiar, terapeuta ocupacional y asistentes sociales. La institución cuenta con una dupla psico-social, compuesta por una psicóloga y un asistente social, que realizan visitas a terreno para el seguimiento de los casos más complejos, en condición de vulneración o judicializados.

Todas las intervenciones se realizan al alero del enfoque bio-psico-social, desde una perspectiva clínica-comunitaria. Este enfoque de intervención considera las características del entorno social y cultural de los beneficiarios.

A continuación, se describen los códigos o categorías diagnósticas, que son parte del protocolo institucional de atención del Centro Comunitario de Salud Mental Independencia, de modo de dar cuenta de las prestaciones realizadas en salud mental.

Categorías Diagnósticas de intervención a nivel de institución:

02: Esquizofrenia

03: Depresión año 1

103 Depresión año 2

05: Trastorno Ansioso y trastorno de personalidad

06: Demencia y otros trastornos orgánicos

08: Trastorno hipercinético Año 1

09: Trastorno hipercinético Año 2

10: Trastorno del comportamiento y emocional de comienzo infancia y adolescencia

11: Violencia Intrafamiliar

12: Maltrato Infantil y abuso

14: Consumo de OH y drogas

El siguiente cuadro, presenta los distintos programas que se desarrollan en el Centro Comunitario de Salud Mental Independencia y las intervenciones a nivel primario y secundario que se realizan en cada uno de ellos:

AREA O SUBPROGRAMA COSAM	ACTIVIDADES INTERVENCIONES DE LA INSTITUCION
Trastorno depresivos y otros problemas de salud mental del adulto.	Atención individual o familiar Grupo terapéutico de mujeres Taller de Arte
Violencia intrafamiliar	Atención individual y/o familiar Taller de autoayuda a mujeres Taller de salud mental y masculinidad
Alcohol y drogas	Atención individual y/o familiar Grupo de pares (consumidores HO/Drogas) Grupo Adolescentes Club de auto ayuda Multifamiliar Ecológica
Trastornos Psiquiátricos severos	Taller marroquinería con pacientes Taller de arte
Programa Infato Juvenil	Atención individual y/o familiar Taller de padres Taller de niños con trastorno hipercinéticos Taller de habilidades sociales Talleres de niños 2 ^a básico. Programa “Habilidades para la Vida” JUNAEB

La institución esta inserta y es parte de la red de atención primaria y secundaria a nivel local, en esta red, existen instituciones de salud, educación, social y de justicia que refieren o derivan atenciones al Cosam, pero además, prestan apoyo y asesoría técnica a esta institución en materia de prevención, promoción, reinserción y rehabilitación.

Red de salud comunal:

- Consultorio comunal Dr. Agustín Cruz Melo.
- Hospital Psiquiátrico: Consultorio de psiquiatría (CAE), Unidad de desintoxicación en alcohol y drogas, Servicio de urgencias psiquiátricas, Unidad de rehabilitación.
- Hospital Roberto del Río (Servicio Infantil): Salud mental infantil, Servicio de Neurología, Unidad de Adolescencia.
- Hospital San José.
- Hospital Clínico José Joaquín Aguirre, Hospital Oncológico, Clínica psiquiátrica U. de Chile, CEMERA (Centro de medicina Reproductiva)
- Cosam Área Norte: comunas de Conchalí, Huechuraba, Colina, Lampa, Quilicura, Til-Til y Recoleta.

Red comunal institucional:

- Departamento de Educación (11 Escuela municipales)
- Departamento de Desarrollo Comunitario
- Previene Conace Independencia
- Corporación de Asistencia Judicial

Dependencia Administrativa de la institución Cosam: Departamento de Salud de la Municipalidad.

Dependencia Técnica de la institución: Orientaciones ministeriales canalizadas por la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Financiamiento institucional: Municipal (30%), de instituciones de gobierno (CONACE, FONASA Y JUNAEB) corresponde al 70%.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A raíz de la experiencia de práctica profesional realizada en el Centro Comunitario de Salud Mental Independencia (COSAM), tuvimos acceso al interior de la institución. En este periodo logramos conocer el funcionamiento de la institución, como así mismo, los tipos de intervenciones que se realizan, a los profesionales que trabajan allí y a los pacientes que se atienden, principalmente en el área infanto juvenil.

Bajo este aprendizaje de casi un año de práctica profesional, conocemos las problemáticas de la institución y la de los pacientes atendidos; al efectuar las intervenciones terapéuticas nos encontramos en muchas ocasiones con pacientes o sus familias, que habiendo sido atendidos anteriormente, volvían a consulta psicológica. Este hecho fue corroborado por el relato de los profesionales Psicólogos en carácter informal y fue un tema tratado en las reuniones clínicas semanales del programa, quedando en evidencia que si bien había un registro por parte de los profesionales que realizaban las intervenciones, no existe un diagnóstico institucional que diera cuenta de este hecho.

Este hallazgo nos motiva a investigar un hecho recurrente en el Cosam Independencia –según el relato de los profesionales y según la propia percepción-, a saber, la existencia de un gran porcentaje de niños/as que han recibido atención psicológica por largos períodos y que reingresan. Lo anterior nos invita a preguntarnos por las implicancias de este hecho en las intervenciones terapéuticas que se realizan en el ámbito institucional.

Dentro de los programas estandarizados de intervención, existe como área prioritaria de atención en los COSAM, el programa de salud mental Infato-Juvenil, a este programa, llegan niños/as derivados desde el Consultorio de Atención Primaria, desde Colegios Municipales y Particular Subvencionados e Instituciones Judiciales de la comuna, para la solicitud de evaluación, diagnóstico y tratamiento, según el área de intervención que define la institución. Estos beneficiarios, corresponden a niños, niñas, jóvenes y sus familias con características psicosociales de mediana y alta

complejidad, en lo que refiere a educación, situación económica, cultura, dinámica familiar, entre otras, que configuran el cuadro clínico.

Existe además un fenómeno particular dentro del proceso terapéutico del niño/a y su familia, que tiene relación con una “sobre intervención” clínica, a través de la incorporación de pacientes en las distintas prestaciones de salud mental, como son: psicodiagnóstico, evaluación, intervención psico-social de grupo y consulta individual, que se realizan a través de los programas implementados en la institución, a saber, programa infanto juvenil, alcohol y drogas, trastorno hipercinético, violencia intrafamiliar, entre otros.

Importante es destacar, que el hecho de ser derivados a otros programas de carácter psico-social correspondiente a la red de apoyo local, es otra forma de intervención, que generalmente se mantiene durante el proceso terapéutico que realizan los pacientes vinculados al COSAM.

La atención clínica, por lo tanto, queda en muchas ocasiones supeditada a la cantidad de prestaciones que se puedan realizar con el niño y su familia, teniendo en cuenta que los recursos que llegan a esta institución tienen su origen en los aportes económicos producto de la cantidad de “prestaciones” que se efectúan. En este sentido, los pacientes atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental, deben ser beneficiarios del sistema de Salud Pública (FONASA), por tanto los ingresos son estatales, teniendo su origen en las políticas gubernamentales de salud mental.

Son “beneficiarios” de este sistema, principalmente, las personas de los sectores con mayor vulnerabilidad socio-económica, proviniendo de hogares que se enfrentan a riesgo de deterioro, pérdida o imposibilidad de acceso a condiciones habitacionales, sanitarias, educativas, laborales, previsionales, de participación, de acceso diferencial a la información y a las oportunidades.

Esta condición va a caracterizar multidimensionalmente a los pacientes, manifestándose de variadas formas. En el caso de la población infanto juvenil a la que nos referimos, podemos afirmar que en ella, al hablar de vulnerabilidad, estamos

aludiendo a condiciones sociales que dejan a los niño/as y sus familias en situación de fragilidad, desamparo e indefensión, puesto que en ellos no sólo se trata de pobreza en el sentido de bienes materiales, que se ven reducidos en periodos de crisis, sino también, y fundamentalmente, a individuos “excluidos” de instituciones y procesos sociales, y que se encuentran permanentemente desprovistos de recursos y oportunidades para su pleno desarrollo.

Esta “vulnerabilidad social” no se restringe solo a las privaciones actuales sino que también, nos permite comprender la historia social y familiar de los pacientes, que cargan con una tradición de carencias materiales y afectivas. Junto a lo anterior, esta condición define la situación de riesgo, de debilidad, de fragilidad y de precariedad futura a partir de las condiciones registradas en la actualidad. Es por ello que las categorías de vulnerabilidad y exclusión se presentan como sugerentes para distinguir las diferencias y develar las heterogeneidades, tanto para la comprensión del estado de los beneficiarios que llegan a los Cosam, como para diseñar e implementar distintas acciones posibles en materia de políticas de salud pública.

Así, la vulnerabilidad social, tiene sus consecuencias en la demanda de los pacientes, como así mismo de sus familias, comprendiendo las implicancias en el ámbito subjetivo y su participación directa en la complejidad de las problemáticas psicosociales. Esta condición social, cruza todos los ámbitos de la vida de los pacientes y sus familias, por lo tanto, aparece en conjunto con los síntomas que presentan los beneficiarios del sistema.

Las características y los factores que se manifiestan en la adherencia al proceso terapéutico del niño/a y su familia, y el “vínculo” inter/intra subjetivo que aparece entre el paciente y la institución de salud mental que lo acoge es el fenómeno que queremos poner en relieve y que llamaremos de aquí en adelante; *institucionalización* de niños y familias a través de los procesos antes mencionados.

Entenderemos el concepto de institución, en tanto “sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, presentados como conjuntos que comprenden, que aspiran a

imprimir un sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros. Van a favorecer la construcción de individuos que les sean devotos, en la medida que logren instaurarse para ellos como polo ideal, y enfermarlos de ese ideal”. (Enríquez.2002 p. 80)

Considerando a la familia como la institución por excelencia, estructurante de la psiquis, donde se establece una dependencia total y asimétrica entre el niño y su familia – como grupo primario- colocándolo en un lugar en el cual no hay posibilidad de elección. A este respecto, podemos suponer, que desde nuestro origen estamos “sujetos” a una institución, por tanto, somos en esencia “sujetos institucionales”.

Para Enríquez. (2002), la condición de “sujetos” a la primera institución estructurante –la familia-, es la que determinará nuestras relaciones futuras con las distintas instituciones sociales y normalizadoras, a saber, las instituciones eclesiásticas, educacionales, judiciales, de salud, entre otras.

Cuando la familia no cumple su función básica estructurante, subjetivamente se manifiestan a modo de síntoma, carencias principalmente vinculares y afectivas, marcando un precedente en la forma de establecer las relaciones como sujeto social. *“Se trata de personas que, han encontrado en sus vidas lo arbitrario y no una ley estructurante (...) De modo que no tuvieron la posibilidad de confrontarse ni con límites y prohibiciones explicados y aceptables, por consigüentes estructurantes, ni con un amor positivo que favoreciera la gradual autonomía de su personalidad”* (Enríquez, E. p93).

En función de la referencia antes señalada, podremos entender que esta carencia queda inscrita inconscientemente y aparece en distintos momentos de la vida de los sujetos, abarcando las relaciones que se establecen con los otros, en lo individual y en lo social, como así también, con las distintas instituciones que se vinculan.

En las intervenciones clínicas, aparece la “queja”, desde los padres, las familias, el colegio y del propio sujeto, que se transporta en el síntoma que carga el niño. Esta queja implica un sufrimiento en el orden subjetivo, complejizándose en el caso de los pacientes atendidos en el Cosam, por la condición de vulnerabilidad y la situación de

las políticas públicas de salud mental; factores que acompañan e inciden en el síntoma presentado.

En este sentido, explorar los alcances clínicos de la *institucionalización* de niños / as y sus familias, en proceso terapéutico, nos permite indagar y dar cuenta a través del discurso de profesionales psicólogos / as, del significado que éstos –los Psicólogos- otorgan a los procesos clínicos y, desde ahí dar cuenta del impacto que produce la institucionalización en lo terapéutico. Nos inquieta saber él por qué de esta adherencia entre los sujetos / pacientes y la institución / Cosam o de la institución con el sujeto; y cuales son los factores que influyen en ello; como también, indagar en los mecanismos que operan desde lo institucional y subjetivo, para que ocurra este fenómeno. Es por tanto, un aporte clínico, teórico, práctico y ético desde nuestro rol en la clínica infanto-juvenil y familiar.

A la luz de estos antecedentes, nos preguntamos a modo de instalar la investigación ¿Cuál es el lugar que ocupa la institución en la subjetividad de estas familias?, ¿Quién esta “sujeto” a la institución; el niño/a y su familia o la institución a estos?, y ¿Cómo influyen los factores psicosociales en los procesos de institucionalización?

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las características de los beneficiarios y de la institución, que influyen en los procesos de “institucionalización”, según la percepción de los Profesionales Psicólogo/as en ejercicio clínico en el programa infanto juvenil del Cosam Independencia?

1.3 APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación pretende relevar una temática emergente en materia de intervención terapéutica, que aportará principalmente, nuevos conocimientos y saberes de carácter clínico e institucional respecto a la formación intersubjetiva del vínculo instituido como un aporte teórico al ámbito de la salud mental pública.

Este estudio da cuenta del estado actual de las políticas sociales de salud mental y de las transformaciones de carácter social, político y administrativo que se han desarrollado en nuestro país y cual es el lugar que ocupa el psicólogo clínico en la institución de salud mental. En este contexto, cobra relevancia identificar además, las características de los beneficiarios de la salud mental de las instituciones públicas, de modo de poder comprender los procesos psicológicos, sociales y culturales que presentan los pacientes en condición de beneficiarios.

El presente estudio pretende abrir nuevos campos de reflexión teórica y práctica en el quehacer clínico, de modo de aportar a los equipos multidisciplinarios de los centros y programas de atención en salud mental, nuevas herramientas de intervenciones clínicas con niños/as y sus familias, para proporcionarles alternativas de tratamiento en función de su demanda.

Consideramos relevante conocer los factores que constituyen el fenómeno de la institucionalización en el quehacer clínico, y cual es la incidencia -si así existiera- de los niveles de adherencia, deserción y re-ingreso que presentan los beneficiarios en el proceso terapéutico y como esto impacta a nivel de intervención e institución.

Éste nuevo conocimiento beneficiaría así, la labor de los profesionales que se desempeñan en el área de la salud mental a nivel secundario, especialmente a los psicólogos clínicos, en cuanto a reflexionar con respecto a fenómenos propios del ejercicio clínico y sus implicancias a nivel subjetivo, intersubjetivos e institucional.

Finalmente, el proceso de investigar teórica y metodológicamente la “institución de salud mental pública”, constituye una herramienta básica para el ejercicio del trabajo clínico comunitario.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Explorar e identificar los factores e implicancias en el ámbito clínico e institucional que influyen en el fenómeno de la institucionalización de pacientes- niños y sus familias, que se encuentra en tratamiento psicológico en el Centro Comunitario de Salud Mental, de la comuna de Independencia, según la percepción de Psicólogos Clínicos del área infanto-juvenil de esta institución.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conocer las características psico-sociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculadas al Cosam, que pueden incidir en el fenómeno de la institucionalización, según la percepción de los psicólogos/as clínicos del área infantil del Cosam.
- Dar cuenta de la política institucional a nivel administrativo y técnico del Centro Comunitario de Salud Mental y sus consecuencias en el fenómeno de la institucionalización, según la percepción de los psicólogos/as clínicos del área infantil del Cosam.
- Indagar respecto de las intervenciones terapéuticas a nivel clínico e institucional, realizadas en el área infanto juvenil, según la percepción de los psicólogos clínicos del Cosam.
- Investigar respecto al nivel de adherencia, de deserción y de reingreso al proceso terapéutico por parte de lo beneficiarios del Cosam, según la percepción de los psicólogos/as clínicos del área infantil del Cosam.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Introducción:

Para nuestra investigación, tomaremos como referente teórico el enfoque psicoanalítico, que según nuestro parecer nos permite describir los conceptos teóricos que están a la base del fenómeno a investigar.

Este marco teórico nos permite comprender la importancia de las instituciones en la constitución psíquica de los sujetos y sus implicancias en los procesos de institucionalización en el ámbito de la salud mental pública.

En un primer momento, consideramos necesario describir el concepto de “institución” como elemento estructurante y sus implicancias a nivel subjetivo e intersubjetivo.

En un segundo momento, desarrollaremos el concepto de “vínculo” como elemento constituyente de los procesos de institucionalización, explicados a través de René Käs y Pichón Riviere, entre otros. De este modo, indagaremos respecto a la formación del vínculo; los elementos subjetivos e intersubjetivos que lo constituyen, los procesos de institucionalización de los vínculos, la problemática del vínculo y de la intersubjetividad expresada en proceso iatrogenicos y/o patológicos.

3.2 La Institución y sus Alcances Clínicos:

“La institución es el conjunto de formas y estructuras sociales instituidas por la ley y las costumbres, regulando nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros, se inscribe en la permanencia. Cada institución, tiene una finalidad que la identifica y la distingue.” (Kaës, R y otros. 2002. p22)

René Kaës (2002) en “La institución y las instituciones”, refiere que la institución nos estructura y sostiene desde nuestra identidad, la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y discursos, toma al individuo singular y lo introduce en el orden de la subjetividad, constituye las estructuras de la simbolización: mediante la presentación de la ley, mediante la introducción al lenguaje articulado, mediante la disposición y los procedimientos de adquisición de los puntos de referencia identificatorios. Este proceso, que tiene su debut en la institución familiar, predispone al sujeto a estructurarse intersubjetivamente, a través de esta institución y las que le preceden.

La institución no es solamente el lugar del cumplimiento imaginario de los deseos reprimidos, plantea el autor, sino además, constituye el lugar y la ocasión para organizar las defensas contra esos deseos. Para ello, la institución produce y pone a merced del sujeto las defensas específicas contra lo que pone en peligro su existencia o la relación de estos con la tarea primaria que los reúne. Asegura, finalmente, defensas contra angustias cuyo origen o fuente no parecen directamente ligados al hecho institucional. En este sentido, participamos en instituciones que nos aportan ciertas defensas contra nuestras angustias, ciertas identificaciones, ciertas satisfacciones a nuestros deseos. La articulación de estos sistemas de defensa encastrados es para Kaës, objeto de una atención especial en el trabajo con las instituciones, por que en ellos se manifiestan las acciones de las formaciones psíquicas bifrontes contractuales que constituyen la estructura inconsciente de la institución.

Integran la cultura de la institución: su tarea primaria en tanto misión, su sistema de relación y de expresión en cuanto a su espacio psíquico y sus mecanismos de defensa. La manera como cada sujeto se sirve del espacio psíquico institucional, caracteriza la cultura y la manera de funcionar de la institución.

Käes plantea que las instituciones, como la cultura, la sociedad y ciertas representaciones de vínculo psíquico, funcionan por un componente narcisista. A este respecto, señala que “no renunciamos nunca al narcisismo, y esto es lo que asegura la continuidad de las generaciones y de los grupos, funda la identidad de filiación y de afiliación”.

La institución se funda, refiere el autor, sobre un doble estatus narcisista, a saber; el sujeto y su singularidad en tanto “persigue su propio fin de satisfacción” y, el sujeto en su conjunto “en cuanto es miembro de una cadena a la que está sometido sin la intervención de su voluntad”. Esto configura, según lo denomina Käes, el “contrato narcisista”, cuya condición, exige que cada sujeto singular ocupe un lugar ofrecido por el grupo y significado por éste, antes de cada sujeto, que han desarrollado un discurso conforme al mito fundador del grupo. Cada sujeto tiene que retomar este discurso de alguna manera; es mediante él, que se conecta con el “Antepasado fundador”. Así, el contrato narcisista está, en efecto, implicado en la fundación, es decir, en la muerte.

En este sentido, cabe señalar que “la fundación de una institución no contiene solamente la reliquia de un muerto idealizado, tótem erigido en memoria del muerto originario y del Antepasado fundador, si no también el material de antiguas construcciones destruidas. La arquitectura y el cimiento psíquico de la institución pueden reconocerse a través de esta metáfora: el contrato narcisista obliga a mantenerse juntos a los materiales reutilizados, que en sí mismos son incongruentes; los naturaliza en su espacio propio”. En este sentido, este mito, nos remite al origen y nos proporciona la matriz identificatoria para afrontar la relación con lo desconocido. Permite simbolizar así a la institución, como ente protector frente al horror primordial y a la posibilidad del caos. De esta forma se introyecta la imagen del Antepasado

fundador, que nos protege y nos proporciona la posibilidad de ser sujetos de un grupo, en tanto institución.

Sin embargo, plantea el autor, cuando la institución no sostiene más el narcisismo de sus sujetos que la constituyen –cuando por ejemplo, la tarea primaria de la institución los expone a ataques y peligros violentos- la institución es atacada a su vez, así como la horda primitiva asesina al Padre en el mito descrito por Freud en “Tótem y Tabú”. Esta crisis institucional, es explicada por Käs, como una amenaza contra el vínculo con el conjunto, en la medida en que el sujeto podría no mantener de hecho su lugar y, en consecuencia, poner en cuestión el orden común sobre el que se ha fundado narcisísticamente su propia continuidad, a través de éste. De esta forma, cualquiera sea la institución, puede ocurrir que exponga a sus miembros a experiencias demasiado angustiantes, sin proporcionarles en compensación experiencias suficientemente satisfactorias y, en primer lugar, mecanismos de defensas utilizables por aquellos para protegerse contra sus angustias. Así, plantea el autor, “Las instituciones son atacadas entonces por sus miembros, cuya angustia se incrementa sin que haya recursos a los que apelar y los pone frente a un sufrimiento intenso, inextricable, catastrófico.” (Käs, R. p66).

Por otro lado, Käs hace referencia a otra formación intersubjetiva, que se genera al alero institucional: el denominado “pacto de negación” que vendrá a mantener y asegurar la cohesión de un pacto común que funda y sella intersubjetivamente la ideología institucional, generando por ello, una nueva estructura y dinámica de vínculo institucional, instalando así, el estatuto de verdad compartida y defendida.

El ideal de yo, que es el principal motor de la actividad profesional, es tomado así, de entrada en un yo ideal colectivo, figura aplastante que escinde la realidad a tratar entre un negativo de obligación y un ídolo que será cuestión de legitimar a todo precio. Desde este momento quedan desautorizadas la duda, la ambivalencia, las contradicciones y las ambigüedades, capaces de destruir los cimientos de la fundación. Se trata de un pacto inconsciente, un acuerdo tácito entre los sujetos que

conforman la institución, es la renuncia “a la palabra” a cambio de que “la institución hable por el sujeto”. Es un consenso destinado a la continuidad del vínculo, “el precio del vínculo consiste en aquello que no podría cuestionarse entre las personas que vincula” (Käes, R. p.51)

Tanto el contrato narcisista como el pacto de negación con el objeto institucional – señala Käes- concierne al origen común de los sujetos, tienen su origen en la institución familiar.

Bajo este análisis, es que podemos comprender que las instituciones, como objetos idealizados y persecutorios, se pueden transforman y ocupan el lugar simbólico de instituciones “divinas” pero también “castigadoras”, con la connotación de compensadoras de la pérdida originaria, por tanto poseedoras de la promesa de redención y salvación. Se inscriben así como conjuntos culturales, simbólicos e imaginarios:

- Como sistemas culturales, entregan valores, normas y sistemas de pensamiento, moldean la conducta de los sujetos. Posicionándolos dentro de una estructura social, de una determinada cultura, atribuyendo roles, costumbres y conductas. Entregan las herramientas para la socialización de los actores representantes de la cultura institucional, en definitiva, entregan la identidad cultural al conjunto social.
- Las instituciones en tanto sistemas simbólicos, entregaran los elementos que permitirán la pertenencia a esta, en este sentido, aparecen los mitos, ritos y héroes que impondrán una determinada forma de funcionar y relacionarse, para permanecer dentro y ser aceptados en ella.
- Por último, las instituciones se posicionan también como sistemas imaginarios, ocupando el lugar para los sujetos de afirmación e identificación narcisista, posibilitando acceder a sus deseos de omnipotencia, “desplegados en la figura de líder, tirano, motivador o seductor”, refiere Enríquez (2002), para aclararnos también que la función de imaginario social de la institución, tiene que ver con la garantía de protección de los fantasmas y temores

arcaicos, posibilitando la protección de la identidad como sujetos institucionales, contenedor de las angustias y demandas, ocupando el lugar del padre protector.

La institución para Käs, representa un objeto parcialmente impensable y de difícil acceso, constituyéndola por ello en una fuente de oscuridad, dado su carácter complejo y heterogéneo. En este sentido plantea el autor “El acercamiento a la institución moviliza el deseo de todo, de no perder nada, y al mismo tiempo a lo imposible de su captación”. Consiste en equiparar el funcionamiento institucional al funcionamiento psíquico del sujeto singular. De este modo, a causa de su complejidad, el objeto-institución remite a una forma de irrepresentable.

La institución constituye un espacio de “desposesión” radical, donde la ilusión de una unidad psíquica queda desbaratada. Nuestra relación con la institución, plantea Käs (1989), se teje sobre el fondo de una herida narcisista siempre renovada.

El psiquismo se asienta sobre la institución, pero también éste puede verse contenido e inmovilizado por ésta, que constituye un espacio parcialmente exterior al sujeto, pero a la vez un espacio en el sujeto y entre los sujetos que la constituyen. Es por ello, y desde esta perspectiva, que la relación del sujeto con el objeto-institución, se revela como ambivalente y paradójico.

Para que el deseo de los fundadores de toda institución se instale en lo simbólico y en lo real, será necesario que esta denominada institución, se instituya como tal, vale decir con su propia ideología, sistema de normas y valores. Freud explica en Totém y Tabú (1912) que el nacimiento de la institución requirió de la disolución del grupo originario. Esta desvinculación del grupo primario o de origen se constituye a raíz del asesinato “fundador” del padre de la horda primitiva. El autor refiere que la institución confronta con dos lógicas contradictorias, a saber; el sujeto que se ve apesadado entre el deseo de satisfacer sus fines propios y la renuncia necesaria para que el grupo pueda funcionar.

Según nos plantea Käs, la fundación de toda institución, va frecuentemente acompañada de un rechazo o escisión asociados a una renegación originaria. Así, la ideología fundadora institucional se “instituye” sobre la expulsión de una parte de la realidad y en el devenir de los vínculos institucionales, que se conforman intersubjetivamente. La parte rechazada en este proceso instituyente, dirá el autor, puede ser objeto de una co-represión² y puede aparecer posteriormente, configurándose en una forma patológica del vínculo instituido que provocaría un sufrimiento subjetivo, intersubjetivo y un atentado a la institución del vínculo.

La institución queda investida como un objeto de satisfacción y de contención ante la angustia o el sufrimiento del sujeto, pero si esto no sucede y la institución no cumple esta función estructurante, la carencia ocasionada, por ejemplo, por otras instituciones de origen como la familia, dejan una necesidad que ha de ser reparada o compensada, quedará un “hueco” que deberá ser llenado por otra institución.

Käs, se refiere a las instituciones de atención de salud mental para expresar lo que sucede con los pacientes que se vinculan a ésta. "Estos sujetos, sujetos a la institución, expresan mas o menos explícitamente una demanda de cura. Son pacientes que vienen en busca de ayuda, de asistencia, de consejo. Llegan llenos de esperanza y dispuestos a la sumisión."(Käs, R.1989 p.92).

En este sentido, la definición de “sujetos institucionalizados”, “sujetos” a una institución, cobra relevancia cuando ésta cumple la función de significante para el sujeto.

²El autor define “co-represión” a la dualidad represión subjetiva / represión institucional, que aparece en el proceso vincular.

3.3 El Vínculo Como Elemento Estructurante:

El concepto de vínculo constituye un elemento estructurante en nuestra investigación, por lo tanto hemos querido comprender su fundamento desde la perspectiva de Pichon –Rivière, quien define vínculo como la base de las necesidades corporales que promueven el reconocimiento de las fuentes de gratificación mediante técnicas más o menos universales y durante el desarrollo infantil.

El autor propone las relaciones de objeto, como la piedra angular de su teoría, definiendo ésta como la manera particular en que un sujeto se conecta o se relaciona con el otro o con los otros, en tanto objeto de deseo o significante.

La relación de objeto es primero con el objeto-pecho materno, siendo esta la “máxima no diferenciación” que el autor define como “parasitaria”; posteriormente la relación debe ir “evolucionando” hacia una relación simbiótica entre la madre y el niño, donde existe un intercambio de emociones y afectos.

Este desarrollo parte de la relación de un niño con su madre, o mejor dicho, del niño con el pecho materno; y luego la relación entre el hijo y la madre, donde la simbiosis desaparece, apareciendo “los límites entre objeto y sujeto”, configurándose como objetos diferenciados. Surgen aquí las “relaciones de objeto: objeto diferenciado y objeto indiferenciado”.

Vínculo será, por lo tanto, un tipo particular de relación de objeto que está constituida por “una estructura que funciona de una determinada manera” definida como una “estructura dinámica en continuo movimiento”, es decir, una estructura compleja que incluye sujeto, objeto y su interacción, “configurando un proceso en forma de espiral dialéctica; proceso en cuyo comienzo las imágenes internas y la realidad externa deberían ser coincidentes”. (Pichon –Rivière.1971, p.20).

Marcos Bernard (1999) plantea la primera unidad de medida del psiquismo que emerge no es la representación de un objeto, sino la de un vínculo, en el cual no están demarcados de una manera nítida los límites de cada uno de sus integrantes, sino una fusión de estos.

Volviendo a Pichon –Rivière (1957/2002), en su Teoría del vínculo, plantea que “vínculo normal”, es aquel que se establece entre sujeto y objeto cuando ambos tienen la posibilidad de hacer una libre elección de un objeto, como resultado de una buena diferenciación de ambos. No existe un único tipo de vínculo, si no que dependen del tipo de relaciones que se establecen: la relación entre objeto y sujeto; y el contexto de grupo, familia o institución en que se desarrollan.

El vínculo configura así, una estructura dinámica en continuo movimiento que funciona accionada por motivaciones propias del sujeto, resultando de ello una determinada conducta que tiende a repetirse tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto.

En este sentido, aparecen dos conceptos importantes a considerar, el “campo interno y campo externo”, estas esferas interno/externo están en constante dinámica, influyendo mutuamente.

En el ámbito de la salud mental, el contexto psicosocial nos entrega información sobre el paciente y sus dificultades, al mismo tiempo que las problemáticas de los pacientes nos dicen sobre la realidad del ámbito de la salud mental y la institución en que está inserto el paciente.

En concordancia con lo anterior, Käs plantea tres principios que son instituyentes del vínculo:

- **El pasaje del estado de naturaleza al estado de cultura**, investigado por Levi-Strauss, proponiendo que el papel primordial de la cultura es asegurar la existencia del grupo como grupo, sustituyendo el azar por la organización, de modo que se asegure el control del reparto de todos los bienes (en particular las mujeres) en el interior del grupo.
- **La reglamentación de los deseos, prohibiciones e intercambios**. Se expresa de manera central en las relaciones de la institución y la sexualidad, los vínculos instituidos y toda institución, exigiendo que la sexualidad sea canalizada, refrenada o desviada. El amor sólo es posible si una parte de la libido sexual se sublima, se purifica o idealiza. La institución debe producir y

hacer reinar el orden y el control social para efectuar el pasaje de la naturaleza a la cultura. “La institución produce el orden contra las derivas pasionales del estado de multitud, para asegurar el control social de la sexualidad, la meta de la institución es organizar y controlar todas las pasiones: el amor, el odio, el miedo y la envidia”.

- **La prescripción de los vínculos** es el tercer principio organizador. Lugares y funciones son asignados según los términos de una organización y un código que no están regidos por cada sujeto, considerado uno por uno en su singularidad, incluidos los del sujeto de la institución.

La configuración que define a los sujetos que forman el vínculo, viene organizada por una “ley” de composición y por principios de transformación, dirá Kâes. Por ejemplo, la configuración de los vínculos familiares está organizada por la prohibición del incesto.

Esta configuración, designa a su vez los elementos que constituyen la realidad psíquica de cada sujeto en particular, lo que se traduce a través del síntoma expresado por la organización conflictiva del sujeto.

El análisis de la estructura del vínculo nos obliga a tomar así en consideración los distintos elementos psíquicos que lo constituyen y expresan como tal. Esta organización del vínculo, obedece a una lógica -como lo describe Kaës- del “no el uno sin el otro”, a través del concepto de “protovínculo”, que define el trasfondo psíquico simbiótico o escindido que sostiene la identidad básica de todo vínculo.

El autor señala dos estructuras de vínculo: las simples referidas al vínculo de padres e hijos, donde las relaciones pueden ser asimétricas, unilaterales, jerárquicas o igualitarias y las estructuras complejas del vínculo, que refieren a las de grupos donde la institución puede significar un espacio vincular complejo desde el punto de vista institucional, pero también se puede dar un vínculo simple, entre paciente y terapeuta. Sin embargo, ambas estructuras de vínculo son de carácter íntersubjetivo.

Por otro parte, Käes, plantea que existe a la base de toda formación de vínculo intersubjetivo, un “trabajo de ligazón y de transformación psíquica”, que está configurado a su vez, por un proceso de “aparejamiento de los psiquismos”. Este aparejamiento, comprende distintos elementos subjetivos para su desarrollo; desde las condiciones de identificación, de la idealización a través de un “otro” y “otro objeto”; de las constantes renunciaciones a la satisfacción pulsional; de la constante exigencia que significa la represión de la subjetividad; o la exigencia psíquica que significa la elaboración de mecanismos defensivos, constituyen de la realidad inconsciente de todo vínculo. Los procesos de vínculo, se inscriben así, en una estructura que determina su funcionamiento. Es el vínculo el que institucionaliza e instala la “consistencia psíquica inconsciente del vínculo” –como lo plantea Käes- en las diversas formas que puede adoptar, instituidas, en proceso de ser instituidas o no instituidas.

3.4 El Vínculo Instituido, Como Elemento Constitutivo de la Institucionalización:

El “vínculo instituido” (Käes, 1998.p.15) se determina por efecto de una doble conjunción: la primera determina el deseo, inscribiendo el vínculo en cuanto a duración y con una cierta estabilidad a través de una institución. La realización de este proyecto supone cierto número de formaciones intersubjetivas, tales como alianzas entre formaciones psíquicas que encuentran, en cada sujeto, una correspondencia o resonancia en el otro, de modo que estas alianzas resulten suficientemente investidas y protegidas por el uno y por el otro, en razón de los intereses comunes y específicos que despiertan en cada uno de ellos. La segunda determinación es la de las formas sociales que de diversas maneras (jurídicas, religiosa, cultural, económica), reconocen y sostienen la institución de este vínculo instituido: la alianza, la comunidad, la orientación a la realización de meta, la misión institucional y la obligación. En este sentido, las familias, las instituciones y sus subconjuntos son configuraciones de vínculos instituidos.

Estas configuraciones de vínculos instituidos, implica -según plantea Käes- una exigencia de “trabajo psíquico” para el sujeto, ligadas a la represión y/o la escisión en la forma de las alianzas inconscientes y por ende, en las exigencias de no-trabajo psíquico por parte del sujeto; lo que influye en el proceso de institucionalización, dado que será la institución la que realizará mediante el tratamiento clínico, independiente del enfoque e intervención clínica, el trabajo psíquico en lugar del sujeto que porta su particular y valioso saber. Este proceso de correlación, en la formación del vínculo con la institución, incide en un “abandono del pensamiento”, o bien del saber que porta el sujeto demandante y ello potencia la institucionalización del sujeto.

Todas estas exigencias guardan relaciones de correspondencia recíproca. Los miembros de un grupo o de una familia tienen que afrontar exigencias semejantes de trabajo subjetivo: las que imponen a cada uno las distintas formas de introyección de la subjetividad o los objetos perdidos en el otro. Pero estas exigencias guardan

también relaciones conflictivas entre las exigencias del sujeto y las del vínculo como tal.

Estas formas de vínculo instituido, según K aes, no sólo pueden constituir formaciones intersubjetivas propias de toda institución, sino además, pueden generar un sufrimiento y una psicopatología de los vínculos instituidos. Los defectos o insuficiencias, o los excesos en la realización de estas exigencias de trabajo psíquico, se cuentan entre las fuentes de sufrimiento y de psicopatología del vínculo cuyas ideas conceptuales ser an desarrolladas mas adelante.

Es por ello, que para poder comprender las implicancias del vínculo con la institución, en el proceso que conlleva un tratamiento clínico, es necesario comprender y explicar las distintas variables que determinan el vínculo, en este caso con una institución de tratamiento y que puede llegar a genera la institucionalización en su forma clínica.

3.5 Problemática del Vínculo y de la Intersubjetividad:

La institución del vínculo depende, en primer término de la investidura de cada sujeto que forma parte de esta. La institución y todo lo que significa su misión, objetivos, roles y funciones asignan a cada sujeto dentro de ella un lugar en el cual será “investido”, a este respecto se puede consignar que “La cantidad y calidad de las investiduras constituyen un elemento motor fundante de la trama de lazos que se tejen en el conjunto.

Estas investiduras y estos vínculos van a asentarse sobre una estructura grupal de contención, ligazón, transformación y transmisión de las formaciones y procesos psíquicos: “una forma de aparejamiento psíquico institucional (...) asegurando el tránsito entre el adentro y el afuera, entre los sujetos y la institución y se actualizan en la producción de discursos, signos, actos, pero también de síntomas, no dichos, renegaciones y desautorizaciones. Estas formaciones y estos enunciados están destinados a vectorizar las formas del vínculo y los procesos identificatorios”. (Käes, R. p. 62).

En esta misma lógica, continúa Käes planteando que las instituciones de carácter social, se confrontan de entrada con tensiones, debido a su especial posición y por la naturaleza de su misión. Así, “las instituciones de tratamiento, presentan ciertas características paradójicas (...) a causa de su misión social, están asignadas a una posición transicional y de articulación entre la patología y el orden social. Tienen que acoger, administrar o tratar aquello que lo social excluye. Desautorizadas y magnificadas a la vez, ellas figuran el espacio de acogida de lo negativo. Modelo emblemático asociado a una posición de ideal, son al mismo tiempo sede del reciclado excluido, lo desautorizado o lo impensable (...) Esta situación potencialmente paradójica moviliza apuestas narcisistas absolutamente decisivas para sus asistentes, al reactivar las formaciones ideales arcaicas y movilizar representaciones que se enuncian en términos de todo o nada, remitiendo una oscilación entre la omnipotencia y la impotencia.” (Käes, R. 1998 p.63).

Para Kães, existe de forma inherente un sufrimiento a partir del vínculo instituido, no sólo desde los sujetos que se vinculan a la institución, si no además, desde los sujetos que constituyen la institución, es decir, los profesionales de la salud mental. En este contexto, el auto plantea que son dos los factores que producen un sufrimiento a través del vínculo con la institución:

- La primera, dice relación con la crisis a nivel institucional, que se produce por un exceso de investidura de y hacia ésta.
- Por otro lado, la falta de cuestionamiento, problematización o implementación de nuevas tareas institucionales, expresada a través del bajo impacto y eficiencia que producen las intervenciones, pueden constituir el desgaste institucional. (Pinel, J. 1994)

Las instituciones de tratamiento, revelan así su fragilidad y pueden llegar a manifestar un síntoma de carácter institucional, lo que tendrá una implicancia en el quehacer clínico.

Estos aportes teóricos nos permiten dar cuenta de dos ideas fundamentales: “el vínculo que se trata y el vínculo tratante es susceptible de volverse patógeno” (Kães, R. 1998)

3.6 La “Iatrogénia” y su Implicancia en los Procesos de Institucionalización.

Los estudios teóricos aportados por Käs y Pinel, en lo que refiere a patología del vínculo tiene implicancias a nivel institucional, en cuanto a formaciones intersubjetivas de los vínculos y sufrimiento subjetivo. En este sentido, referiremos las consecuencias a nivel clínico de estos procesos ocurridos en la institución. Para ello, se hace necesario indagar el concepto de iatrogénica y sus implicancias en este nivel.

El “lugar subjetivo” del terapeuta y de la institución en la que despliega su saber clínico, cobra relevancia en las decisiones e intervenciones a realizar. Es por ello, que consideramos atinente revelar un concepto que se vincula con los alcances éticos dentro de la práctica clínica, las intervenciones y sus consecuencias en el quehacer clínico, a saber, el concepto de Iatrogénica.

Existen múltiples artículos de carácter médico y psiquiátrico, que refieren el concepto de Iatrogénica; “desde el griego, iatrós significa médico, y geneá quiere decir origen; como una designación de lo morboso causado por una acción médica, llegado a hablarse de enfermedades iatrogénicas no porque se trate de entidades diferentes, sino porque su causa es el médico a través de su conducta profesional”.

Para Marrone (1998), la psicoterapia, simplemente, o es útil o es ineficaz. La psicoterapia también puede dañar “como proponen Anna Freud, Selma Fraiberg, John Bowlby y otros, tendemos a tratar a los otros como hemos sido tratados por las personas importantes de nuestro pasado, entonces podemos suponer que un analista puede tratar a sus pacientes como él ha sido tratado, especialmente si en su propio análisis no llegó a investigar en detalle los patrones de interacción que caracterizaron las relaciones tempranas con sus padres o cuidadores”. (Revista de Psicoanálisis Marzo 2002 - No.10)

En este sentido, la acción iatrogénica puede generar síntomas, prolongar la evolución y/o tratamiento de los pacientes, gatilla nuevas complicaciones de salud

mental y potencia la sintomatología del paciente o traslada el síntoma a nivel familiar e incluso institucional.

Desde el saber médico, las implicancias y consecuencias de los medios y tratamientos utilizados, tiene consecuencia en la evolución de los pacientes, a través de las decisiones tomadas por el médico, el equipo multidisciplinario o la institución de salud.

Desde nuestro enfoque teórico, el concepto de Iatrogenia psíquica, aparece como consecuencia de las intervenciones realizadas por los profesionales en el área de la salud mental, donde la relevancia está puesta en la relación paciente / terapeuta.

Entre las intervenciones realizadas, tenemos que destacar “la palabra, el discurso analítico, la transferencia y contratransferencia” en el espacio terapéutico, como un acto con consecuencias, que produce efectos en el psiquismo.

Así la iatrogenia puede aparecer en el ámbito institucional a través de intervenciones que producen efectos en los pacientes, en la relación paciente/terapeuta, que viene a ser llenada por una institución que releva su lugar a nivel subjetivo, posicionando a los beneficiarios en una condición de meros receptores de las intervenciones realizadas en el ámbito institucional, instalándose en un lugar pasivo, donde les será difícil problematizar el síntoma familiar. Esto genera además, condiciones de vulneración dirigidas al niño/a que lleva a la institución “una demanda de cura”.

En salud mental, la demanda de tratamiento aparece caracterizada por un conjunto de síntomas que provocan en los sujetos un sufrimiento subjetivo, sin embargo, y a pesar de lo contradictorio que pueda resultar, esta sintomatología cumple una determinada función para quien lo está viviendo. Así “el síntoma podría ser aquello contra lo que pensamos y sufrimos, sintiéndolo como un obstáculo, pero también en el sentido de apoyo, nos apoyamos contra el síntoma, como contra una pared” (Moscon, 2002. p.109)

El síntoma cumple una función de resguardo, una protección utilizada por el sujeto construyendo “un límite más acá de la locura”. Sin el síntoma, dice el autor

antes mencionado, el sujeto se despojaría del sufrimiento simbólico, produciendo un sentido de vacío, vivido mucho más amenazante que la “enfermedad”.

Bajo estas premisas es que surge la posibilidad de realizar intervenciones iatrogénicas, o como Freud (Moscon, 2002) lo definió anteriormente “Furor Curandis”, para advertir sobre los riesgos de “la pasión por eliminar el síntoma” sin considerar la función compensatoria del síntoma. Este “riesgo” podría dar pie a alguna forma de “iatrogénica psicoanalítica”, donde el efecto del tratamiento “podría agravar la enfermedad”.

Siguiendo la misma línea, en las instituciones de salud mental, principalmente las pertenecientes al sistema de salud público, funcionan con protocolos de intervención, utilizando clasificaciones clínicas, que describen e identifican síntomas, catalogando a los pacientes según “la enfermedad psicológica o psiquiátrica que padecen”. Estas clasificaciones determinan y muchas veces condicionan los tipos de intervenciones a realizar por los equipos de profesionales encargados de las intervenciones, que deben cumplir las formalidades que exige la institución.

Estas condicionantes que impone la institución, “estructuran y sostienen las intervenciones” (Percia M. 2002 p.26); “el individuo integra, en su inconsciente, a la institución como un esquema corporal, busca en la institución un soporte, una inserción social, una clave de su identidad, una respuesta a la pregunta por su ser”(Kaplan, D. citando a Bleger, J. 2002. p.60), sin embargo, las instituciones – principalmente las públicas- pueden realizar “prácticas de maltrato”(Mascialino, 2002.p.57) hacia los pacientes. Al posicionarse desde un paradigma “de saber-poder” la institución realiza un abordaje técnico de tal manera que puede “expropiar a las personas de sus recursos”, generando una relación de dependencia con la institución, a través del profesional, a modo de lazo social legitimado por la sociedad.

Las características de los beneficiarios de estos sistemas de salud, en condición de vulneración, “se ofrecen como objeto a ser cuidado-maltratado, transformándose en individuos alienados, sometidos a instituciones alienadas que refuerzan las patologías en que se hallan inmersos” (Mascialino, 2002 p.61)

4. MARCO METODOLOGICO

4.1 Enfoque Metodológico:

La metodología a utilizar en esta investigación, corresponde a un estudio de carácter cualitativo, basado en el estudio y análisis discursivo emanado de nuestros sujetos de estudio –psicólogos en ejercicio clínico en la institución- que den cuenta del fenómeno investigado. En este sentido, este tipo de metodología permite la comprensión de la problemática emergente en el espacio clínico y que no ha sido explorado, desde su propio marco referencial. Esto, con el objeto de acceder a nuevos campos de conocimiento respecto a las prácticas clínicas y los fenómenos intersubjetivos que en ella interactúan.

Consideramos atingente utilizar este recurso metodológico cualitativo, dado que logra enmarcar metodológicamente nuestra investigación, en relación a que dentro de los objetivos específicos, está el poder explorar nuevas concepciones y conceptualizaciones de un fenómeno que emergen de las prácticas clínicas, es decir, a la institucionalización de niños y sus familias en proceso de psicoterapia en Centros Comunitario de Salud Mental.

A su vez, consideramos igualmente relevante, la información que será otorgada por los sujetos en estudio, a saber, los psicólogos/as en ejercicio clínico en el área infanto-juvenil de la institución en la cual se enmarca nuestro estudio, dado que ellas/os serán quienes podrán dar cuenta de la posibles variables que influyen en este fenómeno y de sus alcances en la práctica clínica.

La investigación cualitativa se ha venido consolidando, en estos últimos años, como una metodología válida para la construcción de conocimiento en las ciencias sociales. Dicho enfoque, señala Ceitlin (1998), propende la subjetividad y más exactamente por la intersubjetividad, los contextos, la cotidianidad y la dinámica de interacción entre éstos como elementos constitutivos del quehacer investigativo. Se consideran por tanto, que la metodología cualitativa permite obtener una concepción

múltiple de la realidad, al mismo tiempo que comprenderla de una manera reflexiva y crítica, y así acercarse al contexto de los entrevistados, lo que permitirá una mayor amplitud de conocimiento.

4.2 Tipo de Investigación:

La presente investigación es de **tipo exploratoria descriptiva**, en la que se describen situaciones y eventos en un contexto específico, al que se accede a través de la significación particular que posee cada sujeto, en función de la temática a investigar. Este tipo de estudio permite describir la realidad a estudiar en una institución de salud mental pública, a saber, el Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna de Independencia.

Nuestra investigación, corresponde a un tema inexplorado en el ámbito de salud mental ambulatoria, sólo antes estudiado en el ámbito de la psiquiatría, es decir, desde lo patológico. Por tanto no se cuenta con material teórico o con estudios previos relativos al fenómeno de la institucionalización en el ámbito clínico de la salud mental. Cabe destacar, que no existen por ello variables a priori, que nos permitan plantear una hipótesis para orientar esta investigación, razón por la cual, indagaremos respecto a las características que nos permitan conocer y responder nuestra pregunta de investigación.

Es atinente dado que permite la producción de conocimiento respecto del fenómeno a investigar y puede servir como base, para el estudio de investigación a futuro en el ámbito clínico e institucional.

“Los estudios exploratorios sirven para familiarizarse con los fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área.” (Hernández Sampieri, R. 1998 p. 59)

La investigación exploratoria se define como “los estudios que se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes”. (Hernández Sampieri, R. 1998 p. 58)

Nuestro estudio referido a indagar respecto a los alcances clínicos del fenómeno de la institucionalización de niños y sus familias, del Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna de Independencia, nos permite facilitar en términos prácticos nuestra investigación, dado el nexo entre la institución en la cual se enmarca la investigación y el universo a estudiar, es decir, lo/as psicólogo/as clínicas que trabajan en el área infanto juvenil de dicha institución.

4.3 Diseño de investigación:

En el marco de la escasez de estudios sobre el fenómeno *–Institucionalización de pacientes atendidos en Centro Comunitario Salud Mental de la comuna de Independencia–* sin precedentes teóricos y/o de carácter práctico, hemos consideramos importante y necesario optar por un diseño no experimental descriptivo, con el objetivo de dar cuenta de los factores involucrados en los procesos antes referidos.

Los diseños no experimentales se realizan sin manipulación de variables. Estos estudios se caracterizan por observar fenómenos tal como se presenta en su contexto natural para después analizarlos. En este sentido, se plantea que “la investigación no experimental o ex post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos a las condiciones” (Hernández Sampieri, R. 1998 p.184). Así, será necesario, que los sujetos sean estudiados en su realidad, es decir, en la institución en la ejercen la práctica clínica.

Este diseño de investigación es atingente al presente estudio, “dado que en muchas de las investigaciones de carácter social, y en el campo de la salud, resulta imposible la manipulación de las variables, debido a la influencia de múltiples

factores sobre el fenómeno estudiado o la ética que hay que mantener en el caso de la población donde se manifiesta el fenómeno”. (Cauas. D, sf.)

El tipo descriptivo, nos permite indagar la incidencia y los valores en los que se manifiesta una o más variables a ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación.

4.4 Delimitación del Campo a Estudiar:

I. Universo de estudio

En lo que respecta a salud mental en el ámbito público y sus cada vez más crecientes demandas, es que aumenta la necesidad de establecer mejoras integrales en el quehacer clínico comunitario. Es por ello, que consideramos atingente, establecer nuestro campo de investigación en una institución pública, a saber, en el Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna de Independencia.

La unidad de análisis del presente estudio, tiene su fuente de investigación en el “discurso” de los psicólogo/as clínicos del área infanto-juvenil del Cosam de Independencia, en ejercicio clínico por a lo menos dos años, con niños/as y sus familias, correspondiendo a un total de seis sujetos de estudio.

II. Muestreo.

La muestra, para el desarrollo de los estudios cualitativos, exige que el investigador se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría investigada.

El tipo de muestra corresponde a **no probabilística**, donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra, “depende del proceso de la toma de decisiones de una persona o grupo de personas y desde luego, las muestras

seleccionadas por decisión subjetiva tienen que estar sesgadas”. (Hernández Sampieri, R. 1998 p. 208). Es decir, en función de las características propias del universo a estudiar.

Además, el tipo de muestra no probabilística, se realizó en base a **sujetos expertos** en el tema. “Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios” (Hernández Sampieri, R. 1998 p. 227), por ello, definidos como sujetos idóneos para la investigación.

III. Descripción de la muestra:

En función de la referencia metodológica antes señalada, determinamos la muestra de la investigación, en base a seis psicólogos/os que se desempeña en la actualidad en labor clínica con niños/as y/o sus familias que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico en el Cosam de Independencia.

Es importante señalar, que en función de la metodología cualitativa empleada es adecuado definir una muestra pequeña para profundizar en los discursos y así en el análisis cualitativo del que emanarán las variables que pretendemos conocer en la implicancia de esta temática clínica. Taylor (1996), refiere que en toda investigación cualitativa, la función de la cantidad de la muestra o del tamaño de la muestra no tiene relevancia, lo que importa es el cómo, es decir, lo relevante es la profundidad que se logre en el estudio.

IV. Procedimiento de Selección de la muestra:

Para las diferentes unidades de análisis, a saber, psicólogos/as clínicos que realizan intervención en el área infanto-juvenil y/o familiar, los requisitos de selección son los siguientes:

- Profesionales tituladas/os en Psicología Clínica, en ejercicio clínico del área infanto juvenil y/o familiar de la institución Cosam Independencia.
- Que tengan como mínimo dos años de experiencia en la institución Cosam Independencia.

4.5 Técnicas e instrumentos de Recolección de la Información:

Las técnicas elegidas de carácter cualitativo en esta investigación, permiten conocer y dar cuenta de las variables que están a la base del fenómeno estudiado, logrando explorar a través del relato de los expertos, las características de los pacientes y de la institución, los niveles de reingresos a los procesos psicoterapéuticos y las consecuencias de estos hechos en el ejercicio clínico.

Esta técnica permite a las investigadoras no intencionar la percepción frente al fenómeno, posibilitando ver el escenario y los sujetos involucrados desde una perspectiva “holística”, refiere Taylor (1996), esto significa que las personas, no son reducidas a variables, sino consideradas como un todo, llevadas a cabo a través del análisis de la recolección de la información.

La condición de alumna en práctica profesional en la clínica infanto-juvenil, realizada en la institución Cosam por un período de once meses, constituye un plus que permite establecer a priori la posibilidad de acceder a las garantías mínimas necesarias para el desarrollo del presente estudio, en sus distintas etapas en lo que refiere al funcionamiento, la cultura y las practicas terapéuticas realizadas en la institución, como así mismo, genera las condiciones para realizar las entrevistas en profundidad. En este sentido, esta técnica utilizada forma parte de un método

coherente con las premisas del marco metodológico desarrollado en la investigación y que será señalado como instrumento de recolección, puesto que permite realizar un aporte subjetivo y objetivo respecto a la política institucional; los procedimientos técnicos administrativos; el trabajo ínter y multidisciplinario; el modelo de intervención; la cultura organizacional, entre otros factores que dan curso a la investigación.

A través de la observación participante, se logra observar el fenómeno a investigar y describir así los factores que están implicados y que determinan su génesis y desarrollo.

En esta investigación se utilizaron dos métodos o técnicas de recopilación de información para su análisis y desarrollo, a saber, **entrevista en profundidad** y **observación participante**, señalados en la descripción de los instrumentos.

- **Entrevista en profundidad**

Por entrevista en profundidad entenderemos “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (...) las entrevistas en profundidad, siguen un modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación” (Taylor y Bodgan, Pág.101, 1996).

La aplicación de esta técnica de recolección de información, permite una aproximación a las construcciones subjetivas de significación de los sujetos en estudio con respecto al *fenómeno de la institucionalización y sus implicancias en las prácticas clínicas*. Es por ello, que se deben vincular los objetivos y las preguntas guías de la investigación, en función de establecer la estructura de la pauta de entrevista. Esto permitirá indagar en cada uno de los objetivos planificados. Es así, como nos hace sentido la siguiente referencia con respecto a esta tarea; “la entrevista

es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, etc., obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos" (Quintana, I. 2000)

La entrevista en profundidad, como plantea Ruiz (1999) implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente.

Se optó por este tipo de técnica pues comprende un desarrollo de interacción, creadora y captadora de significados, en el que influyen las características de los actores sociales e individuales y de la realidad social en que viven, de modo de poder acceder a aquellas dimensiones de la sociedad y de los sujetos, que un análisis de carácter macro dejaría necesariamente afuera.

Con el objeto de orientar la entrevista y asegurar que no ocurra arbitrariedad en la recopilación de información, es necesario diseñar una pauta de preguntas para delimitar los temas a investigar. Esta pauta es elaborada en función de enmarcar los objetivos específicos a indagar en nuestra investigación, en función de orientar la entrevista en profundidad, realizada a cada uno de los psicólogos/as que constituyen la muestra.

Un criterio básico a considerar es la claridad y precisión de las preguntas a realizar en la pauta. A este respecto, es importante además precisar, que el orden temático en la pauta de preguntas, le permitirá al entrevistado/a, la posibilidad de ir profundizando con respecto a sus percepciones y experiencias en su práctica clínica, en función de las preguntas de la investigación con respecto al fenómeno a indagar y conforme ocurra el despliegue natural de sus propias percepciones a través de los discursos de los sujetos entrevistados.

- **Observación participante:**

La condición de alumna en práctica en la institución, permitió indagar respecto a cultura organizacional, política institucional, modelo de intervención, características de los beneficiarios, entre otros. Lo anterior, se observó en un período de once meses de práctica profesional, realizados en el Cosam de Independencia. Esta experiencia, permitió establecer un vínculo con la institución y sus actores; y vivenciar las inquietudes y las problemáticas emanadas de las prácticas clínicas realizadas por las psicóloga/os de la institución.

Esta información, fue recogida a través de la propia experiencia profesional, de la observación participante en las reuniones semanales de carácter técnico y en las instancias informales del equipo del área infanto juvenil. Por ello, consideramos esta técnica, como un elemento que aporta material relevante para el desarrollo de esta investigación.

La observación participante descrita por Hernández Sampieri (1998), consiste en el registro sistemático, válido y confiable del comportamiento o conducta manifiesta, pudiendo utilizarse también como método para recopilar información del contenido de comunicaciones correspondiendo a un método de interacción con la experiencia de carácter no intrusivo.

A través de esta técnica, se comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad o alguna temática en específico. En este contexto, el investigador tiene la posibilidad de acceder a información con respecto a ciertas prácticas y procesos institucionales que no son sistematizados.

Esta metodología objetiva y subjetiva, permite observar un grupo social “desde dentro” hasta “verse como uno de ellos” en su ambiente natural. Es una práctica desde una observación que permite identificar los elementos de un hecho social, accediendo a lo real de forma empírica. Durante el proceso investigativo, para recolectar la información, el investigador debe seleccionar el conjunto de informantes,

a los cuales además de observar e interactuar con ellos, puede utilizar técnicas como la entrevista, la encuesta, la revisión de documentos y el diario de campo o cuaderno de notas en el cual se escribe las impresiones de lo vivido y observado, para organizarlas posteriormente.

4.6 Plan de Análisis de la información:

Para hacer visible el análisis emanado de la muestra elegida y la riqueza lingüística de sus discursos, se utilizó el **Análisis por Categorías**. Este proceso, consiste en registrar los temas emergentes, a través de las entrevistas realizadas, que nos permitan desarrollar los conceptos y proposiciones que dan sentido y estructuran los datos recopilados, así como también, permite analizar y codificar estos datos, para poder desarrollar un análisis exhaustivo y comprensivo del estudio, describe Taylor (1992).

De esta forma, los instrumentos de investigación serán transcritos rigurosamente; se realizarán las segmentaciones; las codificaciones; las categorizaciones y la clasificación e interpretación del análisis de los discursos emanados en las entrevistas aplicadas, en el siguiente orden y precisión;

- Transcripción de las entrevistas.
- Segmentación de las entrevistas en frases y/o párrafos, que permitirá realizar una categoría representada por un código que de cuenta de lo expresado por el entrevistado.
- Codificación de cada una de las transcripciones realizadas a partir de la entrevista en profundidad a los sujetos de estudio.
- Elaboración de listado de las categorías.
- Articulación de las distintas categorías: Elaboración de meta-categorías (dimensiones). Esto consiste en la tarea de agrupación de categorías en torno a

la o las variables identificadas, conforme a: datos generales encontrados, la pregunta de investigación y lo propuesto en los objetivos de la misma.

- Diseño cualitativo de resultados y conclusiones.

5. *RESULTADOS Y ANALISIS.*

5.1 Resultados:



En una primera instancia, creemos pertinente conocer a los beneficiarios que son atendidos en el Cosam Independencia. Este conocimiento lo hemos realizado a través de la mirada y experiencia de quienes atienden en la institución, para esto los Psicólogo y Psicólogas nos relatan las características particulares de estos pacientes y sus familias, en cuanto a características psicológicas, psicosociales, culturales y de los síntomas con que llegan a consultar.

Estas categorías, nos entregan información de las distintas dimensiones de la vida de los beneficiarios que son atendidos en el Cosam, permitiéndonos conocer las complejidades y dificultades que enfrentan los pacientes, y los obstáculos en las intervenciones terapéuticas realizadas por la institución.

Características Psicológicas de los Beneficiarios.

Según la experiencia de los profesionales que se desempeñan en el área infanto juvenil, las características psicológicas de los beneficiarios atendidos en el Cosam, corresponden al nivel de atención secundario, es decir, son personas que no presentan psicopatologías psiquiátricas severas, sino, que son tratados los niño/as y sus familias con dificultades en salud mental de mediana complejidad.

P 1: “A nosotros nos llegan las depresiones de moderada a severa o una depresión leve, con una patología asociada, o con una complejidad psicosocial que la haga más compleja”

En el caso puntual de los niños y niñas, los profesionales si bien no describen la presencia de psicopatología, en forma recurrente relatan la presencia de Trastorno Hiperactivo como motivo de consulta en los pacientes en etapa escolar. En este sentido, se describe a los pacientes sin daño patológico, en su gran mayoría.

P 1: “niño con trastorno hiperactivo o que tiene sintomatología de hiperactividad”.

P 4: “la gran mayoría de los niños que vienen acá no tienen un daño psicopatológico o son muy pocos los que lo tienen, no son niños con trastornos de salud mental”

Sin embargo, uno de los entrevistados, caracteriza a los beneficiarios del área infanto juvenil con un daño psicológico temprano, que aparece como consecuencia de las dificultades en el desarrollo normal de los niños y niñas.

P 6: “generalmente han tenido un sufrimiento durante las primeras etapas de su desarrollo, nosotros lo vemos en la anamnesis, por ejemplo, dificultades en la lactancia, en la oralidad como te dije antes, en el control de esfínter, en el proceso de aprendizaje de la lecto-escritura”.

Características Psicosociales de los Beneficiarios

Al caracterizar a los beneficiarios, los psicólogos entrevistados describieron factores psicosociales, como una de las características principales que provocan conflictivas psicológicas en los niños y sus familias atendidos en el Cosam. En definitiva, sujetos vulnerados o con grave riesgo de vulneración social.

P 5: “son niños que están vulnerados en sus derechos claramente, niños y jóvenes que viven en condiciones de maltrato, vulnerados en sus derechos a nivel físico y emocional”.

Las consecuencias de las problemáticas socioeconómicas, como son la falta de oportunidades laborales de las familias, los bajos ingresos familiares, la realidad habitacional, provocarían conflictivas que se traducirían en factores de riesgo para los pacientes atendidos en los Cosam.

P 2: “dificultad al acceso de las oportunidades a la educación, la salud, la cesantía, el hacinamiento, el consumo de alcohol de drogas, la violencia”.

Según la experiencia de los entrevistados, las características sociales de los beneficiarios, van en relación con las conflictivas familiares que afectan a las personas más vulnerables dentro de la familia, en este sentido, el grado de violencia al interior del hogar permite que persistan dificultades de competencias y habilidades sociales.

P 2: “la violencia intrafamiliar que en algunas familias ha sido histórica...y que hace que el síntoma se perpetúe (...) todo lo que tiene que ver con las alteraciones conductuales de los niños, el escaso nivel de competencias o habilidades del niño sociales o afectivas, que muchas veces responden al abandono materno a un abandono paterno, a negligencia, desapego, y que genera un mismo proceso que tiende a repetirse”.

Las dificultades psicosociales que los profesionales describen a nivel general dentro de las familias, generarían ciertas características a nivel individual transfiriendo las conflictivas y formas de relacionarse desde el interior de las familias hacia los distintos ámbitos donde se desenvuelve los sujetos, en este caso los niños.

P 1: “maltrato que no solo se traduce en el maltrato físico, sino que en el trato general; a ratos muy humillados y no solo en el trato familiar, sino también de pronto con un historial de arrastre de mucho maltrato, ya sea en la escuela, con dificultades para adaptarse, con pocas habilidades sociales, que traen como un historial de deterioro”.

P 4: “con dificultades escolares, con dificultades de rendimiento, en general son niños poco exitosos con experiencia de maltrato o abuso de algún tipo, incluido el abuso sexual, niños vulnerados”.

Las dificultades al interior de las familias, propician carencias en el aprendizaje de habilidades sociales que les impedirían a los niños y niñas enfrentar y resolver en forma adecuada las dificultades en los distintos ámbitos, familiar, escolar y relacional.

Características Culturales de los Beneficiarios

En relación con las características de los beneficiarios, los psicólogos entrevistados, hacen referencia a factores culturales de las familias de los pacientes, factores que tienen relación con el manejo y la dinámica familiar que problematiza y produce síntomas en los pacientes.

A juicio de los psicólogos entrevistados, las familias han establecido una determinada cultura que produce efectos en sus hijos, sintomatología que según la percepción de los profesionales no se ha problematizado a nivel familiar, sirviendo como justificación ante los síntomas aparecidos en sus hijos y que viene a mostrar las dificultades parentales en cuanto a manejo, límites y las propias dificultades de los padres.

P 1: “pero claramente hay poco manejo de los padres. A los papás de pronto les cuesta discriminar el hecho de si “yo lo fundo mucho o no le pongo normas claras o justifico todo en función del trastorno: es que el no puede, no sabe, le cuesta”.

P 4: “son más bien niños que están haciendo síntoma, derivado a una problemática y dentro de esa problemática están las características de la familia, donde lo que nosotros observamos en general, son familias bastante disfuncionales con dificultad en la diferenciación de los roles”.

P 6: “en muchas ocasiones son estas mismas características las que revisten a esta familia de ese particular discurso, por muy terrible que sea, pero que les da un lugar, una impronta y una forma aunque patológica de hacer familia, en mucha ocasiones me ha tocado escuchar que en sus discursos, estas familias incluso llegan a validar la violencia, la deserción escolar, el robo, la mentira, la desprotección hacia los hijos, como una forma de hacer familia”.

Por otro lado según la experiencia en la atención clínica los profesionales relatan el lugar que ocupan los hijos dentro de la estructura familiar, permitiendo a la cultura familiar consolidarse y transmitirse, evidenciando el conflicto familiar a través de algún miembro de la familia.

P5: “Niños y jóvenes que están en medio, que están triangulados en conflicto parental, están parentalizados”

P 6: “tiene que ver con la cultura familiar y social que carga este niño, generalmente es algo que esta tan instalado en el discurso familiar que por eso lo llamo un peso, por que se le carga al niño si o si con distintas problemáticas, patrones y formas de hacer familia que es transgeneracional y que aparece en el motivo de consulta incluso por mucho tiempo o luego de un tiempo”.

Según la experiencia terapéutica de los profesionales, la cultura familiar es un factor de suma importancia que define, no solo a los pacientes en forma individual, sino a toda la dinámica familiar, propiciando una determinada forma de responder ante las dificultades.

Características de la sintomatología de los pacientes.

En general, según la percepción de los profesionales, se podría caracterizar la sintomatología de los pacientes niños y jóvenes como producto de una dinámica familiar que canaliza los conflictos a través de algún miembro de ésta, y no necesariamente como producto individual, el contexto cobra relevancia en el motivo de consulta latente, que es mucho más complejo que el motivo de consulta manifiesto.

P 4: “Son más bien niños que están haciendo síntoma, derivado a una problemática y dentro de esa problemática están las características de la familia, donde lo que nosotros observamos en general, son familias bastante disfuncionales con dificultad en la diferenciación de los roles”

P 6: “...tiene relación con la complejidad, con el síntoma, con la forma en la que aparece o reaparece el síntoma, como se maneja en la familia, como es vivido por el niño, como es traído a la consulta”

Así mismo, los entrevistados relatan que el síntoma que manifiesta un miembro de la familia, permite descubrir al interior de la dinámica familiar las distintas problemáticas a la base, posibilitando el trabajo terapéutico de las reales dificultades de la familia, siendo el paciente capaz de mostrar las complejidades de su situación.

P 4: “También hay problemas de salud mental donde el niño a través de los síntomas trae a los padres acá, por ejemplo el tema de la violencia, donde se pesquisa el tema y se termina trabajando acá el tema de la violencia”.

Por otro lado, los psicólogos relevan como un tema complejo la escasez de recursos psicológicos y la baja motivación que presentan las familias, en función de apoyar el proceso terapéutico del niño/a, trasladando por ello la responsabilidad del tratamiento a la institución.

P 2: “generalmente no cuentan con los recursos o simplemente la motivación de comprometerse con el proceso terapéutico del niño....generalmente traen al niño con la idea de que “nosotros se los arreglemos”



Para nuestra investigación, era necesario conocer la forma, y funcionamiento de la institución, por lo tanto la vinculación que los entrevistados realizaron entre la política gubernamentales de Salud Mental y su aplicación en la política de la institución Cosam es de suma importancia, en cuanto al reconocimiento y el nivel de información de los profesionales del área, con respecto a las políticas estatales y sus implicancias en quehacer en la institución; el protocolo administrativo; los recursos de que dispone la institución; como así mismo, nos parece relevante que los profesionales entrevistados dieran cuenta de su rol y la cultura institucional.

Política Institucional.

Uno de los temas relevantes para la investigación, fue indagar a través de las entrevistas en profundidad, respecto al conocimiento que tienen los psicólogo/as del área infanto juvenil del lugar que ocupa el Cosam en la red de salud pública. Respecto a lo cual, los/as profesionales conocen la historia político administrativa y la reforma que ha sufrido esta institución en función de dar respuesta a la necesidad de instalar nuevos modelos en pos de mejorar la salud mental.

Los profesionales conocen y refieren el camino recorrido por las instituciones de salud y específicamente por el Cosam, poniendo en relevancia el cambio desde el modelo medico al bio-psico-social, destacando que las políticas de salud responden a la modernización a nivel mundial.

P 3: “El Cosam pertenece a todo una red que es parte de la atención de alta complejidad que tiene el servicio de salud, que es algo previsto por el ministerio de salud desde el año noventa, noventa y dos. A propósito de todo un proceso de modernización de la atención pública y parten, de hecho los Cosam parten como atención primaria especializada de la salud mental (...) el ministerio de salud tampoco esto lo saca de la nada, sino que hay todo una reforma a nivel mundial de donde surge la idea de formar a los pacientes, es el cambio de un modelo medico a un modelo más bio-psico-social”

Los entrevistados relatan la modificación de los objetivos de intervención de los Cosam, donde con la reforma de salud mental, se le da una nueva misión a la atención clínica, pasando desde la atención primaria, de prevención y promoción; a la atención secundaria, con un mayor grado de especialización.

P 1:”Lo que pasa que desde hace unos tres o cuatro años atrás, podían llegar casos de cualquier complejidad, incluso se recibía demanda espontánea, desde el año pasado ya mas formalmente llegan a los Cosan tanto en el área infanto-juvenil, como adultos, casos de mediana a alta complejidad, lo de leve a moderada tiene que ser resolución en salud primaria.”

P 5: “Pasamos hace rato de ser centros destinado a la atención clínica y a las acciones preventiva a ser centros clínicos comunitarios y los centros de

salud familiar se constituyen como los encargados de las acciones preventivas promocionales, la apuesta era justamente que los Cosam evolucionen a centros clínicos especializados”

En este contexto, los profesionales manifiestan que con respecto al cambio en el nivel de intervención, es decir, de atención primaria a secundaria o de mayor complejidad, existe en la práctica una complicación para implementar esta nueva política, debido a que según refieren, pese a la alta demanda en salud mental se continúan realizando intervenciones a nivel primario, dado que la atención primaria no satisface completamente la demanda en este nivel, siendo el Cosam quien continúa cubriendo estas necesidades.

P 2: “Una de las dificultades para nosotros es que a nivel primario, no se están haciendo cargo de los adolescentes, entonces nosotros tenemos una gran demanda que en ocasiones no amerita un trabajo tan complejo”

Si bien, los entrevistados relatan que aún deben realizar intervenciones a nivel primario que ya no les correspondería, también describen la internalización de las nuevas políticas en salud mental, definiéndose ellos como un centro de especialidad.

P 2: “Pero también da un salto cualitativo en cuanto a que claramente esta institución es mas clínica que antes, y efectivamente eso nos muestra que ya este tipo de intervención mas preventivo y promocional debiera instalarse en la atención primaria... se espera que los centros de atención primaria vallan mutando o se conviertan en centros de atención familiar, de hecho se creo formalmente en el consultorio una unidad de salud mental a nivel primario y referencial y un programa de trastornos hipercinéticos.”

La reforma de las políticas de salud pública depende de las políticas estatales, a través del ministerio de salud. Esto, relatan los entrevistados, indica el quehacer técnico de estas políticas, pero por otro lado los aspectos administrativos corresponden a otra institución estatal, la municipalidad, por tanto, los entrevistados, narran una contradicción en la implementación de la reforma.

P 5: “En el marco de la reforma de la atención de psiquiatría y salud mental, los Cosam se constituyen como centro de especialidad para el

tratamiento de los problemas de salud mental de sus comunas. Si bien la mayoría, a nivel contractual, estamos en el marco de la salud de atención primaria, nuestra contraparte, nuestro empleador, quien administra todo esto es el departamento de salud comunal. Estamos sujetos a esa reglamentación en cuanto a términos contractuales...”

P 5: “A nivel técnico, somos centro de especialidad, somos salud secundaria”.

Desde el nuevo paradigma de la salud mental, existe la introducción de nuevos conceptos, y nuevas formas de hacer intervenciones en salud mental, en esta ocasión los profesionales nos relatan la concepción de lo “clínico-comunitario”, que ampliaría la mirada y las intervenciones a las problemáticas de los beneficiarios de la atención pública.

P 5: “Es un trabajo de carácter clínico- comunitario, porque pretende como esa vinculación, la mirada clínica, con una perspectiva también comunitaria, es decir el sujeto, con sus necesidades, su familia, pero también inserto en su comunidad”

Para los profesionales entrevistados, es importante destacar, conocer y participar de las políticas o las reformas políticas en cuanto a salud mental, en este sentido relatan y conocen la reforma de salud nacional e internacional, y su implementación real, por tanto las dificultades que aún deben enfrentar. Según los relatos, estas dificultades pasan por la implementación y dependencia técnica y administrativa de los Cosam.

Sobre la implementación de la reforma, según el relato de los psicólogos entrevistados, el pasar de ser un centro de atención primaria a uno de especialidad, les ha complejizado la tarea, pero ésta se ha asumido e interiorizado en la institución, poniendo el énfasis en la nueva visión de intervenciones, desde lo clínico comunitario.

Protocolo Administrativo Institucional

De las entrevistas se desprende, que los profesionales identifican en su mayoría, aspectos de carácter técnico administrativo, que forman parte del protocolo de la política institucional a nivel comunal. Dentro de este contexto, los entrevistados manifiestan un claro conocimiento respecto al rol de cada uno de ellos de dar cuenta de estos procedimientos, a través de las intervenciones y las categorías diagnósticas que deben dar cuenta de la cantidad de intervenciones realizadas. A este respecto, los profesionales manifiestan cierto cuestionamiento a las categorías diagnósticas que deben ser representadas a través de un código diagnóstico para efectos de protocolo.

La dependencia administrativa de la institución o a quien reporta directamente desde lo técnico es el servicio de salud del sector, es por esto que los entrevistados relatan que deben cumplir ciertas funciones como institución, es decir, lo administrativo, pero también se deben cumplir con una cantidad de prestaciones o intervenciones que permite que los recursos lleguen a la institución.

P 4: “Nosotros frente al servicio, que es nuestro referente técnico, es a ellos a quienes tenemos que rendirles, en términos de estadísticas y de darles una característica de cual es nuestra población, tenemos que clasificar de acuerdo a ciertos diagnósticos, a ciertas categorizar diagnósticas globales la exigencia de que nosotros tengamos una cierta cantidad de intervenciones mensuales y por norma también, si un programa de ambulatorio básico, funciona al menos con cuatro intervenciones a la semana y eso significa tener al paciente mucho tiempo acá con actividades de distinto tipo, psicoterapia, actividades de grupo de autoayuda o talleres de otro tipo”

P 5: “Por eso que para mí es una cosa paradójica: toda nuestra estadística, toda nuestra evaluación es individual, pero estamos llamados a hacernos cargo del enfoque familiar y eso genera contradicciones...”

P 4: “Entonces como que siempre tenemos que estar respondiendo técnicamente a otros servicios o a las fuentes de financiamiento, de acuerdo a cuantos Rut tenemos y a que problemas de salud mental se asocia cada uno de los Rut, eso dificulta un poco el modo de intervenir”

Desde lo administrativo la institución tiene como función categorizar a los pacientes que son atendidos, en este sentido el relato de los entrevistados hace notar las dificultades para dar cuenta de la realidad de los pacientes y de las intervenciones que se realizan en el Cosam.

P 1: “Nosotros tenemos cuatro códigos diagnósticos, pero el código diez encierra todo, trastornos del comportamiento y ansiedad de inicio en la infancia, que es eso, es un saco sin fondo”

P 4: “Es muy difícil que frente a esto que es lo psicosocial, se incorpore en una categoría única, sino que el niño entra por trastorno del comportamiento, la madre entra por violencia y el padre en el programa de alcohol y droga y cada programa tiene su área de intervención”

Los entrevistados definen la categorización diagnóstica, como una herramienta o insumo necesario para registrar la estadística mensual de las intervenciones realizadas por los profesionales en cada programa. En este sentido, las apreciaciones de los psicólogo/as con respecto a la estadística y la definición de categorías diagnósticas como una obligación y una dificultad para realizar las intervenciones. Sin embargo, consideran estos aspectos técnicos administrativos propios de su rol.

P 3: “Porque la estadística y las categorías son una obligación, que lamentablemente hay que hacerlo, entonces esto de las categorías yo las complemento con mi comprensión. Si tu estas en una institución, hay que hacerlo, porque les sirve para material diagnóstico”

El exceso de horas de atención clínica realizado, es referido en la entrevista como una meta institucional. Se suma a este exceso de pacientes las horas de destinadas a los aspectos administrativos y técnicos propios del cargo.

P 1:”Con este tema de las metas yo atiendo cada cuarenta y cinco minutos, y es un poco lo que yo te decía, yo tengo cuarenta y cuatro horas

semanales, de esas tengo horas administrativas, tengo horas de reuniones clínicas, ponle tu que sean diez horas para otras cosas, tengo que destinar treinta y seis horas de cuarenta y cinco minutos- para atención directa, lo que implica que al mes yo tengo que tener cuarenta y siete pacientes bajo control”.

Desde el relato de los entrevistados, podemos comprender que las obligaciones que requiere el cargo de psicólogo en la institución Cosam, esto son los aspectos técnicos y los administrativos, requiere tener una doble mirada.

Desde lo administrativo, los entrevistados relatan que no están de acuerdo con las múltiples estadísticas y el cumplimiento de las prestaciones obligatorias, pero al mismo tiempo, lo reconocen como una obligación que asumen sin mayores problemas, sin dar cuenta de una implicancia directa en la clínica.

Fuente de financiamiento de la institución

Las declaraciones que efectúan los entrevistados, revelan las dificultades que tienen a nivel de equipo, con respecto a la falta de recursos humanos tanto económicos como profesionales. Además, los entrevistados conocen la fuente de financiamiento y la forma en la que los recursos son asignados a los programas y subprogramas de atención primaria y secundaria.

P 6: “La mayoría de los recursos con que cuenta esta institución y creo que todos los programas locales, están supeditados a la cantidad de prestaciones que realiza la institución, es decir al número y categorías de intervenciones que se realizan con el paciente, pero no al proceso, por que es la forma en la que bajan los recursos, se envía el flujograma de usuarios atendidos en la prestación (...) tu paciente debe necesariamente para efectos de prestación, ser consignado en el flujograma con una categoría diagnóstica, que en el fondo es simple protocolo pero que si lo ves desde una perspectiva ética ya de antemano se rotula con un síndrome, patología o que se yo pero lo real en cuanto a proceso clínico que por cierto es cualitativo no se expresa en esta planilla”

Los entrevistados, dan cuenta de las dificultades en cuanto al financiamiento del programa, que recibe recursos desde distintas áreas del sistema público, teniendo que responder financieramente a otras instituciones del área, en cuanto a protocolos administrativos.

P 4: “Por otro lado también nosotros como equipo hemos ido exigiendo mas técnicamente, como por ejemplo mas recursos, este años hemos ido contratando mas recursos psiquiatra y psiquiatra infantil, también terapeutas familiares, porque surgió la necesidad”

P 4: “En las intervenciones clínicas (...) existe en ese sentido un desgaste importante del equipo, porque precisamente nos vemos afectados, es que hay que hacer un proceso de disociación que no afecte la atención, no afecte al usuario y que tu te mantengas trabajando, con todas las responsabilidades que cada uno de nosotros tiene”

P 4: “Entonces como que siempre tenemos que estar respondiendo técnicamente a otros servicios o a las fuentes de financiamiento, de acuerdo a cuantos Rut tenemos y a que problemas de salud mental se asocia cada uno de los Rut, eso dificulta un poco el modo de intervenir”

Sin duda, el aspecto financiero es una dificultad para los profesionales del Cosam, pero por sobre todo para la dirección del Cosam, que según relata, tienen que convivir con muchas carencias económicas como institución.

Es importante destacar, que se reconoce un desgaste en el equipo por tener que lidiar con las restricciones económicas, que si bien deben marcar la diferencia entre las intervenciones realizadas y estas dificultades, a la larga generaría un deterioro en el equipo de profesionales.

Cultura Institucional.

Al entrevistar a los psicólogos en ejercicio, nos dimos cuenta que aparece en el discurso de los profesionales connotaciones de carácter cultural. En este sentido, por un lado se da cuenta de la idea “altruista” del rol social y por otro de la intolerancia ante las características que presentan las familias que son atendidas.

P 3: “Culturalmente hay un tema vinculado con el altruismo. Con el modelo medico, nuevamente, y con un tema político”

P 3: “Generalmente los psicólogos tendemos a enojarnos, “y como no se hace responsable”, bueno le cuesta. Yo creo que somos súper poco tolerante a eso, nos enojamos súper fácil, véanlo ustedes en las reuniones clínicas”.

Según los relatos de los entrevistados, en la institución existe la posibilidad de definir y decidir los procedimientos e intervenciones a realizar, en ese sentido se entiende una validación del equipo y de la institución, para con sus profesionales.

P 1: Yo no se si es algo tan institucional, yo siento - y es algo compartido por todos también- yo siento que tengo esa libertad, nose si es algo que comparten mis demás colegas, la verdad, yo me siento con esa libertad, yo siento que puedo decir: a este niño lo voy a evaluar tres semanas o lo voy a evaluar a la primera o voy a esperar un tiempo para ver si lo evalúo.

Los entrevistados relatan que sólo existen espacios informales para realizar actividades que definen como “autocuidado de equipo”. Además, señalan que los espacios formales, como son las reuniones técnicas o de equipo, constituyen también una instancia de autocuidado, pese a que estas actividades no están definidos formalmente.

P 1: “Tenemos las reuniones y ahora con la casa nueva, este espacio del cafecito se ha transformado en un espacio de relaxo. A pesar que nosotros siempre estamos haciendo cosas juntos, vamos a paseos, este año fuimos a Tunquen, todo el equipo, lo pasamos súper bien. Pero si lo pensamos esas cosas implican un costo que asumimos nosotros, no es a nivel de la institución, de todas maneras yo trabajo a gusto, siento que tengo como esa libertad que te decía yo, de pronto en el trabajo, como también en los espacios más informales”

P 4: “Nuestros tiempos de conversación, comparativamente con otros centros son altísimos. Eso es pega, pero también es una instancia de auto cuidado para el equipo, cuando el equipo esta sometido a todo este devenir que a la larga también es psicosocial, porque afecta a la psiquis y tiene que ver con lo psicosocial, con las políticas, con los financiamientos, con la posibilidad de las instituciones que están comprometida con toda esta cosa, que sea una cadena de inoperancias, por supuesto que se dificulta las intervenciones.

Rol de Psicólogo

Uno de los actores principales en los procesos terapéuticos que se realizan al interior de la institución Cosam, son los profesionales Psicólogos entrevistados para la presente investigación. Esos profesionales hacen referencia sobre su rol y su quehacer dentro de la institución, en este relato, se transmite las dificultades asociadas a esta labor.

P 2: “yo diría que tiene que ver con acoger demanda....los escaso espacios que nos quedan son espacios de coordinación.....y de trabajo mas administrativo que en estas instituciones es de mucha rigurosidad e importancia”.

P 3: “Claro finalmente nosotros lo psicólogos, somos actores como agentes de salud, pero también en este tipos de institución como agentes de un plan político y que difícil es eso. Hay cosas que uno profesionalmente las puede cuestionar, pero hay una normativa técnica”.

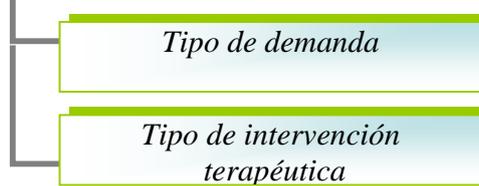
Junto con esto, los entrevistados hacen referencia específicamente a como realizan su trabajo profesional, en este sentido cuando hablan de su rol, lo hacen definiendo los distintos aspectos que han tenido que asumir: rol educativo, motivador, de comunicador y de normador, explicando que estas tareas deben ir en conjunto con el trabajo clínico que cada uno realiza.

P 4: “estamos asumiendo un poco el rol educativo la respecto, pero también olvidándonos de este rol mas activo que tiene el usuario frente a su propio tratamiento o al tratamiento a que esta siendo sometido su hijo”

P 4: “es nuestro rol como motivadores en las temáticas de salud mental. En ese sentido nosotros tenemos que ser comunicadores con la gente para poder negociar, mostrar cuales son las otras situaciones que al parecer están pendientes que están complicando, o que es lo que significa que el niño tenga problemas de conducta en el colegio”

P 4: “Pero nosotros también, sin querer, estamos en eso de normar a la familia eso esta bien, esto esta mal, seria bueno que; entonces como usuarios también se arrancan de la sesión, porque no es fácil, a nadie le gusta que le digan como hacer las cosas, que de alguna manera te digan que no lo estas haciendo bien”.

MODELO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA INSTITUCIONAL



Conocer el modelo de intervención que se realiza en Cosam, nos permite comprender los distintos niveles de intervenciones realizadas, el modo de funcionamiento de equipo, las expectativas de la atención y el tipo de demanda de esta institución. Esto nos permite abarcar cabalmente las distintas dimensiones de intervención institucional, comprendiendo los factores que inciden en el quehacer clínico.

Tipo de Demanda

Los entrevistados, relatan que debido a la implementación de la reforma en la salud mental, que define al Cosam como un centro de especialidad, han ocurrido cambios en el tipo de demanda. Una de las consecuencias dice relación con forma en que llegan a consultar los pacientes, cambiando de demanda espontánea a derivada canalizada a través de otras instituciones del sistema público, ya sea de salud, educacional o judicial.

P 5: “La familia no llega directamente al Cosam, nosotros tenemos que decirle a la gente que somos un centro de especialidad, la demanda tiene que estar mediada, necesariamente, a través de interconsulta, es decir el primer diagnóstico o la pesquisa viene del sistema escolar o/y del sistema de salud. Y ahora, bueno, este último año, con la reforma de los tribunales de familia viene desde el sistema judicial, que en general, es el otro nicho o fuente de pesquisa, por lo tanto, fuente de derivación hacia el Cosam”

P 4: “Llega gente derivada, derivada por un tercero, ya sea que el colegio hizo la demanda y se da una vuelta por el consultorio o derivados del hospital o llegan del sector justicia, entonces cambia un poco la dinámica de la demanda y nuestra forma de intervenir también”

Los entrevistados refieren que la institución terapéutica debe dar cuenta de sus intervenciones a las instituciones que realizan la derivación del paciente. Este tipo de demanda por no ser de carácter espontáneo, determina el plan de acción en función de los requerimientos de la institución demandante. Generalmente la solicitud que se realiza a la institución de salud mental por parte de las instituciones educativas están referidas a evaluación cognitiva de alumnos/as.

P 2: “Llegan por una demanda por ejemplo del colegio y que obedece a la solicitudes que nos hacen para la evaluación del niño y en función esta evaluación el colegio determina el plan de acción académico o disciplinario con el niño.....es común que quede supeditada la evaluación cognitiva que solicita el profesor con las medidas que tomará el colegio con el niño y eventualmente con sus familias”

Intervenciones Terapéuticas

La mayoría de los entrevistados, evidencian que existe una clara disposición a realizar un trabajo de intervención no sólo a nivel individual, sino además con las familias de los niños/as que ingresan al Cosam, de manera de realizar un diagnóstico y una posterior intervención integral.

En este sentido, el enfoque Biopsicosocial con que se trabaja al interior de la institución, marca las directrices para realizar el trabajo terapéutico, según la percepción de los entrevistados, esta forma de intervención da cuenta de las complejidades propias de los beneficiarios y sus implicancias en el trabajo realizado.

P 1: “Por la complejidad de los casos nosotros nos abocamos a ingresar a los niños y realizamos un trabajo principalmente individual y a medida que avanza el proceso, con la incorporación activa – y en eso somos un poco

majaderos- de los papas o del adulto responsable, llámese abuela, depende de la situación de cada niño”.

P 5: “La apuesta es generar un enfoque familiar de la salud, es decir que un individuo no es visto como un individuo solo, sino en relación con otro, partiendo por esta unidad básica que es la familia y la comunidad”

Los entrevistados refieren respecto de la necesidad institucional de formalizar una intervención en terreno con una dupla psicosocial, que permita dar cuenta de la demanda de la población. Sin embargo, existen prácticas de trabajo comunitario psicosocial en función de la contingencia que surge de las necesidades de los beneficiarios. Además se da cuenta de la importancia del trabajo multidisciplinario y de equipo que permita realizar intervenciones complejas.

P 4: “Este año hemos hecho varias visitas domiciliarias en duplas, hay una psiquiatra de infanto-juvenil que tiene muchísima experiencia en el área comunitaria y ellas hace intervenciones en domicilio por ejemplo, con la familia. Y eso en el orden del rescate de pacientes, por ejemplo la próxima semana, vamos a ir a ver a un paciente psicótico que no quiere salir de la casa y no sé que. Entonces si bien no existe así formalmente la dupla psicosocial, si nosotros estamos intencionando que las intervenciones en domicilio que sea con otro carácter, que nos permita a nosotros también comprender la situación de la familia o visualizar el nivel de complejidad”

P 6:”...tiene que ver con una estrategia a nivel de equipo, dado que en muchas ocasiones debemos realizar trabajo multidisciplinario o en dupla con el asistente social”

Existe un consenso por parte de los entrevistados, con respecto a relevar el rol parental como una variable a utilizar en las intervenciones terapéuticas a nivel de dinámica familiar. Dando cuenta así de las complejidades a nivel familiar, en cuanto a las características de los beneficiarios antes descritas, poniendo de manifiesto nuevamente la mirada familiar, del niño con su contexto.

P 2: “Ya no es tan sólo trabajar sólo con el paciente por ejemplo en el caso de una depresión sino que es probablemente se puede hacer una intervención de grupo, trabajar en función de las variables psicosociales, el

rol parental, que los niños trabajen en habilidades sociales además de la terapia individual (...) la complejidad familiar nos obliga a mirar todos estos elementos psicosociales para poder dar respuesta a la demanda real del paciente”

P 4: “Debemos ser capaces de realizar una intervención en por ejemplo el tratamiento de una depresión en un adulto, tenemos que indagar sobre el trato de ese adulto con sus hijos, es de promoción, integrándolo en los espacios que aun se siguen haciendo de manualidades, de grupos de auto ayuda”

P 2: “Evaluar a nivel familiar el asunto y poder intervenir a ese nivel y también lo parental e ir despejando variables, trabajando la dinámica familiar y así de esta forma poder desde ahí realizar un diagnóstico que sea integral respecto al caso y que permita que el síntoma no se siga perpetuando en el tiempo”

Los profesionales entrevistados dan cuenta sobre sus expectativas que tienen con respecto a la participación de los padres y/o familia en el proceso de intervención del niño/a, como también respecto a las expectativas de los beneficiarios con el trabajo que realiza la institución.

En este contexto, los objetivos terapéuticos de los profesionales, tienen relación con disminución de los síntomas de los pacientes, con la habilitación de “herramientas”, con lograr establecer un adecuado vínculo con los pacientes y sus familias, y por sobre todo que los beneficiarios sean capaces de problematizar sus conflictos.

P 3: “(...) de alguna forma para nosotros la idea es disminuir el síntoma o extinguirlo. Tiene que ver con proveer herramientas para que no vuelva a suceder”

P 2: “La idea con los beneficiarios, es cómo podemos llegar a co-construir en el fondo nuevos patrones o formas de dinámica familiar que permitan que no se repita el síntoma y que en definitiva no se llegue a vulnerar a los niños.

P 5: “En esos casos es necesario motivar a los padres o adultos responsables, a generar una conversación en torno a los razones por las cuales estamos acá, a problematizar”

P 5: “En esos casos es necesario motivar, a generar una conversación en torno a los razones por las cuales estamos acá, a problematizar”

INSTITUCIONALIZACION



Los entrevistados refieren en sus relatos que existe a nivel político, factores que pueden incidir en procesos de institucionalización. En este sentido, las políticas públicas estatales inciden y generan, para estos entrevistados, condiciones de dependencia institucional. Sin embargo, las referencias indican que la institución necesita de estas familias para poder dar cuenta de las políticas públicas que invisten al gobierno de un rol protector.

Por otro lado, los entrevistados dan cuenta una condición psicosocial de vulnerabilidad que incita a familia a una dependencia institucional, a través del sistema político-público de carácter asistencial.

P 6: “la adherencia al tratamiento, a mi juicio no garantiza el éxito de este, por que también uno puede pensar que el paciente o su familia tiene una estructura de dependencia y en la actualidad, la oferta programática del estado es muy amplia y sigue siendo asistencial y paternalista sobre todo con familias en condición de vulneración, por ejemplo las familias Puente. Entonces uno puede pensar desde ahí que como no se va a dar esto de la institucionalización a nivel de salud mental, si las políticas públicas incitan una dependencia a las instituciones, lo complejo es que esta dependencia hace que justamente estas familias dejen de depender de la institución primaria y

estructurante que es justamente la familia...aunque sabemos que en algunos casos existen familias que son desestructurantes, entonces creo yo que es aquí cuando las instituciones de estado tienen un rol que es mas bien compensatoria psíquicamente”.

P 4: “Porque no hay ninguna institución que se haga cargo totalmente y lamentablemente la red no da las soluciones adecuadas”

P 6: “Tiene que ver, creo yo, con que efectivamente las instituciones no están cumpliendo con un rol protector, es loco por que como uno explica que la institución básica que es la familia, tenga que acudir a otra institución para que le haga la pega y viceversa, es decir la institución de gobierno en este caso necesita de estas familias para hacer su pega o cumplir con un rol que también es protector”

P 6: “Niños en un claro abandono afectivo mas que físico, que ello pueden percibir, esta falta de cariño y que se sientan un cacho para sus padres, el colegio, en fin todas las instituciones y que para colmo lo traen a otra institución muchas veces desde mas que una preocupación, como se llama en otras corrientes un desplazar la carga a nosotros”

Nivel de adherencia al tratamiento

Desde el discurso de los entrevistados se evidencia que existe un cierto desconocimiento a nivel de equipo y de institución, respecto del nivel de adherencia que presentan los beneficiarios del programa infanto-juvenil. Sin embargo, se expresa como una dificultad que se reflexiona informalmente a través del trabajo clínico.

P 5: “El nivel de adherencia creo que moderado, por así decirlo, será de cincuenta a setenta por ciento, la verdad que no conozco las estadísticas”

P 6: “No existe o no contamos por lo menos a nivel de equipo con un porcentaje de adherencia a nivel institucional, pero si en ocasiones se habla pero sólo a nivel de aspectos de carácter clínico”

Para los entrevistados, el nivel de adherencia al tratamiento representa una problemática para llevar cabo su labor terapéutica. En este sentido, se refiere que la adherencia al tratamiento tiene relación con el tipo de demanda, siendo el colegio una de las instituciones que realiza un gran porcentaje de derivaciones, con la demanda explícita de evaluación del niño/a. Además se señala, que la motivación personal para asumir el tratamiento influye en la adherencia.

P 4: “Yo sentía que en algunas ocasiones, la mamá después de realizada la evaluación no continuaban el proceso de tratamiento, eso influía mucho en la adherencia, sobre todo cuando la demanda viene de parte del colegio, donde se nos pide que se realice solo una evaluación”

P 4: “yo creo que en términos estadísticos la población se distribuye aleatoriamente, tenemos gente que llega motivada por una temática específica y es capaz de asumir que a lo mejor está en una situación psicosocial compleja, es capaz de interesarse por el lenguaje de nosotros y nosotros interesarnos por el lenguaje de ellos, y en el fondo si se puede hacer mucho mas que simplemente llagar a un producto, que sería el informe para el colegio”

P 3: “Van apareciendo vulnerabilidades y eso es complejo, sobre todo si yo no quería ir, yo no lo pedí (...) Ya es difícil asumir una terapia psicológica para un adulto, más para un niño, porque los niños van obligados, bueno para algunos niños también es complicado, yo no se si logran dimensionar a lo que

van, como lo hacemos los adultos cuando vamos a terapia, es muy distinto porque uno sabe a lo que va”

Nivel de deserción al tratamiento.

Nuevamente, los relatos de los entrevistados con respecto al nivel de deserción o abandono al tratamiento, son explicados a través del “tipo de demanda”, en este sentido la motivación a participar activamente en el proceso terapéutico se torna una dificultad tanto para los beneficiarios como para los profesionales. Además, la falta de problematización por parte de los padres y/o familia, nuevamente representa una dificultad en el proceso efectivo del tratamiento, según revelan los entrevistados. En este contexto, señalan que las expectativas que se hacen la familia y la institución con respecto al proceso clínico del niño/a son determinantes a la hora de desertar. Esto es vivido por esta profesional como una complicación incluso a nivel subjetivo.

Por último, se explica claramente que la deserción se conoce a priori, cuando la demanda es realizada desde un tercero (institución), en este caso desde el colegio. Esto explica que la deserción esta vinculada al tipo de demanda y a la expectativa del proceso clínico, siendo la evaluación cognitiva del niño/a y el peritaje judicial las demandas mas solicitadas.

P 5: “El tema del abandono tiene que ver con el como llegaron acá, si no hay gran motivación al tratamiento, si no hay motivación es porque no hay problematización, están viniendo pensando un poco en los papás, en los adultos que están a cargo de los niños, es difícil que adhieran (...) debemos aprender a respetar los ritmos de las personas, si bien son mandados para acá, no podemos establecer medidas terapéuticas, sino hay problematización, si no hay conciencia del problema. Y en ese proceso, creo yo, es que ocurre el abandono, que son antes de los dos meses”

P 6: “Dado que no acuden por demanda espontánea y por su edad los derivan y luego los traen, yo creo que esto de la deserción tiene que ver con las expectativas que se hace la familia o la institución demandante del proceso clínico del niño, ocurre la deserción incluso al comenzar el tratamiento, luego de la evaluación, o cuando una en conjunto con la mamá o el familiar que

acompaña establece el plan terapéutico o incluso luego de la primera entrevista...por supuesto que si estás comprometida desde tu rol, esto tiene que complicarte en términos subjetivos, incluso al nivel de cuestionar tu labor o competencia”

P 4:”Ya se sabe que el niño desertará porque la demanda era exclusivamente del colegio”.

P 5: “Hay un porcentaje de abandono que puede ser importante, pero que por lo que yo veo rebotan, digo rebotan porque vuelven para acá, pasado un tiempo vuelven. Eso no quiere decir que ojalá que vuelvan, quizá haya que hacerse cargo justamente del abandono y parte de nuestra política tiene que ver con eso, reducir la deserción al tratamiento, aumentar las labores de seguimiento”

Nivel de reingreso al tratamiento:

Son múltiples las apreciaciones que realizan los entrevistados con respecto al nivel de reingreso al tratamiento. Definiendo esta variable como una condición que ocurre debido a múltiples situaciones y motivaciones que experimentan las familias y que tienen como consecuencia, la necesidad de volver a consultar e iniciar procesos.

Se señala que los reingresos son realizados por otro profesional y no necesariamente por el psicólogo/a que inicialmente o anteriormente llevo a cabo el tratamiento. Respecto al motivo de consulta, cabe señalar que no existe por parte de la institución un registro o diagnóstico de los reingresos que realizan los pacientes y por tanto no se consigna esta información para efecto de evaluación de procesos terapéuticos.

P 1: “Hay un porcentaje que vuelven, como familia principalmente, sobre todo si un adulto, con una patología mas o menos grave, uno siente que es gente que va y viene en diferentes momentos de su vida y por ende los hijos o familiares también inician procesos (...) de los casos que por lo menos a mí me ha tocado reingresar, que no siempre son casos míos, digamos que yo haya visto anteriormente, vuelven pero no siempre por el mismo motivo de consulta (...)O que ha ocurrido otro evento y que eso en otro momento el paciente

consulta; así como también hay casos que uno ingresa por ene motivo, vienen dos veces y no vienen más, y vuelven a venir por lo mismo, pero ahí no hay un proceso”

Los entrevistados declaran que existe una facilidad en el reingreso por parte de los beneficiarios, dificultando por ello los procesos y resultados de las intervenciones.

En función de lo anterior, se explica a través de los relatos, que el síntoma presentado en la nueva consulta, puede cambiar a otro miembro de la familia, trasladarse o transformarse, incluso transgeneracionalmente.

P 2: “Además por que saben que cuando lo necesiten nuevamente podrán volver a consultar cuantas veces para ellos les sea necesario.....eso dificulta un proceso con resultados efectivos (...) para las familias es difícil llegar a problematizar y poner en la mesa el problema (...) pero es ahí cuando te puedes dar cuenta que es posible que un síntoma cambie a otro miembro de la familia...se traslade o se presente de otra forma...”

P 4: “Yo pienso que se da, estoy pensando en un caso de ayer, que recibimos en el programa de drogas. En este caso se atendía la hija por crisis de pánico, y ahí lo transgeneracional es un tema de abuso de todos ellos, probablemente la situación de alcohol del padre no tiene necesariamente que ver con la crisis de pánico de la hija, pero claramente hay una temática que atraviesa a todos”

P 4: “En la práctica uno ve que en las familias, cuando se repiten consultantes de la misma familia, tiende a haber una problemática mas compleja que no se ha trabajado o de mayor complejidad, puede ser a nivel psicosocial, por problemas de salud mental difíciles de manejar, por ejemplo adicciones o temas que sean muy difíciles de abordar como las historias de abusos, que están arraigados ahí”.

Los discursos de los entrevistados, dan cuenta de un cuestionamiento a nivel personal y/o profesional con respecto al reingreso de pacientes y de cómo esto impacta en las intervenciones. En este sentido, la explicación que los profesionales realizan en

función de esta variable, tiene relación con las características psicosociales de los beneficiarios.

P 6: “No da lo mismo por que tu saber ya de antemano que hay algo ahí instalado a nivel familiar y que esta haciendo eco una y otra vez, es lo que llamamos el traslado del síntoma, pero mas aún tiene que ver con la psiquis familiar y lo que por supuesto carga este niño traducido a la denominada sintomatología ansiosa, que se va a traducir en el motivo de consulta mas concreto, por ejemplo conducta agresiva, predersección, triangulación, etcétera. Esto sin duda es lo que tu bien dices es un re-ingreso, no es un simple vino de nuevo a consultar, no solo tiene una demanda actual que hay que trabajar, si no que ya tiene otros ribetes”.

P 6: “En lo que refiere a las intervenciones terapéuticas y el impacto que ellas van a tener en nuestro pacientes, por que no da lo mismo, a mi por lo menos, comenzar a atender o ingresar a un paciente que es primera vez que llega derivado o a consultar a que llegue a consultar por segunda o tercera vez un niño o niña o incluso algún hermano o primo de este paciente, que tu te vienes a dar cuenta después de un tiempo”

5.2 Análisis e interpretación de los resultados en relación con los objetivos:

A continuación, se presentan el análisis e interpretación de los datos obtenidos en esta investigación, a través de las entrevistas en profundidad realizadas los profesionales, en relación a los objetivos planteados.

En lo que refiere a la dimensión identificada como características de los beneficiarios, los profesionales describen múltiples características vinculadas a lo psicológico, psicosocial, cultural y, lo que refiere a la forma en la que se presenta el síntoma al momento de consultar. En este sentido, las apreciaciones de los profesionales, dice relación con los distintos niveles de vulneración social en los que se encuentran los pacientes niños/as y sus familias y que corresponde a:

- Las características psicológicas de los beneficiarios, corresponden a niños, niñas y jóvenes con dificultades de mediana complejidad, sin patologías asociadas, dado que esta atención es derivada a instituciones de tratamiento y rehabilitación (nivel terciario). Por tanto, la atención realizada en el Cosam queda supeditada a intervenciones a nivel secundario. En este sentido, la demanda de atención, según la percepción de los psicólogos/as entrevistados, corresponden a dificultades escolares, Déficit Atencional, problemáticas con el rol parental y dificultades propias del ciclo de desarrollo del niño/as, jóvenes y sus familias.
- Se destacan además, las características psicosociales vinculadas a las problemáticas socioeconómicas presentes en los beneficiarios, vinculadas a la falta de oportunidades laborales, los bajos ingresos, problemas habitacionales, entre otras. Estas problemáticas generan, a juicio de los entrevistados, factores de riesgo para los pacientes y, potencian conflictos

familiares como violencia intrafamiliar, consumo de drogas y alcohol, deserción escolar y conflictos en el rol parental, entre otros. Por otra parte, estos factores de riesgo psicosocial, disminuye la capacidad por parte de las familias de desarrollar habilidades sociales, afectivas y de aprendizaje.

- Las características culturales que presentan los pacientes atendidos en el área infanto-juvenil del Cosam, corresponden a disfunciones que se presentan en las dinámicas familiares, referidas como, la dificultad en el “manejo” con los hijos, el establecimiento de normas y límites, dificultades con las familias de origen de los padres, es decir, la trasgeneracionalidad de ciertos patrones culturales familiares, entre otras. Estas características traen como consecuencia, según el discurso de los entrevistados, una determinada forma de responder frente a los conflictos por parte del niño/a y sus padres, traducida en una “dificultad para problematizar” el síntoma que presenta el hijo/a por parte de la familia.
- A través del análisis de los resultados, se identificó que son principalmente las mujeres, madres de los pacientes, quienes acompañan el proceso terapéutico y/o que en alguna medida, se comprometen con el tratamiento del niño/a.
- Otro de los fenómenos que es referido por los profesionales, es la forma en la que se presenta el “síntoma” en los pacientes. En este sentido, según la percepción de los psicólogos/as, se podría caracterizar la sintomatología que presenta el paciente niño/a y/o jóvenes, como producto de una dinámica familiar que coloca al niño/a en el “lugar de síntoma”, por tanto es el paciente quién porta el síntoma de la familia y que permite mostrar las complejidades de la dinámica familiar.

- En función de lo anterior, es relevante consignar, que la dificultad de problematizar el “síntoma” por parte de las familias vinculadas al proceso terapéutico del niño/a, como consecuencia (a juicio de los entrevistados/as) un bajo compromiso y motivación en participar activamente del proceso terapéutico, lo que dificulta, sin duda, el plan de tratamiento.

Siguiendo en esta línea de análisis, nuestra investigación logra dar cuenta de forma acabada del primer objetivo estratégico para la investigación, a saber, **Conocer las características psico-sociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculadas al Cosam que pueden incidir en el fenómeno de la institucionalización**, puesto que hace posible inferir las implicancias de las variables psicosociales y su dimensión o grado de vulneración que presentan los beneficiarios vinculados al Cosam de Independencia.

Respecto a la dimensión identificada como **Política de Salud Mental**, y sus implicancias en el quehacer clínico, nuestros antecedentes recabados a través del trabajo metodológico, nos entrega múltiples variables que permiten realizar un análisis en los distintos niveles institucionales, tanto a nivel macro, en lo que respecta a las políticas sanitarias en el marco de la salud mental, como a nivel micro, en función de la propia institución que sirvió como fuente de investigación.

- Las políticas sociales que existen actualmente, de las cuales se desprenden la distintas ofertas programáticas que se ofrecen a través de los tres niveles de atención pública, a saber, nivel primario, secundario y terciario, continúan realizando una labor “paternalista y/o asistencialista”, según nuestra fuente de análisis.

- Otro de los temas que emergen de esta investigación tiene relación, con la gran cantidad de material discursivo emanado de las entrevistas. Esto, permitió conocer y describir los distintos aspectos de la política institucional y, como esta variable corresponde a una prioridad en las tareas que llevan a cabo los psicólogos/as en la institución. En este sentido, la implicancia de los profesionales en aspectos político-administrativos, permiten mantener y garantizar, no sólo los aspectos referidos a los procesos de atención, sino además el financiamiento de la institución relegando por tanto el objetivo de la clínica terapéutica de generar un espacio institucional de acogida de la demanda de cura.
- Respecto a la política institucional, la tarea de sistematizar las atenciones clínicas en tanto “prestaciones” en atención primaria, es llevada a cabo por los profesionales, lo cual es referido como una exigencia extra de su cargo. Sin embargo, los entrevistados hacen referencia a la importancia de estas funciones de carácter administrativo, dado que garantizan el ingreso de recursos económicos a la institución.
- Esta labor –a nuestro juicio-, que destina un importante número de horas mensuales, podrían ser utilizadas en actividades de carácter terapéutico, de análisis, de discusión o de estudio. Este requerimiento de la institución, ha tomado un gran espacio simbólico, dificultando centrar la atención en otros ámbitos, como es el propio quehacer clínico.
- Uno de los puntos de análisis, en el contexto político, referido en la investigación, tiene relación con el cambio histórico que ha sufrido esta institución en cuanto a política institucional y su impacto en los modelos e intervenciones terapéuticas. A este respecto, cabe destacar que desde la década de los noventas, se ha llevado a cabo una reforma en el modelo

de salud, generando políticas institucionales que modifican el antiguo modelo médico y toman un nuevo paradigma con una visión del ser humano como una integralidad, es así que se implementa el enfoque biopsicosocial. Este modelo, tiene, a juicio de los entrevistados, consecuencias positivas en las intervenciones que se realizan en la institución, debido a que este modelo integra factores psicosociales.

- Otra apreciación que señalan los entrevistados, se refiere a la reforma en la política pública en el ámbito de la salud mental, que modifica los objetivos en las atenciones en los Cosam, desde una atención primaria, que realiza promoción y prevención, a un nivel de atención secundaria, con mayor grado de especialización en la atención. Sin embargo, debido a la alta demanda de atención a nivel primario el Cosam continúa cubriendo parte de estas necesidades, en lo que refiere a diagnóstico, evaluación o primera respuesta.
- Según los resultados arrojados en esta investigación, se puede afirmar que la implementación de la nueva política de salud mental, aún se encuentra en un proceso de transición, debido a que esta institución debe hacerse cargo de ciertas intervenciones a nivel primario, que no son todavía cubiertas por el nivel primario. Junto con esta doble tarea institucional, existe por ello, una doble dependencia en cuanto a la justificación de sus tareas institucionales, tanto al Ministerio de Salud, como al gobierno local. Este contexto institucional, tiene alcances en lo que refiere a variables de tipo administrativo, financiero, cultural-organizacional y en las intervenciones realizadas por los profesionales que tienen un rol asignado por la institución.

- A través de la investigación, existen reiteradas referencias en relación con la escasa resolutiveidad de las redes de apoyo local de carácter psicosocial, que al no dar cuenta de la necesidad de los beneficiarios, acrecientan las problemáticas de las familias, dejándolas desprovistas de soluciones concretas, más allá de la cobertura en salud mental.
- Los profesionales concuerdan en la importancia de realizar intervenciones a nivel familiar. Sin embargo, resulta paradójico que la institución no cuente con recursos profesionales de especialidad para realizar intervenciones clínicas con familias. En este sentido, cabe destacar que esta tarea es realizada por psicólogos de la institución, que generalmente no han desarrollado las competencias para desarrollar integralmente este proceso clínico, por tanto, en la práctica, el trabajo terapéutico es de carácter individual, poniendo énfasis en los aspectos psicosociales de las familias.
- Según la percepción de los psicólogos/as, la transición desde una atención primaria a una atención secundaria o de mayor especialidad, “les ha complejizado la tarea”, pero esta se ha asumido e interiorizado en la institución poniendo énfasis en la nueva visión de las intervenciones desde un enfoque clínico-comunitario.
- Otra de las temáticas asociadas al marco de política institucional, tiene relación con el protocolo administrativo que se lleva a cabo en esta institución. El análisis nos entrega información relevante que permite dar cuenta de los procedimientos políticos administrativos que se llevan a cabo en el Cosam de Independencia y que son materia de conocimiento y cumplimiento de todos los funcionarios de la institución.

- En lo que refiere a las intervenciones clínicas, existe por parte de los profesionales, un cuestionamiento con respecto a las “categorías diagnósticas” señaladas por la institución para efectos de protocolo técnico-administrativo. En este sentido, los entrevistados refieren que estas categorías “no dan cuenta de la realidad de los pacientes y de las intervenciones que se realizan”. Sin embargo, si bien esto es expresado como una obligación propia del cargo, no se manifiesta como una dificultad en los procesos terapéuticos que éstos desarrollan en la institución.
- Los resultados arrojados a través de las entrevistas, dan cuenta que la falta de recursos financieros se traducen en una dificultad no sólo para la institución, sino también para los profesionales de cada programa, que además de realizar su trabajo clínico, deben preocuparse e involucrarse en función de cumplir rigurosamente con el protocolo administrativo, dado que esta tarea garantiza el traspaso de recursos, que según esta investigación, sustentan sólo los requerimientos básicos para el funcionamiento de la institución. Dado lo anterior, los equipos directivos y profesionales de la institución, elaboran nuevas estrategias de obtención de recursos para poder solventar las carencias de la institución.
- La escasez de recursos económicos de la institución tanto económicos como profesionales, es referida por los entrevistados como una dificultad para desarrollar adecuadamente los programas de intervención. En este sentido, los entrevistados reconocen un desgaste en el equipo por tener que lidiar con las restricciones económicas y un esfuerzo profesional para cubrir la demanda y por otro lado, realizar intervenciones de calidad.

- A la luz de los antecedentes emanados en este nivel de análisis, podemos inferir que las condiciones técnicas-administrativas y financieras inciden potentemente en la cultura de la organización, posicionando a los profesionales en un lugar que implica multiplicar los roles y funciones en la institución, de modo de poder llevar a cabo los objetivos de la política institucional. Si bien, esto no es referido explícitamente a través de las entrevistas, se clarifica en el análisis de los discursos, a través del desgaste del equipo y en las dificultades que presentan para realizar las intervenciones terapéuticas.
- Los entrevistados/as, hacen referencia a las múltiples funciones que deben cumplir desde su rol institucional en los procesos terapéuticos, dentro de las que destacan, el rol educativo, realizado a través de las intervenciones psicoeducativas; rol “normador”, referido a la entrega de herramientas de habilidades sociales. Estas tareas son referidas como paralelas al trabajo terapéutico que realizan.

Nuestra tercera dimensión investigada, tiene relación con **indagar respecto de las intervenciones terapéuticas a nivel clínico e institucional, realizadas en el área infanto juvenil del Cosam.**

Para explicar y describir nuestra investigación, fue necesario conocer el modelo de intervención clínica que se realiza en esta institución, es decir, las intervenciones terapéuticas y como estas dan cuenta de la demanda de los beneficiarios.

En primera instancia, haremos referencia en tanto análisis, al tipo de demanda en cuanto origen y la forma en la que esta se presenta.

- La investigación nos indica, que a raíz de la inclusión de los Cosam en la reforma de salud mental, surge por ello un cambio en la forma en que los beneficiarios solicitan atención. Esto es desde una demanda espontánea a una demanda derivada o mediada por otra institución local, desde el sector salud primaria (Consultorio), educación y justicia. En lo respecta a la red de apoyo psicosocial o promocional, sólo tienen un rol referencial o de primera respuesta frente a la demanda espontánea.
- Dentro de estos se encuentra, los programas de atención que se dividen en área infanto-juvenil, dentro del cual se encuentra el programa de trastorno hipercinéticos, programa de depresión, programa de violencia intrafamiliar, programa de alcohol y drogas, y de atención ambulatoria a pacientes esquizofrénicos. Dentro de cada programa o subprograma de atención, existe un equipo de profesionales que permite llevar a cabo los objetivos de cada uno de ellos y además de realizar trabajo multidisciplinario en función de prestar apoyo y/o asesoría profesional a los otros programas.
- En lo que respecta al nivel secundario, los entrevistados refieren que las intervenciones a realizar en el Cosam son: diagnóstico, evaluación, peritaje, tratamiento y rehabilitación, a través de distintos programas de atención. Una vez realizada la intervención, se da respuesta a la institución que solicitó la atención. En este caso la exigencia realizada inter-institución se vinculará principalmente a la problemática diagnosticada por la institución de referencia. Estas prácticas institucionales, pueden producir a nivel de intervención, una “instrumentalización” del trabajo terapéutico, dado que generalmente la demanda esta relacionada con una exigencia a nivel de evaluación y diagnóstico.

- En este nivel de análisis, es importante señalar que las intervenciones realizadas en esta institución, toman en cuenta el contexto sociocultural de los beneficiarios. Esta condición de riesgo y la complejidad que ello implica a modo de diagnóstico, son consideradas en gran medida para determinar el plan terapéutico.
- Otra de las variables que condicionan el trabajo terapéutico, según los entrevistados, tiene como objetivo institucional el realizar intervenciones de carácter psicoeducativo a nivel de rol parental, de modo de desarrollar habilidades sociales y afectivas. Esta intervención, si bien corresponde a un nivel primario, es consignada clínicamente como una intervención más compleja y categorizado en el mismo nivel de intervención.
- Por otra parte, las expectativas de los profesionales, dicen relación con proveer de herramientas afectivas, cognitivas y sociales que le permitan a las familias reducir la sintomatología que los convoca. Además, el que las familias se involucren y logren problematizar desde su rol formador y protector.

Para nuestro análisis, hacemos referencia a una dimensión transversal para nuestra investigación. En primer lugar debemos señalar que el Cosam, como institución no ha realizado un trabajo estadístico, de sistematización y/o diagnóstico de los niveles de adherencia, abandono y reingresos de los procesos terapéuticos que realizan los beneficiarios.

- A raíz de esta investigación, podemos dar cuenta del nivel de adherencia al tratamiento. En este sentido, la mayoría de los profesionales señalan que las características psicosociales y culturales de los beneficiarios, tienen su implicancia en los procesos de adherencia al tratamiento. Es decir, el grado de vulneración de los pacientes, determinaría el nivel de adherencia a la institución.
- Existe una dificultad en definir los factores que están a la base de los niveles de adherencia que realizan los beneficiarios, puesto que no existe un cuestionamiento a nivel de equipo e institución en esta materia. En función de lo anterior, cabe destacar que no existe un diagnóstico o catastro institucional que permita conocer los niveles de adherencia.
- Los profesionales logran reflexionar respecto de la relación que existe entre el origen de la demanda y el nivel de adherencia al tratamiento, que se explicaría – según los discursos de los psicólogos- a través de la motivación que se presenta al consultar, dado que al ser una demanda “problematizada” por la familia consultante, el nivel de vinculación y compromiso es mayor que cuando la demanda es referida por otra institución.
- La deserción corresponde a un factor que está, según nuestra investigación, estrechamente vinculado con el origen de la demanda. Existe por ello, una diferencia entre la derivación realizada por

instituciones de atención primaria, que involucra una demanda del paciente a atención psicológica, a una demanda por referencia y/o solicitud de evaluación y/o diagnóstico clínico, solicitada por instituciones educacionales o judiciales, lo que impactaría en el nivel de adherencia al proceso terapéutico por parte de la familia.

- Queda de manifiesto, según el relato de los entrevistados/as, que las instituciones educacionales, “utilizan” a las instituciones de salud mental, para el diagnóstico y evaluación. En este sentido, la demanda se realiza en función de solicitar evaluación cognitiva de los niños/as, Esta demanda es tomada por la institución y asumida como tal, es decir, se realiza la evaluación y diagnóstico a través de un informe psicológico, que generalmente es utilizado para determinar acciones a nivel académico o para efectos de llevar a cabo los procedimientos en cuanto a norma, sanción, disciplina, etc. Esto es considerado a modo de análisis, una “instrumentalización” de la demanda.
- Los entrevistados refieren que el grado de compromiso y motivación, que se debe establecer en una primera instancia clínica con la familia, incide en el nivel de adherencia con la institución.
- Según los entrevistados, la dificultad para problematización o “hacer conciencia del problema”, por parte de los padres y/o adultos responsables en el cuidado del niño/a que llega a la consulta, determinaría entre otros factores la deserción al tratamiento en las distintas etapas de su evolución, incluso al comenzar los procesos terapéuticos.
- Respecto al nivel de reingreso al tratamiento, que corresponde al tercer factor a analizar, cabe destacar que no existe una problematización de

la institución con respecto a las implicancias a nivel clínico e institucional que significa, en términos de proceso terapéutico el “re-ingreso” de un paciente. A este respecto, los profesionales definen esta variable como una condición “normal”, que ocurre debido a conflictos o situaciones propias del ciclo vital de desarrollo de las familias, razón por la cual, se ven en la necesidad de volver a consultar e iniciar nuevos procesos.

- Una de las características de los beneficiarios que influyen en el nivel de reingreso, según refieren los profesionales, tienen relación con el grado de vulneración que presentan los beneficiarios del sistema público de atención de salud mental. Esta condición social, genera una dependencia a distintos programas e instituciones de apoyo psicosocial, que permiten sustentar o sostener las necesidades complejas de las familias.

6. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

A modo de discusión:

- La reforma de las políticas sanitarias en el ámbito de la salud mental trajo como consecuencia -a nuestro juicio-, un cambio en la percepción sobre la condición de vulneración frente a problemáticas psicosociales generadoras de “demandas de cura”, propiciando así un cambio en el discurso colectivo respecto a la condición de sujetos demandantes, transformando a estos de “beneficiario” a “usuarios” de las políticas públicas, relegando así simbólicamente su condición de sujetos de derecho.
- Debido a que la salud mental sigue siendo relegada en la agenda política, los recursos asignados desde el gobierno a las instituciones de salud mental no permiten un óptimo desarrollo de éstas, lo que significa un impacto en los equipos de profesionales y ello, consecutivamente en las intervenciones terapéuticas. A este respecto, cabe señalar que los antecedentes arrojados en el análisis de esta investigación respecto a la necesidad y rigurosidad por parte de los profesionales, de registrar todas las intervenciones realizadas a los pacientes, en tanto “prestaciones”, nos llevan a concluir que la institución se ve en la necesidad de realizar estas prácticas (las que se han institucionalizado en los equipos profesionales), que no corresponden a un rol exclusivo de terapeutas, sino que los compromete en estas labores administrativas y financieras. Esto a nuestro juicio, tiene efectos iatrogénicos al interior de la institución.
- Consideramos relevante como profesionales de la salud mental, informarse y actualizarse respecto a la política de salud, el perfil

epidemiológico y demográfico del país, además tener conocimiento sobre los problemas de la atención primaria, la contingencia nacional, las estrategias de intervención y modelos de intervención clínico en el ámbito de la salud mental, como una herramienta para nuestro quehacer clínico.

- Los factores psicosociales y la condición de vulneración que estos producen en el sujeto, inciden en los procesos de institucionalización, producto de la condición estructurante de carácter dependiente que se genera a través de las dificultades del vínculo primario como lo es la familia.
- Cuando la familia en tanto institución, no cumple con el rol estructurante y significativo, se generan en el sujeto carencias a nivel subjetivo que se traducirán en una condición de vulneración y en una estructura dependiente, que conlleva a la necesidad de sustituir o compensar este sufrimiento subjetivo, a través del vínculo con otras instituciones.
- Consideramos atinente dar cuenta a modo de conclusión, respecto de la dificultad que presentan los padres para vincularse en los procesos de tratamiento como para problematizar en función del motivo de consulta. Esto como una herramienta necesaria de trabajo terapéutico en beneficio del paciente niño/a y su familia. En este sentido, es importante destacar a modo de discusión, como a nivel cultural e institucional, los padres “entregan a sus hijos” a otra institución como el Cosam para, como lo planteaba una de las entrevistada “se lo arreglemos”. Esta conflictiva, dificulta sin duda las intervenciones clínicas, en virtud de generar en las familias condiciones que permita superar, a través del proceso terapéutico, su condición de vulneración. Esta característica, genera además, una dificultad en establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado con la institución de salud mental.

Conclusiones de la Investigación:

Conocer las características psico-sociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculadas al Cosam, nos permite a modo de conclusión, inferir sobre las implicancias de las características psicosociales y el grado de vulneración que presentan los beneficiarios, como una variable que determina el nivel de vinculación con la institución.

En el marco de nuestra investigación, la vulnerabilidad social, presenta características multidimensionales que se manifiestan de variadas formas. En el caso de la población infanto-juvenil a la que nos referimos, podemos afirmar que en ella, al hablar de vulnerabilidad, estamos aludiendo a condiciones sociales que dejan a los sujetos en situación de fragilidad, son sujetos excluidos de instituciones y procesos sociales, y que se encuentran permanentemente desprovistos de recursos sociales y afectivos, y de oportunidades para un pleno desarrollo.

Así, la vulnerabilidad social, tendría sus implicancias en el desarrollo de procesos de institucionalización, puesto que su condición de sujeto vulnerado y vulnerable psíquicamente, lo instala en un lugar simbólico a nivel social y político. En este sentido, su condición de “sujeto en vulneración y/o riesgo social”, implica por parte de otra institución, compensar, sostener, subsanar y/o reparar, el daño psicosocial al que ha sido expuesto por la propia sociedad.

Dicho lo anterior, cabe señalar que las políticas públicas deben tener como objetivo primordial, devolver la condición de “sujeto de derecho”. Esta condición permite instalar la demanda desde un lugar de derecho y no desde un lugar de demanda, por tanto es simbolizada como una condición propia de todo sujeto y no en función del grado de vulneración social al que puede eventualmente estar expuesto todo sujeto.

El fenómeno de la institucionalización, que puede ser expresado por un alto nivel de adherencia al proceso de tratamiento y a la participación permanente e incondicional de los pacientes en distintas actividades que existen en los sub-programas de atención, puede ser evaluado por la institución, como un factor que determina la efectividad del tratamiento. Sin embargo, esta condición puede generar un vínculo intersubjetivo dependiente de la institución, que no permitirá que esta familia desarrolle sus recursos desde su propio rol institucional.

En función de lo anterior, se puede concluir que la institucionalización de pacientes con condición psicosocial compleja, puede gatillar efectos iatrogénicos, que dependerán del desarrollo de un vínculo terapéutico adecuado, en tanto vínculo intersubjetivo, y de un abordaje clínico del síntoma, tomando en consideración las condiciones psicosociales, en función de cómo interactúan o influyen en la forma en la que se presenta y se perpetúa el síntoma a nivel familiar.

Por otra parte, la investigación respecto al nivel de adherencia, de deserción y de reingreso en procesos terapéuticos, nos permite a modo de conclusión, hacer una relación con los elementos teóricos que refieren a los procesos de institucionalización de los pacientes en tratamiento clínico.

Respecto al nivel de deserción al tratamiento, es importante señalar, que cuando se establece una relación de carácter instrumental con la institución, (por ejemplo: una solicitud de informe psicológico para el Colegio), no es posible elaborar de forma simbólica, imaginaria o real la institución de un vínculo que puede sustentar la adherencia al tratamiento terapéutico. *Lo anterior, en términos clínicos, tiene sin duda implicancias en la forma en que las familias establecen los vínculos con la institución y esta con los beneficiarios.*

En función de lo anterior, consideramos que las “necesidades terapéuticas” de los pacientes han sido relegadas por la institución, en función de cumplir con las demandas de diagnóstico y evaluación solicitada por las instituciones educativas y judiciales. Esto, tiene sus implicancias en la elaboración intersubjetivas del vínculo, que desarrollado en forma adecuada, permite un óptimo desarrollo de procesos

psicoterapéuticos y la posibilidad de otorgar el lugar simbólico de “institución terapéutica”, por tanto “sanadora”.

Consideramos relevante, señalar que la institución al recibir la demanda externa, posiciona al paciente en un lugar pasivo y a la institución, a través de los terapeutas, en el “lugar del saber”, es por tanto la institución la que conoce las necesidades de los pacientes y sabe como “mejorarlo”. En este sentido, la institución posiciona a los pacientes, especialmente niño/a y jóvenes en el lugar del desconocimiento, sin realizar mayor cuestionamiento sobre las conflictivas a la base de estos síntomas. Es así que estos factores determinan el vínculo instituido, entregando un rol y un lugar a cada uno de los involucrados en y a través de la institución.

La integración teórica, nos permite dar cuenta de un factor determinante a la luz de esta investigación, en lo que refiere a conocer las variables implicadas en los procesos de institucionalización, puesto que lo anteriormente descrito explicaría a modo conceptual las condiciones psico-sociales que dan curso a la formación psíquica a nivel subjetivo e intersubjetivo del “vínculo” que se establece en procesos terapéuticos, con instituciones de salud mental pública.

Desde nuestro marco teórico, la formación subjetiva que precede a desarrollar un nivel de adherencia, expresado en el fenómeno de la “institucionalización”, esta determinado por el establecimiento de un “vínculo” intersubjetivo, es decir, existe a la base una dialéctica que instauro “la conciencia psíquica del vínculo” y que determina el grado de dependencia. Es por ello que consideramos que el fenómeno de la institucionalización de pacientes, se constituye a través de la institución del vínculo intersubjetivo o bien, es el vínculo el que genera un proceso de institucionalización desde el paciente, la institución o ambos.

A la luz de nuestra investigación, es atingente concluir que el fenómeno de la institucionalización, puede por un lado generar condiciones intersubjetivas de carácter

compensatorio y/o reparador para los pacientes niños/as y sus familias, y por otro, generar subjetiva e intersubjetivamente vínculos patológicos que gatillan y potencian procesos de dependencia con la y/o las instituciones sociales, que no permiten elaborar subjetivamente una cura terapéutica.

A este respecto, es importante concluir que la forma de abordar, desde las políticas públicas y los modelos de intervención las características psico-sociales, como una condición de vulneración permanente del sujeto, tienen directa implicancia con los niveles de institucionalización se pueden llegar a desarrollar con la institución, a través de las distintas ofertas programáticas que responden a las políticas sociales.

Para finalizar, es importante señalar que, la institución tiene la facultad de “invertir” al terapeuta como un “agente institucional”, que viene por ello a representar “la misión institucional”. Esto en términos clínicos, genera una reflexión, a modo de conclusión, desde el lugar del terapeuta, porque sin duda, no da lo mismo el lugar que ocupa un terapeuta que realiza su labor en una consulta privada, que el lugar de un terapeuta que se desempeña bajo el alero institucional, sobre todo, en el ámbito público.

7.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Ceitlin, J. Medicina de Familia: Un Modelo Medico de Pensamiento y Acción; Sesión Solemne del 27 de Agosto de 1998.
- Conferencia Chilena desafíos en salud mental y atención psiquiátrica (1991). Ed. CRAPS.
- Documento de gestión Municipal PLADECO, I. Municipalidad de Independencia, 2006.
- Documento de gestión y protocolo institucional, Centro Comunitario de Salud Mental, comuna de Independencia, año 2005.
- Goffman, E. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. 2ª Edición, 1972.
- Hernández Sampieri y otros, Metodología de la Investigación, Ed. McGraw-Hill, 1998.
- Käes R. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales, Elementos de la práctica psicoanalítica en institución. París. Ed. Paidós 1998.
- Kaës, R. y Otros, “La Institución y las Instituciones”. Ed. Paidos, 2002.
- Lacan, J., El seminario de Jacques Lacan libro 5 : Las formaciones del inconsciente 1957-1958. Buenos Aires: Paidos, 2001.
- Lacan, Jacques. El seminario de Jacques Lacan. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Plaza y Valdés, La salud mental en el neoliberalismo, Ed. México, 2001.
- Plaza, C; Sala P, Tesis de Pregrado “El rol del psicólogo en la atención primaria de salud”, UAHC, 2005.
- PNUD (2004) Informe de Desarrollo Humano: El poder ¿para que y para quien?
- Quevedo, M. “El Niño en el discurso psicoanalítico”_Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica.

- Quintana Abello, Ingrid. "El rol del psicólogo en la red de servicios de salud mental de atención primaria del sistema público de salud". El caso de la comuna de Chillán. Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2000.
- Revista Psicoanálisis y el Hospital. N° 10, "Iatrogenia, efectos negativos de una intervención", Junio 2002. Ed. Del Seminario.
- Tarazona, Psicología y Pobreza: ¿Hay Algo Psicológico En La Pobreza o Es La Pobreza Algo Psicológico?, 1999.
- Taylor, S.J. y R. Bogdan. 1984, Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paidós, 1992.
- www.aperturas.org/10ortiz.html Revista de Psicoanálisis Marzo 2002 - No.10
- www.FONASA.cl
- www.minsal.cl , Salud Mental intersectorial, financiamiento y redes.
- www.psicomundo.com/foros/saludmental/iatro1.htm Loureiro Malán, Rosa Zarina, enfermedad iatrogénica un diagnóstico a tener presente.
- www.psicomundo.com/foros/saludmental/iatro1.htm Loureiro Malán, Rosa Zarina, enfermedad iatrogénica un diagnóstico a tener presente.
- www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc, Vulnerabilidad y Exclusión social, Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares.
- www.upss.edu.pe/Investigacion
- www.upss.edu.pe/Investigacion

ANEXOS

**I. Pauta de entrevista en profundidad.
Tesis de investigación Cosam Independencia.**

1. Cuáles son las características psicosociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculados al Cosam.
2. Cuáles son las intervenciones terapéuticas que realiza el equipo del área infanto juvenil y familiar a través del Cosam.
3. Según su percepción como psicólogo/a de esta institución, cual es el nivel de adherencia, de deserción y de reincidencia al proceso terapéutico por parte de lo beneficiarios del Cosam y por qué.
4. En función de lo anterior, que análisis podría usted hacer desde su rol de psicólogo/a con respecto a estos hechos (adherencia, deserción y reincidencia) y el impacto que esto produce en las intervenciones terapéuticas de los beneficiarios y a las prácticas clínicas a nivel institucional.

II. Trascrición de las entrevistas en profundidad.

ENTREVISTADA N° 1

PSICÓLOGA ÁREA INFANTO-JUVENIL COSAM INDEPENDENCIA

5. Cuáles son las características psicosociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculados al Cosam.

Las características psicosociales?, por definición y las reestructuración que se están haciendo en los Cosam, se supone que los casos que llegan acá, ya tienen una cierta complejidad, tanto a nivel diagnostico, como de las mismas características psicosociales, características que muchas veces agravan ese diagnostico y dentro de las principales características están disfunción familiar, niños –algunos- con evidente estado de abandono de sus padres, mucha pobreza, hacinamiento, maltrato que no solo se traduce en el maltrato físico, sino que en el trato general; a ratos muy humillados y no solo en el trato familiar, sino también de pronto con un historial de arrastre de mucho maltrato, ya sea en la escuela, con dificultades para adaptarse, con pocas habilidades sociales, que traen como un historial de deterioro, con un montón de variables que contaminan mucho el motivo de consulta que trae el niño. A veces, por ejemplo un niño con trastorno hiperkinético o que tiene sintomatología de hiperactividad que uno podría decir que es lo típico, pero la historia que trae a nivel familiar complejiza mucho al niño.

Claudia, cuando tu hablas de reestructuración de los Cosam ¿a que te refieres?

Lo que pasa que desde hace unos tres o cuatro años atrás, podían llegar casos de cualquier complejidad, incluso se recibía demanda espontánea, desde el año pasado ya mas formalmente llegan a los Cosam tanto en el área infanto-juvenil, como adultos, casos de mediana a alta complejidad, lo de leve a moderada tiene que ser resolución en salud primaria.

A nosotros nos llegan las depresiones de moderada a severa o una depresión leve, con una patología asociada, o con una complejidad psicosocial que la haga más compleja. Entonces de ahí al hospital solo llega lo más grave, que se yo, con orden de hospitalización, riesgo vital. Entonces por las características nuestra población, uno a priori puede decir que tiene una complejidad mayor.

Como es la derivación?

Todo debe pasar por el sistema de salud pública, los consultorios, ahí se hace el primer descartem y ahí se está viendo por ejemplo todo lo que es trastorno hiperactivo, si tiene una complejidad asociada, llegan acá o como en el consultorio puntual de acá, no hay psicólogo infanto juvenil, llegan por ejemplo los niños con trastornos hiperactivos y los apoyan con medicamentos, pero llegan acá para el manejo de ya sea psicoeducación con los papas o manejo con el niño.

Y llegan casos derivados de los Juzgados, tienen que pasar también por el consultorio?

No, porque eso es de resolución a nivel judicial, porque llega la orden de imperativo, uno tiene que asumirlo.

Aumento la demanda?

No creo tanto, al principio llegaban muchos casos de cartas de informes para el Juzgado, de evaluaciones, tratamientos, llegaron hartas, pero se ha mantenido en un cierto nivel.

Esos casos llegan y lo ve es asistente social, discrimina si hay que evaluar a la familia y se van viendo los distintos casos, dependiendo de la demanda en definitiva, a veces es para tratamiento, si hay un niño, lo vemos nosotros, si es un matrimonio que esta es disolución, se ve aparte, a veces llegan para peritaje para ver quien se queda con los niños, lo que más llega es maltrato, o sea demandas por violencia intrafamiliar.

Y casos de abuso a niños?

Desde el tribunal de abusos yo no recuerdo haber visto, generalmente llegan los niños para ver como están en relación a la separación mediada de los papas, es como los típicos, y sobre todo de custodia, generalmente cuando llegan los niños aquí es por que alguien se los está peleando, o lo que se llama cuidados personales.

6. Cuáles son las intervenciones terapéuticas que realiza el equipo del área infanto juvenil y familiar a través del Cosam.

Por la complejidad de los casos nosotros nos abocamos aingresan los niños y realizamos un trabajo principalmente individual y a medida que avanza el proceso, con la incorporación activa – y en eso somos un poco majaderos- de los papas o del adulto responsable, llámese abuela, depende de la situación de cada niño.

Para los trastornos hipercinéticos sobre todo, la mayoría llega diagnosticado, acá hacemos confirmación de diagnostico si es necesario, y lo que estamos tratando de retomar este año es que los niños participen en un taller de habilidades sociales y este año va a tener el plus, además, de una veta artística, con una profesora de arte que le vamos a sacar el jugo este año. Y a la par un taller de padres.

La idea es que vengan los papas y que vengan los niños, para que tenga una cierta concordancia, porque si bien hay niños que tienen trastornos, como el caso de los hipercinético, donde se ve el trastorno pura, pero claramente hay poco manejo de los padres. A los papas de pronto les cuesta discriminar el hecho de si “yo lo fundo mucho o no le pongo normas claras o justifico todo en función del trastorno: es que el no puede, no sabe, le cuesta”, y para eso hay que trabajar con los papas.

La idea es que, sobre todo este año que nos aumentaron las horas para psiquiatra infantil, la idea es que por lo menos todos los niños pasen una vez por la evaluación psiquiátrica para discriminar el diagnostico, si es necesario, obviamente hay casos que no ameritan. Sobre todo aquellos que si lo necesitan.

El año pasado, las pocas horas que habían de psiquiatría eran básicamente para consultaría, era como el plus de las psiquiatras que nos ayudaban a hacer ciertos descartes diagnósticos. Ahora las horas deberían des para trabajo propiamente tal y la idea es que de aquí a final de año van a aumentar esas horas.

7. Según su percepción como psicólogo/a de esta institución, cual es el nivel de adherencia, de deserción y de reincidencia al proceso terapéutico por parte de los beneficiarios del Cosam y por qué.

Yo la verdad me pierdo un poco con el tema de las cifras, yo lo que manejo de las reuniones, el nivel de adherencia a las sesiones, en términos generales es en comparación a los otros Cosam, y es ahí donde al parecer estamos equilibrados en relación a los otros Cosam, en los típicos "NCP", la cantidad de deserciones también. Pero por ejemplo, de la cantidad de pacientes que tu tienes en este momento, cual será el grado de deserción, los pacientes que comienzan un proceso y que luego no lo terminan.

Yo creo que como dos tercios logran una cierta adherencia, es complejo decir en términos generales, porque hay pacientes que logran una cierta adherencia. Por ejemplo hay pacientes que vienen un año y de pronto dejan de venir, obviamente, en esos casos hay una adherencia, pero obviamente no hay un término en alta y que muchas veces no tiene que ver con la problemática de los niños, sino que ellos dependen de un adulto, sobre todo cuando los casos están mucho más complejizados a nivel psicosocial, depende mucho más de los adultos a cargo.

Por eso te digo, que como dos tercios, logra cierto nivel de adherencia. Por lo mismo un tercio deserta igual, hagas lo que hagas.

Pero de los que desertan hay un cierto porcentaje que vuelven?

Sí, hay un porcentaje que vuelven, como familia principalmente, sobre todo si un adulto, con una patología más o menos grave, uno siente que es gente que va y viene en diferentes momentos de su vida y por ende los hijos o familiares también inician procesos. Además hay un interés en muchos casos de la familia de saber como está, como es eso de que a ellos les pasa y que repercute en los niños, de los casos que por lo menos a mí me ha tocado reingresar, que no siempre son casos míos, digamos que yo haya visto anteriormente, vuelven pero no siempre por el mismo motivo de consulta, en eso uno podría ver que hasta cierto nivel hay un grado de resolución. O que ha ocurrido otro evento y que eso en otro momento el paciente consulta; así como también hay casos que uno ingresa por un motivo, vienen dos veces y no vuelven

más, y vuelven a venir por lo mismo, pero ahí no hay un proceso. Hay casos en que la mamá comienza a trabajar y no hay nadie que le pueda traer al niño, pero claro llega un caso de mayor complejidad, pero no ha habido un proceso. Y lo que nos ocurre también, a ratos tenemos que absorber el tema de los alumnos en práctica, como son periodos acotados de tiempo en que ellos están en el proceso y los procesos no culminan en ese periodo, hay que hacer traspaso, o esas altas medias administrativas porque solo se les hizo evaluación en el periodo de la práctica y la indicación era que siguiera un proceso terapéutico, tenemos que iniciar esos procesos, que también huelen a reingresos, son los que terminan los procesos en diciembre y la gente vuelve en marzo porque la indicación era que volviera, son como unos reingresos medio extraños. Lo típico en los niños con trastornos hiperkinéticos, les dan vacaciones en diciembre porque no hay prescripción de medicamento y la indicación es que vuelvan a evaluación en marzo para saber si es necesario medicamentarlos de nuevo y ahí se reactiva todo el sistema: se evalúa, se pide evaluación del colegio, para saber si es necesario que use medicamento, todo el proceso. Entonces si lo pensamos, no tiene mucho sentido que estén todo el verano, porque ellos les huele como a castigo y la idea es tener claro el control de lo que es la administración del medicamento, porque hay de todo, piensen ustedes que hay mamás con problemas de adicción.

8. En función de lo anterior, que análisis podría usted hacer desde su rol de psicólogo/a con respecto a estos hechos (adherencia, deserción y reincidencia) y el impacto que esto produce en las intervenciones terapéuticas de los beneficiarios y a las prácticas clínicas a nivel institucional.

Uf!...Yo siento que a ratos es como de uno en uno, es tanta la diversidad. Nosotros tenemos cuatro códigos diagnósticos, pero el código diez encierra todo, trastornos del comportamiento y ansiedad de inicio en la infancia, que es eso, es un saco sin fondo. entonces depende cada caso: hay niños que tuvieron un problema en la escuela y los tienes un par de meses y se soluciona todo, y bien. Hay niños que vienen por un problema súper puntual, papás separados, que pueden que sean los menos, pero existen también. Como hay casos súper complejos que están los papás, esta el hermano, el tío que tu sabes que son de largo aliento y ahí básicamente el rol es como

de acompañar, marcando pautas, situar a los papas desde otra área, entonces uno sabe que son de largo aliento.

Según lo que tu nos cuentas, por ejemplo lo del codito diez o una categoría diagnóstica. ¿tu crees que en las practicas clínicas esto tiene algún impacto?, sabiendo que para la institución es necesario ordenarse....

O sea se entiende desde ahí, y que se le de tanta relevancia al diagnóstico mismo, es como, depende desde donde uno se pare para evaluar el tema del diagnóstico, el diagnóstico te sirve como etiqueta en algunos casos, sobre todo en los niños. Que pueden ser muy reactivas muy transitorias, del momento que es no más, y que a veces los papás no tienen el buen ojo para hacer frente a la situación y consultan no más. Yo pienso que cobra mayor relevancia para el adulto. Lo importante es tener claridad de cosas y ahí el diagnóstico encuadra la situación.

Explícame lo que me contabas sobre las metas de las prestaciones, eso impacta en algo la intervención que ustedes puedan hacer.

Estresa.....Por ejemplo, cuando yo entre – yo voy para el tercer año acá- yo atendía una hora por paciente y era, yo partí trabajando once horas, tenía once pacientes. Con este tema de las metas yo atiende cada cuarenta y cinco minutos, y es un poco lo que yo te decía, yo tengo cuarenta y cuatro horas semanales, de esas tengo horas administrativas, tengo horas de reuniones clínicas, ponle tu que sean diez horas para otras cosas, tengo que destinar treinta y seis horas – de cuarenta y cinco minutos- para atención directa, lo que implica que al mes yo tengo que tener cuarenta y siete pacientes bajo control. Porque hay niños que cuando han logrado cierto avance, uno no los ve todas las semanas.

Cuando tu hablabas de los talleres, eso implica más prestaciones para los paciente, es decir, que el niño que tu estas viendo en terapia, vaya al taller, vea a la psiquiatra?

Hace un tiempo eso se veía como un paquete, entonces cuando el niño ingresaba, tenía que tener tantas sesiones de esto, tantas sesiones de taller, ya, se cumplía con los requisitos. Pero eso ahora es mucho más relativo, por que viene por algo puntual, no se justifica que la vea la psiquiatra, sobre todo teniendo en cuenta que la atención siquiátrica es un bien escaso y valioso, para niños que evidentemente si uno los ve y

sabe que tienen que verlo para saber en que están. Entonces, eso es mucho mas relativo, hay niños que parten muy tímidos, muy deprimidos, que no es nada recomendable integrarlo en un taller por ejemplo, sobre todo si tienen dificultad en la escuela y los pone ansioso, sería totalmente contradictorio. Entonces, claro uno esperaría verlos un tiempo, iniciar un proceso y viendo que esta pasando ahí, y eventualmente, cuando ya esta como..., invitarlo a vivir esta experiencia de taller que también puede ser muy enriquecedora. Así como también hay niños que la mejor intervención es grupal, yo siento que de todos lo mas importante es el criterio también.

Y ese criterio lo aplica cada uno....

Yo nose si es algo tan institucional, yo siento – y es algo compartido por todos también- yo siento que tengo esa libertad, nose si es algo que comparten mis demás colegas, la verdad, yo me siento con esa libertad, yo siento que puedo decir: a este niño lo voy a evaluar tres semanas o lo voy a evaluar a la primera o voy a esperar un tiempo para ver si lo evaluo, voy a indagar un poco mas, o ingresarlo y decirle a la mamá: no es necesario que lo vea la psiquiatra. O tener la libertad de mandarlo a la psiquiatra para que lo vea, yo me siento con esa libertad y hasta ahora a funcionado así. Si hay taller puedo pedir un cupo, o si necesito que además vean a la mamá, voy y hablo con el psicólogo.

Nosotros acá no tenemos lista de espera, otros Cosam tiene trescientos niños en lista de espera, acá no hay lista de espera, entonces hay resolución inmediata, un niño entro un día de la semana con su ínter consulta y el lunes nosotros tenemos reunión clínica, se asignan los paciente y ya está, en dos semanas el niño esta en atención, a lo más. Y no solo en niños, en adulto también es bastante rápido, en junio – julio, nos llegaron muchos casos, y teníamos lista de espera, pero a lo más eran diez niños, entonces es bastante expedito.

Pensando en los pacientes que reingresan o lo que tu nos decías de las familias, ¿es como que se mueve el síntoma? ¿qué crees tu?

Claramente si uno ve que hay una familia o algún miembro de la familia que altera la dinámica que ahí hay, generalmente son los padres o uno de ellos, uno entiende que

en algún momento eso va a salir por algún lado y entiende que en algún momento ese niño tan compuestito va a hacer síntoma.

Y existe en ese sentido un seguimiento del Cosam, como institución, más allá de lo que cada psicólogo haga en forma individual.

Se hace, pero a nivel mas precario, no siento que sea algo institucionalizado. Porque esta institución no es tan grande, con el tiempo uno genera algún tipo de vinculo, cuando llevan uno, dos, tres años atendíendose. Es poco probable que no te sea familiar, entonces si llega el hermano, llega el tío, hay un conocimiento, eso básicamente.

Ustedes tienen algún espacio de auto cuidado?

Bueno, no formalmente, pero tenemos las reuniones y ahora con la casa nueva, este espacio del cafecito se ha transformado en un espacio de relajó. A pesar que nosotros siempre estamos haciendo cosas juntos, vamos a paseos, este año fuimos a Tunquen , todo el equipo, lo pasamos súper bien. Pero si lo pensamos esas cosas implican un costo que asumimos nosotros, no es a nivel de la institución, de todas maneras yo trabajo a gusto, siento que tengo como esa libertad que te decía yo, de pronto en el trabajo, como también en los espacios más informales.

Lo que yo siempre discuto es el cuidado que hace cada uno, por ejemplo hay algunas personas que no almuerzan, yo no, yo paro a la una y media y almuerzo. Si fijamos hora de reunión, yo digo, siempre que no me toquen el almuerzo, porque yo trabajo todo el día entonces no puedo pensar estar a las siete de la tarde sin comer. Yo en eso soy un poco cuadrada. Ahora si algún día no tengo paciente a las nueve llego un poco más tarde, pero eso también es responsabilidad de cada uno, nadie te va a decir “oye es la hora de almuerzo, hay que comer”, ahora si para alguien es importante cumplir el horario de nueve a seis, perfecto, yo no trabajo de nueve a seis, sino que de nueve a nueve, entonces si un día puedo llegar media hora mas tarde y eso no implica que no deje de atender, ni que no tenga mi estadística la día, ni nada. Yo por ejemplo no tengo reunión de apoderados porque mi hija es chica, pero otros colegas si, entonces se lo acomodan y van a la reunión. Esta esa flexibilidad

ENTREVISTADA N° 2

PSICÓLOGA ÁREA INFANTO-JUVENIL COSAM INDEPENDENCIA

Las características psicosociales de la población nuestra es el elemento de mayor complejidad con respecto al caso, cada vez con el tiempo, va ha aumentar el nivel de complejidad y las características básicas están dadas por ejemplo por la dificultad al acceso de las oportunidades a la educación, la salud, la cesantía, el hacinamiento, el consumo de alcohol de drogas, la violencia, son unas de las principales variables que influye en las características psicosociales de las personas derivadas a este centro de atención. No es poco usual que lleguen familias de poblaciones que habitan en las casas o terrenos en las que anteriormente vivían sus papas o familiares y que por diversas razones viven ahí con otras familias, es decir una gran familia que viven todos juntos con pocas posibilidades privacidad y en el fondo eso va generando otras complejidades que uno puede imaginar...desplazamiento de roles, conflicto de pareja, posibilidad de abuso, vulneración de derechos.... hay un desorden a nivel de disfunción familiar que se hace muy importante a la hora de indagar en el motivo de consulta “puro”, así como diagnóstico del DSM IV o del CIE 10, y que yo lo llamo como la “parte oscura” del motivo de consulta, por ejemplo, uno de los casos mas celebres o emblemáticos es el caso de hiperactividad con déficit atencional y porque RAZON el déficit atencional tiene un indicador súper claro que dice relación con el síntoma y se presenta como cuadro posiblemente diagnosticable, pero mas allá de lo nos reporta este niño y que a modo diagnostico según el DSM IV.....a que entonces es importante indagar respecto a las características psicosociales que acompañan y que pueden acentúan o agravar la sintomatología y el diagnóstico se complejiza aun más....es por ello que este caso en particular requiere mucha exautividad en el plan terapéutico, ya que no sólo vasta con tratamiento farmacológico y terapéutico con el niño....generalmente es necesario trabajar con los padres e incluso con la familia, aunque para ellos les es difícil comprender y comprometieses con el tratamiento de este niño que para ellos y el colegio significa un dolor de cabeza y generalmente no

cuentan con los recursos o simplemente la motivación de comprometerse con el proceso terapéutico del niño....generalmente traen al niño con la idea que “nosotros se los arreglemos”....por ejemplo un niño que llega con alteraciones de tipo motor, problemáticas cognitivas y se ve afectado su rendimiento escolar, esto a su vez va a generar ansiedades no sólo en el niño si no que en el colegio y sobre todo a nivel parental, es entonces una cadena que potencia el cuadro sintomático del niño y pueden generar en el otras problemáticas asociadas al cuadro inicial...que puede llegar a ser víctima de violencia física o psicológica.

Entonces la intervención aquí tiene que ver con evaluar a nivel familiar el asunto y poder intervenir a ese nivel y también lo parental e ir despejando variables, trabajando la dinámica familiar y así de esta forma poder desde ahí realizar un diagnóstico que sea integral respecto al caso y que permita que el síntoma no se siga perpetuando en el tiempo....se conocen casos que ciertos diagnósticos clínicos se han dado en generaciones anteriores pero además las condiciones psicosociales se repiten...por ejemplo la violencia intrafamiliar que en algunas familias ha sido histórica...y que hace que el síntoma se perpetúe, finalmente creo que es difícil hacer una intervención en función de lo manifiesto del motivo de consulta, si no que es importante indagar en lo latente...en lo latente esta efectivamente la complejidad del asunto...y principalmente sucede, digamos, todo lo que tiene que ver con las alteraciones conductuales de los niños, el escaso nivel de competencias o habilidades del niño sociales o afectivas, que muchas veces responden al abandono materno a un abandono paterno, a negligencia, desapego, y que genera un mismo proceso que tiene a repetirse.

Este tema nos permite mirarnos de cómo vamos dando respuesta a través de una adecuada intervención para llevar a cabo el tratamiento... y nos damos cuenta que ya no es como hace un tiempo y que ya no es tan sólo trabajar sólo con el paciente por ejemplo en el caso de una depresión sino que es probablemente se puede hacer una intervención de grupo, trabajar en función de las variables psicosociales, el rol parental, que los niños trabajen en habilidades sociales además de la terapia individual.... vamos perfilando el modelo de intervención que vamos a trabajar

estamos viendo que ya no sólo es un tratamiento individual sino que la complejidad familiar nos obliga a mirar todos estos elementos psicosociales para poder dar respuesta a la demanda real del paciente...bueno y claramente, según el motivo de consulta se realiza el plan de intervención que no necesariamente pasa sólo por el terapeuta sino que en ocasiones debe hacerse parte del proceso otros miembros del equipo, como puede ser nuestro asistente social, o terapeuta familiar o ocupacional....depende del caso.

No es poco extraño que en último tiempo haya aumentado la necesidad de incorporar profesionales que trabajen en terapia familiar en los Centros de salud.

Por lo general el trabajo con los asistentes sociales a poder trabajar en todo lo que significa esta mirada en lo psicosocial, su aporte nos permite a nosotros como psicólogos poder tener una mirada integral del caso y poder así por ejemplo tener claridad en las variables familiares y comunitarias que permiten que el síntoma se desplaza a otro miembro de la familia por ejemplo y se vuelva entonces a consultar con el mismo motivo de consulta pero generado desde otro miembro...pese a que es normal y uno lo espera que ciertos patrones familiares, problemáticas psicosociales históricas o síntomas históricos también resurgen o vuelven a emerger en situaciones o etapas del desarrollo que son claves o críticas por ejemplo la adolescencia o la pre-adolescencia que gatilla estos antecedentes...pero además ocurre con mucha frecuencia que el paciente adulto en este caso o su familia no logra problematizar la recurrencia del síntoma sino que le dan relevancia o mejor dicho ven el conflicto como tal...es decir por ejemplo, que el niño este repitiendo, que este consumiendo drogas....entonces lo que quiero decir es que las familias que acuden al Cosam lo hacen una por una solicitud del colegio o del médico del consultorio y otra porque el problema es del momento, pero no miran la historia, la repetencia de ciertos patrones y eso a nosotros nos complica a la hora de realizar una intervención, puesto que las familias en ocasiones no están dispuestas por tiempo o por que simplemente no lo desean escarbar en ciertas problemáticas de fondo, además por que saben que cuando lo necesiten nuevamente podrán volver a consultar cuantas veces para ellos les sea necesario.....eso dificulta un proceso con resultados efectivos.....generalmente la

mama del niño que fue derivado desde el colegio, llegará a solicitar un informe que le permita que el niño pueda seguir estudiando, puesto que es también lo que se les pide desde el colegio.....que se garantice que el niño está cognitivamente evaluado para poder cumplir con los requerimientos académicos, pero nunca se solicita una mirada familiar del caso y menos una preocupación por integrarse como institución al proceso terapéutico del niño....es así como el síntoma se va disfrazando.

Es bastante recurrente la reincidencia o reingreso de los casos, es lo que llamamos los “pacientes eternos” que constantemente llegan por una demanda por ejemplo del colegio y que obedece a las solicitudes que nos hacen para la evaluación del niño y en función de esta evaluación el colegio determina el plan de acción académico o disciplinario con el niño.....es común que quede supeditada la evaluación cognitiva que solicita el profesor con las medidas que tomará el colegio con el niño y eventualmente con sus familias.

En este sentido la adherencia se hace compleja...que yo creo que pasa también por que para las familias es difícil llegar a problematizar y poner en la mesa el problema y darse cuenta que no se va a solucionar simplemente con una evaluación y un diagnóstico permita que el niño pase de curso o más allá de la exigencia que hace el colegio y no es por que no quieren, si no que pasa por distintos factores que se mezclan. Se trata finalmente de eso, de cómo a partir del trabajo que se pueda hacer con la familia y no sólo en función de quién generalmente porta el síntoma que en este caso es el hijo o la hija y de cómo podemos llegar a co-construir en el fondo nuevos patrones o formas de dinámica familiar que permitan que no se repita el síntoma y que en definitiva no se llegue a vulnerar a los niños.

No hay un trabajo digamos a nivel institucional que pueda dar cuenta o rescatar esta información de manera de poder sistematizarla y tener así los antecedentes necesarios a la hora de realizar las intervenciones, pero si en general existe en la práctica una idea de interiorizarnos de esto.....es algo que conocemos todos...en más de alguna oportunidad alguno de nosotros ha trabajado en algún caso que ha sido por ejemplo reingresado con el mismo motivo de consulta....y a raíz de este hecho igual uno de primera puede considerar que es como tiró de las mechas...pero es ahí cuando te

puedes dar cuenta que es posible que un síntoma cambie a otro miembro de la familia...se traslade o se presente de otra forma...

Básicamente tiene que ver con escaso tiempo que tenemos como equipo para poder mirar nuestro trabajo clínico...básicamente eso.....yo diría que tiene que ver con acoger demanda....los escasos espacios que nos quedan son espacios de coordinación.....y de trabajo más administrativo que en estas instituciones es de mucha rigurosidad e importancia...nos quedan pocos espacios de reflexión, en el último tiempo se ha hecho un esfuerzo para rescatar esos espacios y formalizarlos dentro de nuestra programación semanal...yo siento que esto es escaso, la verdad es que cuesta aunque constantemente está la necesidad de poder mirar el espacio clínico a nivel de equipo, de poder y más allá a propósito de estos casos...poder ver cuáles son las variables agravantes la recurrencia en la deserción, reingreso o repitencia del síntoma en las familias que consultan. Una de las dificultades para nosotros es que a nivel primario, no se están haciendo cargo de los adolescentes, entonces nosotros tenemos una gran demanda que en ocasiones no amerita un trabajo tan complejo.....entonces hay que pensar que vamos a hacer con los estos cabros....

La verdad es que desconozco si existe un diagnóstico institucional con respecto a esto, pero me da la sensación que no existen diagnósticos en la comuna principalmente en salud mental, por que razón, por que cuando comenzó a funcionar el Cosam, ya existía en el consultorio como un área de salud mental como primera respuesta y referencia y obviamente estaba la población ahí y nosotros en el fondo debíamos atender a toda la población que estaba como en el medio, dado que el Cosam es un centro de mediana a alta complejidad, entonces efectivamente viendo a la población beneficiaria actual del Cosam, es algo que se ha ido constituyendo de a poco y en el fondo también es importante ver como se ha ido agravando esta población actual...también un poco en función de las políticas nuevas en salud como ha ido cambiando el nivel de exigencia...el auge por ejemplo en materia de depresión y ahora próximamente en junio en alcohol y drogas, esto va a ser otro evento importante que va a ser una plaza de atención a otra población y efectivamente las mismas políticas van generando nuevas demandas y va obligando un poco a revisar

las prácticas de intervención a través de espacios de reflexión que nos permiten mirar como se presenta esta nueva población, como se puede realizar la intervención, pero también dar un salto cualitativo en cuanto a que claramente esta institución es mas clínica que antes, y efectivamente eso nos muestra que ya este tipo de intervención mas preventivo y promocional debiera instalarse en la atención primaria... se espera que los centros de atención primaria vallan mutando o se conviertan en centros de atención familiar, de hecho se creo formalmente en el consultorio una unidad de salud mental a nivel primario y referencial y un programa de trastornos hipercinéticos, ambos se coordinan con nosotros para referencias los casos que requieran mayor especialización, el año pasado sólo existía salud mental adulto y un programa de drogas, esta unidad esta compuesto por un psiquiatra, una psicóloga y una asistente social...la idea es que vamos mejorando el nivel de intervención, se trabaja bien coordinado con este equipo.

ENTREVISTADA N° 3

TERAPEUTA FAMILIAR COSAM INDEPENDENCIA

Cuáles son las características psicosociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculados al Cosam.

Según lo que ustedes me contaban de su investigación, yo les quiero aclarar que yo no pertenezco directamente al área infanto-Juvenil en el Cosam, pero si intervengo a nivel familiar. Si bien los profesionales que trabajamos en el Cosam, como que participamos en ciertos programas, pero también somos de la institución, porque si a mí se me requiere en otro programa, yo lo voy a hacer, además por mi especialización, yo soy terapeuta familiar.

Evidentemente, como dices tu, cuando se trabaja individualmente con un niño, no puedes negar la existencia de un contexto familiar y se trata de visibilizar siempre, siempre.

Pero yo por fuera tengo bastante experiencia de trabajo con niños, siempre he trabajado con niños, pero ahora me trataré de enfocar en la institución del Cosam.

Yo tengo mis planteamiento con respecto a lo que pasa con el fenómeno que ustedes están estudiando en los Cosam. Tiene que ver con, no sabría con cuantas cosas, pero voy a partir con dos: una tiene que ver con el contexto más político de donde está el Cosam, o sea el Cosam pertenece a toda una red que es parte de la atención de alta complejidad que tiene el servicio de salud, que es algo previsto por el ministerio de salud desde el año noventa, noventa y dos. A propósito de todo un proceso de modernización de la atención pública y parten, de hecho los Cosam parten como atención primaria especializada de la salud mental, después se vio que eso nunca fue. La idea de que los Cosam fueran atención primaria, era que hicieran atención, prevención y promoción. Y relegar a segundo plano todo el tema de tratamiento y rehabilitación, eso nunca se hizo.

Yo diría que hace como siete años atrás, uno de todos los Cosam que yo conocía, solo uno se dedicaba netamente a la atención primaria, no estoy pensando en los consultorios, sino lo que estoy pensando en la atención primaria desde lo público. Eso por un lado, o sea tiene que ver con que el Cosam dentro del contexto político está situado en ese lugar, ¿cierto?. Y eso va a implicar como se van a dar los circuitos, y no solamente en el sector salud, sino que también intersectorialmente hablando, lo que tú decías: colegio, sector educación como se conecta, cierto, con el sector salud, salud mental en este caso específico; como el sector judicial está, también, conectado ahora recientemente y por eso hay tantos problemas de coordinación. Yo diría que con el sector educación están mucho más coordinados, en términos del flujo de coordinación, no así en la coordinación propiamente tal que, yo creo, es lo que más falta, la coordinación entre los profesionales que intervienen: profesores, inspectores, educadores, psicólogos, terapeutas, psicopedagogos; y eso básicamente tiene que ver con temas de tiempo. Yo diría que uno es eso, o sea como políticamente, socialmente, el Cosam se ha ido ganando un sitio dentro de toda la red, y eso...por eso la demanda no es espontánea, de hecho si alguien tiene demanda espontánea no se le puede atender, porque tiene que ver con todo lo que es salud pública, ¿cierto?.

Y entiendo que si alguien tiene previsión tampoco...

O sea si tienes Isapre no, porque tienes la posibilidad de atención particular.

Eso le da un énfasis psicosocial también.

Claro, no me metí mucho en el tema psicosocial, tomando el tema de salud pública y de todo lo que se plantea, de los lineamientos más macro, desde el ministerio de salud y el ministerio de salud tampoco lo saca de la nada, sino que hay toda una reforma a nivel mundial de donde surge la idea de formar a los pacientes, es el cambio de un modelo médico a un modelo más bio-psico-social, realmente la verdad no se si resulte mucho, implica un cambio cultural desde el imaginario de las personas, más colectivo, mucho más amplio de lo que era antes y de hecho ha costado mucho, de hecho llevamos diecisiete años en eso, desde los años noventa que ha comenzado todo el proceso de la modernización.

Es como tu dices, todo lo que tiene que ver con el sistema público intenta apalea los daños que puedan haber a propósito de las carencias que presentan nuestras sociedades, entiéndase recursos económicos, carencias a nivel educacional, que provienen de lo mismo, por lo menos siempre se asocian, con diferencias a nivel de salud, tanto físicas como de salud mental. Nosotros como psicólogos sabemos que como todas esa deprivación es súper fuerte. O sea, no podemos negar esa realidad, y por eso las altas tasas de depresión. En los niños los trastornos comportamentales y eso.

Y por otro lado, yo entiendo que es súper fuerte y que no esta tan alejado de lo que estaba diciendo, que tiene que ver con las personas, con lo beneficiarios que se atienden, esta idea del modelo medico todavía sigue súper arraigado en el imaginario de la gente, entonces sigue viendo –por un lado es rico también que pose- del Cosam, como representante institucional de este medico de cabecera, como que le van a consultar sobre todos los temas. Sin embargo, pensando desde el otro lado de la moneda de continuar con este modelo medico, es el hecho de que hay que tratar el síntoma, entonces el niño deo de portarse tan mal como se estaba portando y muchos papás desertan. Cuando tu te comienzas a meter, a ampliar el foco de la mirada y empiezas a meterte en “él” fundamento familiar, en otros ámbitos que tienen que ver con el síntoma, retroceden, porque eso es muy peligroso, y porque?, porque de alguna forma nosotros la idea es disminuir el síntoma o extinguirlo. Tiene que ver con proveer herramientas para que no vuelva a suceder y ante eso es como irse justamente al contexto. Vemos que el niño es agresivo, porque tiene la pauta interaccional aprendida, en un hogar agresivo, entonces vamos a tratar de ir ahí. Pero eso no les gustó, porque tampoco nos pidió eso.

Eso es una de las cosas que se ven a nivel....yo diría que el sistema judicial intenta ir más allá, pero en ocasiones, todavía tiene poca....como que lo dice, pero....a mi me da la sensación, como la idea típica de...no es el niño, es la familia, pero igual estoy hablando del síntomas de lo individual y no a un contexto, estamos hablando de un contexto, no estamos hablando de quien tiene la culpa.

Se fijan que todavía esta muy enraizado esto del síntoma como problema. Desde mi punto de vista teórico, mi práctica tiene que ver con como puede ser funcional, en el contexto familiar, por ejemplo.

Lo que dices tu, por lo que yo entiendo, atacar el síntoma es un modelo de intervención y que tiene que ver con esta puesta política, tampoco podemos esperar tener a toda la familia en terapia, por el nivel de demanda, por la lista de espera y porque hay que hacer todo un plan de admisión que obedezca también a que los papás no se arranquen.

Son veinte sesiones, se puede hacer mucho con la familia en veinte sesiones, no es que esté establecido, pero dentro de mi experiencia yo diría que pueden ser veinte, a no ser que sea una cosa muy grave, que es raro, porque tu tampoco puedes pretender hacer un cambio tan sustancial, puedes ir viendo, según tus objetivos tu vas viendo que cambios se van haciendo y después vas haciendo un seguimiento cosa de ir viendo evidentemente haya significado un cambio en la dinámica. Hemos logrado hartas cosas en veinte sesiones, después van cambiando los objetivos.

Como es el nivel de adherencia.

En el Cosam, yo diría que bajo, bajo.

Cuanto es bajo?

Cuatro sesiones, cinco sesiones.

Por que crees que pasa esto?

Yo creo que no esta validado, desde los beneficiarios el trabajo familiar, hay mucho temor. Aparecen muchos prejuicios, como que lo vamos a decir “tu tiene la culpa”, porque esta ese concepto de culpabilización y no de responsabilidad a nivel familiar, de que se esta buscando un chivo expiatorio, alguien tiene que tener la culpa. Entonces si yo cito a la mamá y les digo: me gustaría que hiciéramos una cosa familiar, ah que nosotros tenemos la culpa, y te dicen “es el niño el que se porta mal” y no es eso.

Porque además, diría yo que el discurso aparece de “no es el niño, son los padres”, no es eso, no es el tema. Claro, a quien le va a gustar que te echen la culpa de todo, de cómo es tu hijo, se ve muy amenazante, hay algunos que lo intentan hacer, pero

después va pasando algo, porque tu te vas metiendo con las personas, si bien tu puedes ir como mamá no te puedes desprender fácilmente de tu ser mujer, ser hombre. Van apareciendo vulnerabilidades y eso es complejo, sobre todo si yo no quería ir, yo no lo pedí.

Tiene que ver con un cambio que se tiene que dar y también como las primeras instancias, las más bajas, el colegio, tribunales, el sector salud, atención primaria, consultorios, empieza a pavimentar el camino para trabajar. Ya es difícil asumir una terapia psicológica para un adulto, para un niño no porque los niños van obligados, bueno para algunos niños también es complicado, yo no sé si logran dimensionar a lo que van, como lo hacemos los adultos cuando vamos a terapia, es muy distinto porque uno sabe a lo que va.

Si esto es complejo para una persona, más complejo para una familia, porque la familia ya es compleja

Según tu experiencia, ocurre esto de que la familia, a la cuarta o quinta sesión cuando ya pueden llegar a complejizar el motivo de consulta y salen arrancando, ocurre que después vuelven?

Mira, la verdad es que a mí no me ha ocurrido esto...

Te ha tocado hacer ingreso de familias que ya han estado en atención anteriormente.

Hasta el momento no me ha tocado, yo diría que tampoco es algo muy institucionalizado, yo diría que han estado en instituciones familiares, que no lo mismo que una terapia familiar.

Y cuál es la diferencia.

La diferencia es que tu puedes atender en forma individual a alguien e igual estar haciendo una terapia familiar, tiene que ver con el abordaje, tiene que ver con desde dónde está tu mirada, por lo tanto desde dónde te pones para intervenir. Entonces uno puede tener al papá, a la mamá y al hijo y estar interviniendo individualmente considerando el contexto, pero no interviniendo en el contexto, es distinto.

Ese sería el carácter de la intervención familiar.

Yo diría que esta hecho, por lo que he alcanzado a percibir, yo creo que hay un interés y las ganas de empezar a hacer más terapia familiar, desde el abordaje familiar, es necesario.

Por lo que les digo, no es necesario que vaya toda la familia, a veces sería lo ideal, pero tampoco en una terapia de veinte sesiones, tu vas a estar con toda la familia, sino que la intervención se realiza desde esta mirada, con ese abordaje.

Como crees tu que puedan afectar las circunstancias sociales y económicas que viven estas familias, o los niños y sus familias que llegan al Cosam en la terapia, en la adhesión o no?

Yo creo que básicamente en el tiempo, muchas mamás dueñas de casa, muchos papás que trabajan o muchas mamás jefas de hogar, solas. Entonces esta la dificultad de los tiempos como para asistir, eso.

En función de eso mismo, tu crees que se puede desplazar un poco la responsabilidad, la carga de la situación familiar a las instituciones, en este caso al colegio, al juzgado, por ejemplo: esta familia, generalmente no hay una adherencia – y todas las personas que hemos entrevistado concuerdan con eso- hay una baja adherencia, hay una baja problematización de la familia, en función de complejizar el síntoma o el motivo de consulta y no referirlo a un tema puntual, que al niño lo van a echar del colegio porque es desordenado. Según tu percepción, existe esto de traspasar la responsabilidad de problematizar a la institución, en este caso al Cosam, como se hace con el colegio, cuando las mamás llegan a la consulta diciendo “a mi hijo le va mal porque es colegio es el malo, la profesora le tiene mala”.

Hay una tendencia si, pero nose si es un gran tema, creo que es en menos escala. Hay una tendencia como a decirlo, a lo que yo voy es que nose si efectivamente lo asumen así, como que de repente a propósito de ciertas dificultades puntuales, como del momento, nose poh, se saco una mala nota, o lo pusieron condicional o llevo con anotación negativa; algunos papás y mamás llegan a decir eso, pero nose si eso realmente esta manifestando su propio sentir. Yo diría que hay una tendencia desde lo individual que es problemático, y en eso ellos pueden asumir ciertas responsabilidades, de que “ha sido malcriado, pero es que pucha, yo tuve tal

problema”, y desde ahí tampoco como que es tanta la culpabilización, que no logran hacerse responsables, “ me tengo que hacer responsable de un cambio”. Yo, no él.

Y llega a ese nivel la intervención, Paula?

Esa es la idea, para allá esta la intervención.

Ahí es donde pueden desertar, porque se le estas pidiendo mucho. Es fácil quedarse, a pesar de que uno se autolamente, o se autorecrimine, es más cómodo quedarse en eso. El hecho de asumir una responsabilidad implica actividad al tiro y eso es complejo, es súper complejo y no porque sean personas de bajos recursos o porque no tenga disposición porque no tiene educación. Porque estamos insertos en una cultura de lo más fácil que se pueda, entonces si los otros se puedan hacer responsables.

Tiene que ver con el enfoque medico también, usted tiene un saber superior.

Claro, y eso es súper fuerte y como tu dices, yo creo que trasciende a las problemáticas psicosociales.

Es como el rol, o más que eso el lugar del psicólogo.

Yo creo que nosotros no tenemos que ser rígidos, no tiene nada de malo, no vamos a ir en contra de nuestra profesión si de alguna forma respondemos. Si bien somos seres sociales, también somos seres individuales, podemos decir algo con respecto al tema individual pero eso no nos quita la posibilidad...y ahí tenemos que jugar, tenemos que ser más hábiles y yo creo que eso cuesta. Generalmente los psicólogos tendemos a enojarnos, “ y como no se hace responsable”, bueno le cuesta. Yo creo que somos súper poco tolerante a eso, nos enojamos súper fácil, véanlo ustedes en las reuniones clínicas. ¿te acuerdas de las supervisiones que hacíamos?. Lo que a mi me pasaba es que tenía que defender a la mamá, soy la que decía, “pero veamos que es lo que le pasa a esa mamá”, no es que ella sea mala o sea tonta, le pasan cosas a ella. Y ahí es donde tenemos que aprender a dar respuestas, porque nosotros nos espantamos con todos estos médicos que le dicen “como no sabe porque le duele la cabeza”, pero nosotros mas sutilmente tendemos a hacer lo mismo, a llegar a ser agresivo “como no esta entendiendo”, porque también estamos inmersos en esa cultura.

Por eso tenemos que jugar más con que nosotros somos psicólogos, no somos sociólogos y aprendemos a estudiar lo individual inmerso en el contexto social,

micro, macro, medio...te fijas, y también tener la mirada desde lo familiar, como psicólogos.

Como afecta toda esta problemática que tu ves en la clínica, como afecta el mismo hacer, como por ejemplo, cuando tu nos cuentas que hay una baja adherencia, como afecta en general a las intervenciones que se hacen, buscan nuevas estrategias o se cuestiona eso en esta institución específica?

No, cuestionada como intervención, no, porque yo creo, tal como te decía, uno va probando siempre, buscando otras formas de llegar, por eso hablábamos antes de irme con la directora como justamente llegar a sensibilizar a los beneficiarios con respecto al tema de la motivación. Pero eso tiene que ver con un aprendizaje, que tenemos que hacernos responsables, porque tu puedes ver en el sistema privado, yo diría que están mucho más validados, pero no por eso sin dejos de dificultad, la diferencia, la gran diferencia y que se da en todos los planos es el tema de pagar por su atención, entonces en el sistema público en un Cosan donde es gratuito, si no le gusta se van, no te va a ir a pedir explicaciones, se va a ir. En el sistema privado, no pasa eso. Y eso se da en todos los planos, no solamente en la terapia, y muchas veces se ha cuestionado el tema de la gratuidad.

De alguna forma también, las cosas que te han dado gratis, da lata reclamar. Y ahí hay un desconocimiento de parte de los beneficiarios, porque a nosotros nos pagan, a mi me pagan, yo no voy gratis. A mi me gusta decirle eso a la gente, que estoy trabajando, no lo estas haciendo de buena voluntad, porque a veces ellos creen eso.

Culturalmente hay un tema vinculado con el altruismo.

Con el modelo médico, nuevamente.

Y como decías tu, con un tema político

Para mi suena paradójico lo que tu nos cuentas, nuestra mirada para la investigación la centramos en el contexto, es por eso que al definir nuestro grupo a investigar decimos, niños y niñas y sus familias, porque no podemos dejar fuera el contexto.

Pero bajo el concepto psiquiátrico, re poco Aparece la familia, y ya sabemos lo importante que es que el paciente psiquiátrico que esta con un alto riesgo, necesita un

apoyo familiar, pero eso no se ve y además cuesta mucho, no quieren ir, “para que voy a ir”, es súper complejo.

Es muy importante lo que tu nos cuentas sobre el modelo médico en que todos estamos inmersos y que aún no hemos podido superar del todo, como tu decías: esta en nuestro inconsciente colectivo. Que para muchas instituciones públicas, los beneficiarios son usuarios y eso le da otra connotación, porque lo pone en el lugar que tu decías, de gratuidad, donde es el gobierno el que subsidia. Nosotras creemos que también hay un tema simbólico en el modelo de salud mental.

Claro finalmente nosotros los psicólogos, somos actores como agentes de salud, pero también en este tipo de institución como agentes de un plan político y que difícil es eso. Hay cosas que uno profesionalmente las puede cuestionar, pero hay una normativa técnica que...porque tengo que volver a dar una hora a alguien que no está asistiendo, pierdo tiempo y hago perder tiempo a otra persona. Habrá otra forma, porque también no se trata de dejarlas botadas, si están llamando es por algo, pero algo pasa también, de que tu tan rápido respondas ante una demanda que no está sustentada.

Las demandas que mandan los consultorios.

En relación a esto, las categorías diagnósticas que asignan los médicos a la diferencia de las categorías diagnósticas que se usan en los Cosam. ¿e acuerdo de un caso de una niña que llega derivada de un consultorio como “síndrome de la hija del medio”.

Ahora, como se recibe este diagnóstico, en qué lugar ponemos a la paciente?

Es que ser hija del medio es una condición, es cierto que se puede hablar de una serie de características que te corresponden por ser hija del medio, y nos sirve saber eso también. En un sistema familiar, no es lo mismo ser la primera hija o la última, está clarísimo.

Pero así como hay similitudes hay diferencias, en todas las categorías diagnósticas tú presentas un paquete de características, ahora, cada uno tiene su propia forma para manifestar ese síntoma, cada uno vea que es lo que le pasa con eso, a mí siempre me ha complicado el tema del diagnóstico, en las reuniones clínicas, cuando se habla de las categorías: eje uno, eje dos. Tengo que estar carneándome para recordar que

significa, para mi es un tema que me complica. Porque yo conceptualizo de otra forma.

Cual es tu opinión respecto, específicamente al Cosam de independencia de las categorías diagnosticas que se utilizan: el código diez, el once, el doce. Que creemos que tiene un peso, porque marca un precedente en el caso de que el paciente después vuelva, sea reingresado.

Yo creo que ahí es importante la ficha, para mi los números son números, las palabras, son palabras. Es importante lo que uno, y ahí tiene que ver la personalidad de cada uno, como conceptualiza, como haces la comprensión, porque la estadística y las categorías son una obligación, que lamentablemente hay que hacerlo, entonces esto de las categorías yo las complemento con mi comprensión. Si tu estas en una institución, hay que hacerlo, porque les sirve para material diagnostico.

Pero en términos clínicos, siempre es bueno juntarse con el equipo, hablar del caso. Si yo te digo es un código once, tu sabes que le están pegando nada más, o le están diciendo groserías, no más. No sabes cuales son las características individuales. Es necesario tomar todos los aspectos, hay una multiplicidad de condiciones, hay una interacción.

Por ejemplo cuando vemos casos de violencia, que mujeres maltratadas, en dos situaciones de pareja distinta, porque de nuevo le pasa?, debe haber una causal ahí, no por esto que ella se merezca que le peguen, o ella esta rogando que le peguen, tiene que ver con las dinámicas, lamentablemente.

Cuéntanos sobre los espacios de equipo, de contención...

Lo de las categorías es algo que hay que hacer, y eso permite generar un espacio para conversar sobre el hacer, nosotros tenemos reuniones todas las semanas y si no se puede esperar, se generan los espacios informales para hacerlo. Yo en todos los equipos que he trabajado ha sido así, sobre todo si tu trabajas es el sistema publico tienes que desarrollar eso, es una necesidad el trabajar el equipo es fundamental

ENTREVISTADA N° 4
DIRECTORA DE COSAM INDEPENDENCIA

Cuáles son las características psicosociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculados al Cosam.

De acuerdo a mi rol en la dirección del Cosam y también cuando yo realice mi tesis, también hice un estudio de la deserción el los Cosam.

Respecto de las características psicosociales de los beneficiarios, tratare de enfocarme al área infanto juvenil. Pero para que ustedes sepan lo que hago, yo específicamente como directora del Cosam, yo tengo pocas horas de clínica. Yo atiende principalmente intervenciones de alcohol y de drogas, violencia intra familiar, mujeres, y también tengo en clínica algunos pacientes con patologías mentales severas y actualmente no estoy viendo ningún niño.

Bueno lo que son las características psicosociales de estos niños, bueno en primer lugar, nose si es psicosocial, pero la gran mayoría de los niños que vienen acá no tienen un daño psicopatológico o son muy pocos los que lo tienen, no son niños con trastornos de salud mental, sino son más bien niños que están haciendo síntoma, derivado a una problemática y dentro de esa problemática están las características de la familia, donde lo que nosotros observamos en general, son familias bastante disfuncionales con dificultad en la diferenciación de los roles, en general de clase media baja, un porcentaje importante en situación de pobreza y de extrema pobreza, con dificultades escolares, con dificultades de rendimiento, en general son niños poco exitosos con experiencia de maltrato o abuso de algún tipo, incluido el abuso sexual, niños vulnerados.

En general la mayoría de los niños llaga acá en esas condiciones, por lo menos un porcentaje importante, en general son los que mas nos dan problemas, son los mas

se comentan, porque hay algunas fichas que uno no ve no mas, de la cantidad de casos que nosotros vemos, los que se comentan son esos.

Cuáles son las intervenciones terapéuticas que realiza el equipo del área infanto juvenil y familiar a través del Cosam.

Las intervenciones terapéuticas que realizamos, creo que hemos ido evolucionando con el tiempo, nosotros somos un Cosam que tenemos 8 años en la comuna y en un primer momento cuando partimos, trabajábamos con demanda espontánea, lo que nos llegara, por lo que obviamente la gente llegaba mas motivada, hoy la motivación es distinta, llega gente motivada, pero también llega gente derivada, derivada por un tercero, ya sea que el colegio hizo la demanda y se da una vuelta por el consultorio o derivados del hospital o llegan del sector justicia, entonces cambia un poco la dinámica de la demanda y nuestra forma de intervenir también.

Cuando ya llevábamos tres, cuatro, cinco años de funcionamiento, los pacientes que vienen ya se empiezan a repetir, obviamente a la población se empieza a rotar y empieza a haber mucho reingreso, igual hay un montón de ingresos, pero también se empiezan a repetir, yo creo que también obedece al tema del recurso del tiempo. O también dentro de los ingresos empiezan a llegar familiares, la mamá el niño, el hermano. De alguna forma nosotros hemos modificando nuestra forma de intervenir de acuerdo a las características de esta demanda.

Por otro lado también nosotros como equipo hemos ido exigiendo mas técnicamente en relación como por ejemplo mas recursos, este años hemos ido contratando mas recursos psiquiatra y psiquiatra infantil, también terapeutas familiares, porque surgió la necesidad, estamos viendo muchos casos, donde hay varios familiares que se están atendiendo acá y la idea no es solo discutir de que es lo que pasa en esa familia, sino también poder realizar intervenciones familiares. Yo creo que en los otros años de funcionamiento, siempre hemos hecho intervenciones familiares, ahora si estamos en condiciones de hacer psicoterapia familiar, ahora tenemos el recurso profesional adecuado para ello, pero nuestra mirada siempre ha sido mas familiar, pese a la

exigencia – a mi se me cruzan todos los cables- .Por ejemplo nosotros frente al servicio, que es nuestro referente técnico, es a ellos a quienes tenemos que rendirles, en términos de estadísticas y de darles una característica de cual es nuestra población, tenemos que clasificar de acuerdo a ciertos diagnósticos, a ciertas categorizar diagnosticas globales, y es muy difícil que frente a esto que es lo psicosocial, se incorpore en una categoría única, sino que el niño entra por trastorno del comportamiento, la madre entra por violencia y el padre en el programa de alcohol y droga y cada programa tiene su área de intervención también. por ejemplo y a propósito de los ustedes decían inicialmente de la adherencia o los niveles de institucionalización de los usuarios, eso depende también mucho del programa, hay programas que exigen, por la característica de la demanda y del problema, por ejemplo la exigencia de que nosotros tengamos una cierta cantidad de intervenciones mensuales y por norma también, si un programa de ambulatorio básico, funciona al menos con cuatro intervenciones a la semana y eso significa tener al paciente mucho tiempo acá con actividades de distinto tipo: psicoterapia, actividades de grupo de autoayuda o talleres de otro tipo. Y eso hace que el vínculo con ellos sea distinto al vinculo con un persona que viene por depresión a psicoterapia una vez a la semana y un control mensual con la psiquiatra. Entonces como que siempre tenemos que estar respondiendo técnicamente a otros servicios o a las fuentes de financiamiento, de acuerdo a cuantos Rut tenemos y a que problemas de salud mental se asocia cada uno de los Rut, eso dificulta un poco el modo de intervenir, porque nosotros preferiríamos trabajar con familias, donde identificamos problemas, evaluamos problemas, problemas en algún momento en forma individual pero siempre, pero cada vez que nosotros vemos acá familiares, lo que nos hace sentido es tener al menos una intervención familiar o algún nivel de intervención familiar, que va de los mas global, que es la psico educación, hasta un nivel mas profundo que seria la psicoterapia familiar u otra clase de intervención que escapa a nuestras posibilidades, como buscar otra clase de recursos que logren enfrentar de un modo mas eficiente que lo podemos hacer nosotros, como por ejemplo complejidades psicosociales como violencia, abuso o delincuencia, abandono, deserción escolar, no es que nosotros lo hagamos

directamente, sino que lo derivamos con la red, en ese sentido sabemos que es poco resolutoria, a lo mejor igual que nosotros, yo no digo que nosotros estemos resolviendo los problemas de salud mental de la población, nosotros procuramos hacer un trabajo técnico de calidad, pero obviamente, una cosa es la intención, el saber técnico y otra cosa es que efectivamente se resuelva la problemática.

Y a propósito de eso, yo creo que el comportamiento de la demanda nuestra y de la salud mental en general, es que la gente que esta tan interferida por otras variables que no son atingentes a la problemática de salud mental, ocurre esto que es un poco apagando incendios, porque siempre esta con la emergencia, entonces acude a una atención en salud mental, se resuelve parcialmente su problemática y abandona la atención, porque, por que el venir para acá, también implica que hay que tomar la micro, perder el tiempo, es un estrés mas, e implica también revisar temáticas que no siempre son gratas de revisar, o sea igual implica un 4esfuerzo para el usuario, el venir, aunque encuentre acá acogida, le guste, lo agradezca, se va contento, pero desde ese punto de vista los pacientes son mucho menos pacientes de lo que uno cree, en el sentido de que ellos también, a pesar de que impera mucho el modelo medico, el paciente tiene un rol activo también, y súper activo, el decide cuando viene y cuando deja de venir y eso encuentro súper importante, y que a veces no lo vemos, solo vemos como el problema y no el rol que la persona asume en el tratamiento y eso se valora poco, a pesar de que nosotros tratamos de indagar cuales son las expectativas, vamos de alguna manera monitoreando la motivación , eso por lo menos se hace mucho en los programas de drogas, ignoro si se hace en otros programas, siempre estamos instando, por ejemplo en el área infanto juvenil, a los padres a la importancia del tratamiento, a la importancia que los niños vengan, estamos asumiendo un poco el rol educativo la respecto, pero también olvidándonos de este rol mas activo que tiene el usuario frente a su propio tratamiento o al tratamiento a que esta siendo sometido su hijo. Entonces por ejemplo esto mismo de que es lo que pasa con estas mamas que traen al niño para que uno se los arregle que lo mas probable es que esas mamas también están repitiendo lo mismo que hace el colegio, lo que hace el consultorio, lo que de la misma manera hacemos todo, nosotros igual caemos en el mismo juego

cuando nosotros externalizamos la dificultad que nosotros tenemos para tratar a un niño problemático diciendo es que la mamá o que el papá.

Paulina, cuando tu dices sobre un tema político, administrativo, que obedece e un tema no menor, que te parece a ti que los usuarios perciban que es servicio gratis, tiene relación con la deserción o la baja adherencia de los usuarios?

Yo creo que es una variable que influye, y eso no tiene que ver con los pacientes, sino con como operamos, todos funcionamos de una manera mas o menos igual, lo que no se paga, nos parece que es de inferior calidad y no tiene que ver con la calidad de la intervención, sino con lo que a uno le cuesta. Y desde ese punto de vista, el hecho que para el usuario sea completamente gratis lo percibe como el servicio publico, como lo que siempre esta ahí, y va estar ahí de alguna manera el recurso, y eso hace que la gente lo tome y no lo valore como “la instancia” de intervención, que si yo pierdo pierdo. Sino que si ahora no puedo, lo dejo y lo retomaré cuando pueda, e indudablemente hay un proceso que se corta, ahora probablemente el usuario no siente que hay un proceso que se corta.

Además yo recuerdo que teníamos un protocolo que a nosotros nos servia para ordenar el proceso de intervención, que tiene que ver con eso, cuando llegaba un paciente lo primero que teníamos que hacer era una evaluación, para descubrir el real motivo de consulta, pero también yo sentía que en algunas ocasiones, la mamá después de la evaluación, eso influía mucho en la adherencia, sobre todo cuando la demanda viene de parte del colegio, donde se pide se realice una evaluación, ahora cuando sucedía que en relación a esa demanda no existían grandes problemas, pero que en relación a otras temáticas mas familiares se hace necesario una intervención para trabajar, por ejemplo el rol parental. Ya se sabe que el niño desertará porque la demanda era exclusivamente del colegio.

Entonces tendrá que ver un poco esto con el tipo de derivación, con la adherencia, desde el punto de vista motivacional.

Si, yo creo que en términos estadísticos ahí, la población se distribuye aleatoriamente, tenemos gente que llega motivada por una temática especifica y es capaz de asumir que a lo mejor está en una situación psicosocial compleja, es capaz de interesarse por

el lenguaje de nosotros y nosotros interesarse por el lenguaje de ellos, y en el fondo si se puede hacer mucho mas que simplemente llegar al producto, que sería el informe, que es lo que esta esperando otra cantidad de gente que viene derivado por un tercero, donde es un tercero quien pide, porque cuando el que pide es el profesor, el producto es el informe y punto. El resto ya es otro trabajo, que ya no es el motivo de consulta, sino que es nuestro rol como motivadores en las temáticas de salud mental. En ese sentido nosotros tenemos que ser comunicadores con la gente para poder negociar, mostrar cuales son las otras situaciones que al parecer están pendientes que están complicando, o que es lo que significa que el niño tenga problemas de conducta en el colegio. Y que a veces nosotros sin darnos cuenta, nos aliamos con la cosa mas paternalista de la escuela y el deber ser, el que tiene problemas en le colegio, tiene problemas de conducta. Acá nosotros vemos que tiene problemas de salud mental, lo vemos asociado a un contexto de salud mental, obviamente si a veces lo vemos muy asociado a un contexto familiar, el origen tiene que ver con una situación social, eso puede ser súper amenazante para nosotros. Pero nosotros también, sin querer, estamos en eso de normar a la familia: eso esta bien, esto esta mal, seria bueno que; entonces como usuarios también se arrancan de la sesión, porque no es fácil, a nadie le gusta que le digan como hacer las cosas, que de alguna manera te digan que no lo estas haciendo bien.

Claro, en ese sentido la demanda es del colegio, de una institución a esta otra institución, la demanda espontánea no aparece, de alguna forma serían los recados entre instituciones.

Claro, con los niños tiende a pasar harto eso, es verdad que hay mamás que están preocupadas por que los niños están haciendo síntomas y los llevan a las consultorios, y llegan acá con una motivación distinta. También hay problemas de salud mental donde el niño a través de los síntomas trae a los padres acá, por ejemplo el tema de la violencia, donde se pesquisa el tema y se termina trabajando acá el tema de la violencia, pero son los casos exitosos en términos de cómo se focaliza la intervención, digo que son exitosos en cuanto a la resolución. Por eso yo diría que no es como qué la gente es así o asá, nos manejamos con una cantidad de gente bastante

heterogénea desde ese punto de vista a pesar de que tiende a darse esto de la complejidad psicosocial.

Paulina tu decías al principio que ocurre que después de una cantidad de tiempo, he incluso años, llega una persona, a lo mejor no la misma persona que consultó, otro miembro de la familia, llega a consultar. Esta demanda tendrá relación con el motivo de consulta de la primera que llegó, en términos generales que has visto tu, pensando en la movilidad del síntoma, o mutación del síntoma.

Yo pienso que se da, estoy pensando en un caso de ayer, que recibimos en el programa de droga. En este caso se atendía la hija por crisis de pánico, y ahí lo transgeneracional es un tema de abuso de todos ellos, probablemente la situación de alcohol del padre no tiene necesariamente que ver con la crisis de pánico de la hija, pero claramente hay una temática que atraviesa a todos. No quiero hablar de un omnipotencia técnica, de decir “de los síntomas, que mutan y eso”, en la práctica uno ve que en las familias, cuando se repiten consultantes de la misma familia, tiende a haber una problemática más compleja que no se ha trabajado o mayor complejidad, puede ser a nivel psicosocial, por problemas de salud mental difíciles de manejar, por ejemplo adicciones o temas que sean muy difíciles de abordar como las historias de abusos, que están arraigados ahí. Donde te das cuenta que hay ahí una tremenda problemática, que muchas veces no basta con verla y decir que la familia venga, son temáticas muy complejas difíciles de abordar.

Y eso, esas problemáticas complejas, está estudiadas aquí, hay un procedimiento, hay un seguimiento como Cosam o depende de las intervenciones que haga cada terapeuta.

Eso lamentablemente depende de los recursos, nosotros tenemos pocas posibilidades de hacer seguimiento de los casos, tenemos una realidad concreta que es que no contamos con vehículos, pero este año nos van a llegar más recursos y vamos a ocupar parte de esos recursos para contratar un vehículo para poder hacer rescate concreto del paciente que hace dos semanas que no viene, y no solo para decirle que tiene que venir, sino que ha pasado con el paciente o los familiares de los pacientes ya han egresado. Yo diría que por un tema de recursos y de demanda también, hacemos

muy pocos seguimientos. A veces también se da la situación que en temas mas complejos, como es el caso del M...., donde se hace el intento, se pasa el caso a la OPD, se hicieron varias visitas, intentamos con lo poco que tenemos rescatar a ese niño que estaba viviendo una situación compleja, con una mamá enferma, una abuela orgánica y el niño que estaba abandonado-abandonado; nunca encontramos a nadie, encontrábamos a la abuela que no nos decía nada, no le daba los recados a la mamá y la mamá nunca llegaba, entonces que mas hacíamos, le pasamos el caso a la OPD, entonces es como “ya”, y nos llegan otros casos graves y nos vamos olvidando, porque ya hicimos lo que teníamos que hacer y lamentablemente no nos podemos hacer mas cargo, hay un limite también. Porque no hay ninguna institución que se haga cargo totalmente y lamentablemente la red no da las soluciones adecuadas.

En esto de las derivaciones a la red, habría una sobre intervención a los niños.

En el mejor de los casos esperamos que suceda así....

Estoy pensando en los casos que son derivados por ejemplo a la OPD y que se sigan atendiendo aquí en el Cosam.

Es que nosotros derivamos a los pacientes cuando nosotros no somos capaces de dar una respuesta porque la complejidad nos supera, esos son casos que se pierden, ahora en otros momentos pueden seguir atendiéndose también con nosotros en forma paralela. Yo no quiero hablar mal de la OPD ni mucho menos entiendo la postura de la OPD independiente de las personas que trabajan ahí o del equipo, sino solo que ha sido complejo, ha sido poco resolutivo, puedo entender el proceso por el que están pasando. Pero en definitiva no creo que haya una sobre intervención, hay un esfuerzo de solución nuestro y de alguna manera los casos siguen estando con nosotros, no obstante estén atendidos por ellos y los perdemos o mas bien cuando los perdemos los derivamos a ellos, y los perdemos definitivamente. Porque cual es la forma de perderlos? Es que los pacientes dejen de asistir, claramente que no venga a las citas o que no responda a las visitas domiciliarias o que no haya nadie en la casa, que se hayan cambiado o que no exista el domicilio.

Aca' no existe dupla de asistente social?

No, lo que si existe es a medida de los recursos, y desde este año hemos hecho varias visitas domiciliarias en duplas, hay una psiquiatra de infante juvenil que tiene muchísima experiencia en el área comunitaria y ellas hace intervenciones en domicilio por ejemplo, con la familia. Y eso en el orden del rescate de pacientes, por ejemplo la próxima semana, vamos a ir a ver a un paciente psicótico que no quiere salir de la casa y nose que. Entonces si bien no existe así formalmente la dupla psicosocial, si nosotros estamos intencionando que las intervenciones en domicilio que sea con otro carácter, que nos permita a nosotros también comprender la situación de la familia o visualizar el nivel de complejidad. Porque muchas veces la visita domiciliaria se convierte solo en una entrega de citación, donde alcanzas a conversar con el usuarios, porque muchas veces te atiende en la puerta, le entregamos la citación con el profesional que te pidió la visita que realiza el asistente social, pero ahí falta algo mas, que eso esta bien hacerlo en casas de rescate en general pero cuando se requiere una intervención del rescate de una situación mas compleja amerita que nosotros vayamos como equipo, pero no se arman duplas psicosociales, solo en intervenciones específicas.

Como respuesta a una situación específica y no como una intervención institucional. Esto y el grado de problemáticas unido a la falta de recursos, ¿cómo afectara a las intervenciones clínicas?

Yo creo que afecta hartito, yo no diría que nosotros somos un equipo que nos caracterizamos por el déficit en cuanto a recursos, pero si en lo concreto, como es lo de seguimiento, claramente existe un déficit. Pero en las intervenciones clínicas que hacemos acá, claramente no nos afecta la falta de recursos, porque ahí es fundamental otras herramientas nuestras, de hecho nosotros que nos financiamos parcialmente con fondos de tercero, pasamos varios meses sin sueldo, por ejemplo el programa de alcohol y drogas del Conace se demora en salir las platas de los proyectos, sin embargo no se deja de hacer la intervención, no dejamos de trabajar, se siguen asumiendo los pacientes igual que si tuviéramos todo el financiamiento, desde ese punto de vista no afecta al usuario la falta de financiamiento directamente, si afecta cuando quiere hacer intervenciones de rescate.

Desde el punto de vista ético, debe haber un impacto a nivel subjetivo en el psicólogo.

Por supuesto, existe en ese sentido un desgaste importante del equipo, porque precisamente nos vemos afectados es que hay que hacer un proceso de disociación, que no afecte la atención, no afecte al usuario y que tu te mantengas trabajando, con todas las responsabilidades que cada uno de nosotros tiene, por ejemplo cuando nosotros nos enfermamos, no nos atienden gratis. Que tiene que ver con la complejidad de lo psicosocial, en la que nosotros también estamos envueltos, porque si nosotros también contáramos con todos los recursos otro gallo cantaría, talvez tendríamos una visión mas visionaria para cuestionar lo que hacemos, porque nosotros hacemos el esfuerzo, tenemos instancias, porque a propósito que los caso sean complejos, nos obliga a dedicar tiempo a por ejemplo a reuniones clínicas, nosotros tenemos una reunión ampliada a la semana, aparte tenemos una reunión técnica. En la reunión ampliada es para ver casos y es necesario que participe el cien por ciento del equipo, aparte de eso hay una reunión semanal por sub. programa. Entre esos programas también tenemos una reunión donde se ven las intervenciones clínicas. Nuestros tiempos de conversación, comparativamente con otros centros son altísimos. Eso es pega, pero también es una instancia de auto cuidado para el equipo, cuando el equipo esta sometido a todo este devenir que a la larga también es psicosocial, porque afecta a la psiquis y tiene que ver con lo psicosocial, con las políticas, con los financiamientos, con la posibilidad de las instituciones que están comprometida con toda esta cosa, que sea una cadena de inoperancias, por supuesto que se dificulta las intervenciones.

Por ultimo, queríamos preguntarte sobre la misión del Cosam, que en un comienzo fue la promoción y prevención y ahora hemos escuchado que lo que se hace es mas bien reparación.

Si, si lo que pasa es que tiene que ver con la evolución de la institución, y algo les conté al comienzo, que aparte de que la demanda era espontánea, también teníamos la oportunidad de hacer actividades mas promocionales, hoy en día evolucionó la atención y se espera que eso este en un nivel primario de la atención. Sin embargo y a

raíz de la llegada de los psiquiatras es que hemos estado dialogando con el hospital también, es que el trabajar en la atención secundaria pero en un contexto comunitario implica necesariamente no abandonar la visión de lo promocional en cada una de las atenciones que nosotros hagamos, porque somos el referente de salud mental en la comuna o en lo local, debemos ser capaces de realizar una intervención en por ejemplo el tratamiento de una depresión en un adulto, tenemos que indagar sobre el trato de ese adulto con sus hijos, es de promoción, integrándolo en los espacios que aun se siguen haciendo de manualidades, de grupos de auto ayuda, aun esta presente, no es que lo hayamos abandonado. Sabemos que es circular, todo tiene que ver con todo, la gente se recupera de la depresión que llega hasta el contexto cotidiano, entonces, si bien no hacemos intervenciones intencionadas en promoción e intervención, naturalmente esta integrada la misión.

También ha ido cambiando la definición de lo comunitario para nosotros, porque en la medida que nosotros vayamos recibiendo población dañada, es muy difícil hacer otra intervención, ustedes saben también lo difícil que es hacer trabajo comunitario teniendo un grupo de interlocutores que se van repitiendo, que suelen ser los mismos. Entonces lo comunitario lo podemos percibir desde cada una de las familias que tratamos, esas familias ni siquiera se llegan a vincular unas con otras.

ENTREVISTADO N°5

PSICÓLOGO ÁREA INFANTO-JUVENIL COSAM INDEPENDENCIA

A mi me llama la atención cuando tu dices: “me llegan desde instituciones”, o sea la demanda es institucional?, no es una demanda de la familia.

Claro, aunque lo quisiera, la familia no llega directamente al Cosam. Nosotros tenemos que decirle a la gente que somos un centro de especialidad, la demanda tiene que estar mediada, necesariamente, a través de íterconsulta, es decir el primer diagnostico o la pesquisa viene del sistema escolar o/y del sistema de salud. Y ahora, bueno, este ultimo año, con la reforma de los tribunales de familia viene desde el sistema judicial, que en general, es el otro nicho o fuente de pesquisa, por lo tanto, fuente de derivación hacia el Cosam.....

Y ha aumentado esa demanda, ahora.....

Sin duda que ha aumentado, miren yo creo que hasta hace dos años o uno atrás, podíamos recibir, podíamos acoger la demanda espontánea, que siempre fue muy baja, muy baja. La podíamos recibir porque no teníamos esa condición política e institucional actual, donde el Cosam es un centro de derivación, somos un centro de especialidad, con rasgos de atención primaria, pero funcionamos como atención secundaria.

Y eso cambia a propósito del aumento de la demanda o a propósito de la política.

Cambia porque en el marco de la reforma de la atención de psiquiatría y salud mental, los Cosam se constituyen como centro de especialidad para el tratamiento de los problemas de salud mental de sus comunas. Si bien la mayoría, a nivel contractual, estamos en el marco de la salud de atención primaria, nuestra contraparte, nuestro empleador, quien administra todo esto es el departamento de salud comunal. Estamos sujetos a esa reglamentación en cuanto a términos contractuales. A nivel técnico, somos centro de especialidad, somos salud secundaria.

Los Cosam son eso ahora, el enfoque que le llaman ahora, y yo todavía no me hago parte de esas cosas, “Clínico- Comunitario”, porque pretende como esa vinculación, la mirada clínica, asistencial, con una perspectiva también comunitaria, es decir el sujeto, con sus necesidades, su familia, pero también inserto en su comunidad.

Por eso es tan complejo, desde la perspectiva de la salud mental, por ejemplo los conceptos de psiquiatría de los sujetos que están “institucionalizados” incluso, esos sujetos que son crónicos, que tienen sus controles en el hospital, ahora van a ser atendidos, integralmente acá. Se supone, incluso que la farmacia va estar en la atención primaria, no van a tener que ir al hospital ni siquiera a buscar los fármacos.

Ahora estamos en este proceso transicional, tenemos más horas psiquiátricas, psiquiatría adulto y psiquiatría infantil.

Por lo tanto, en términos de cómo llega la demanda, y ahí incorporamos las variables psicosociales, no es una demanda espontánea, es una demanda que ya viene de alguna forma procesada. Que tiene que ver obviamente con una queja familiar, claramente si un sujeto es demandado, no es demandado porque a alguien se le ocurrió, sino que es alguien que esta sufriendo las agresiones de esta persona, y esa demanda primero es canalizada a través de justicia, y llegan acá. O al consultorio llegan a primera consulta, y comienzan a participar en los programas de violencia intrafamiliar a nivel primario, esta instalado el programa de violencia intrafamiliar para mujeres victimas de maltrato. Pero ahí se encuentran con los hombres, hay un programa para hombres y otro para mujeres. Ahora, si hay mujeres victimas de maltrato de moderado a severo, son derivados al Cosam, y a los hombres con necesidad de atención, también los derivan para acá, eso es un poco la realidad. Con los niños es igual.

Se esta complejizando cada vez más la misión que tenían los Cosam en un principio?

Claro, pasamos hace rato de ser centros destinado a la atención clínica y a las acciones preventiva a ser centros clínicos comunitarios y los centros de salud familiar se constituyen como los encargados de las acciones preventivas promocionales.

Por que tu dices que te cuesta tomar este nuevo enfoque clínico comunitario...

Porque no tengo muy claro que es, lo que yo te estoy señalando recién, es más o menos la imagen que yo me hago del concepto, trato de entenderlo, porque en

ninguna parte te dicen “esto es lo clínico comunitario”, hay muchos conceptos asociados, pero en ninguna parte dice que es.....

Si se supone que existe un enfoque clínico comunitario, se deberían seguir haciendo estas categorizaciones, que vienen del enfoque más médico?

Es que tenemos que hacerlo, somos un centro clínico.

Como se instala lo comunitario ahí?

Yo supongo que nosotros tenemos que hacer, es la cosa paradójica y caso esquizo que tiene este asunto, porque tanto nosotros como los Cesfam (Centro de Salud Familiar), que es hasta donde tienen que evolucionar los consultorios de centro de atención primaria. La apuesta es generar un enfoque familiar de la salud, es decir que un individuo no es visto como un individuo solo, sino en relación con otro, partiendo por esta unidad básica que es la familia y la comunidad. Como ámbitos donde puedan haber y se encuentran condicionantes para la manutención de los síntomas como también para facilitar que los síntomas limitan en el individuo, este enfoque medio ecológico o sistémico de la salud. Entonces creo que apuntan a eso, es que claro, nosotros nos hacemos cargo de hacer un diagnóstico clínico, de brindar asistencia individual, pero también de hacernos cargo de eso que presenta el individuo, tiene que ver o se relaciona con su entorno. Por lo tanto la mirada es interaccional y la perspectiva de la familia y de la comunidad. Así creo entender el cuento.

Pero es algo que ustedes ya tenían integrado, me imagino. Pensar que el niño que viene, obviamente viene de una familia, desde un contexto social específico que es la realidad de la comuna. ¿eso ustedes ya lo tenían....?

Ya lo tenían incorporado, es que ahora esto se constituye en nuestra especificidad, antes nuestra tarea era bastante más difusa, pero los últimos cinco años ¿cuándo surge la modificación a la salud mental? Dos mil, una cosa así, la apuesta era justamente que los Cosam evolucionen a centros clínicos especializados donde una tarea fundamental, uno de los ejes fundamentales era la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos.

Para que ocurriera esto, debía ser o comunitario el soporte?

Lo comunitario debe ser el soporte, los Cosam deben ser el soporte y si no son los Cosam se deben instalar estos programas de psiquiatría y salud mental. En algunas partes donde no hay Cosam, esta instalado en los consultorio o centros de salud familiar o alguna ONG se hace cargo. Instalar lugares positivos donde las personas recuperan o se propone que recuperen su vinculación con su entorno. Pensando que ahí pueden continuar con su proceso de rehabilitación u potenciación de las capacidades, la parte sana que ellos tengan.

Pero siempre a través de una institución?

O sea tiene que haber un dispositivo local, no puede estar en la nada obviamente. Bueno, las políticas de salud mental ha sido desarrollar los Cosam, instalar los Cosam donde no los haya. De hecho en el área norte el servicio logró que cada comuna tenga su centro de salud mental.

Si volvemos al tema infanto –juvenil, claro, nosotros tenemos que hacer diagnóstico, cumplir el rol clínico, junto a ese diagnostico tenemos que disponer del plan de tratamiento que también esta estandarizado. Pero junto a eso, tenemos que proponer y no perder la mirada familiar, por eso que para mi es una cosa paradójica: toda nuestra estadística, toda nuestra evaluación es individual, pero estamos llamados a hacernos cargo del enfoque familiar y eso genera contradicciones.

Entonces las intervenciones que ustedes realizan aquí, son específicamente individuales y aparte de eso ustedes han incorporado alguna otra intervención?

Nosotros siempre, si bien trabajamos con el individuo esa intervención tiene un nivel interaccional, pero no podemos perder de vista que el sujeto vive con la familia y en el caso de los niños y jóvenes, tienen que llegar con alguien, no pueden llegar solos, con un adulto, con su apoderado, no pueden llegar solos, generalmente es la mamá, puede ser la abuela, el papá, pero es algo. Ese alguien es parte de las conversaciones en el marco del proceso diagnostico o el posible tratamiento. Es ese proceso de conversación el terapeuta o el quipo se va encontrando con esas variables psicosociales, que si bien no son determinantes en la sintomatología, probablemente si condicionan que esto se mantenga en el tiempo o se agraven. Probablemente junto

a que se presenten estas condicionante para la mantención del problema , pueden haber potencialidades o recursos para ayudar a que esto se resuelva adecuadamente.

Pensando en los niños con trastornos hipercinéticos, no nos podemos quedar solo con el tratamiento del niño, sino que tenemos que trabajar con el apoderado, esa es nuestra mirada. Obviamente, hay una pata un poco coja que tiene que ver con el sistema escolar y eso que se ha trabajado mucho en ese tema. Se instaló por más de cinco años el programa de salud mental escolar, junto a la Junaeb, ahora ya no corre, pero se hizo eso y se han hecho históricamente intervenciones en los colegios, no solo en el programa infanto juvenil, también en el programa de drogas.

Dos o tres años atrás, con otra psicóloga, éramos el equipo del programa de prevención precoz, con intervenciones en las escuelas, donde atendíamos a los jóvenes en sus escuelas, atendíamos a las familias, hacíamos intervenciones familiares y hacíamos taller de padres. Trabajamos con tres colegios en particular, que eran los más demandantes y trabajamos con todo el conjunto de profesores, diseñamos taller para profesores, como te digo, éramos dos para hacer toda esa pega, con un enfoque que podríamos llamar eco sistémico: es decir el niño, su familia y el ámbito mayor que es la escuela.

Fue una experiencia un poco pesada, gratificante, pero muy pesada, porque trabajábamos...por ejemplo, no teníamos recursos para movilización, así que nos movilizábamos a pie, es rico caminar, o tomábamos micro. Hicimos muchas cosas, siempre estábamos ahí dispuestos. En la perspectiva de pesquisa, la experiencia con los profesores era justamente que aprendieran a pesquisar y a no rotular, esa era como nuestra gran apuesta y que supieran como derivar, básicamente acoger, sin rotular, no estigmatizar, esa era nuestra apuesta. Y fue buena la experiencia en términos de que nos dimos cuenta que los profesores es un gremio muy dañado, que es bastante inconsistente, por un lado, piden ayuda y por otro la boicotean, eso no quiere decir que sean todos los profes iguales, pero como conjunto se potencian esa parte y es difícil entrar a establecer conversaciones. Fue entretenido, aprendimos a hacer algo con profesores, igual nos resultaron algunas cosas, saber de instrumentos, nos pusimos a estudiar, en ese sentido fue bueno, creo que aprendimos mucho de

adolescentes, desarrollamos una postura frente al tema de la adolescencia y eso es algo que queda, que aún lo mantengo y lo he desarrollado, y he continuado estudiando, en ese sentido fue muy buena la experiencia. Teníamos esa mirada súper integradora. Nosotros trabajábamos en co-terapia, trabajamos con unas cuantas familias, realizamos un proceso largo, donde quedamos muy satisfechos. Junto con esto hicimos taller de padres, hacíamos terapia individual. No nos fue bien, o sea, no todos los cabros que quedaron, lograron lo objetivo, pero hubo cosas que si se pudieron trabajar y no lo digo yo, porque fuera yo quien estaba metido adentro, sino que otros que lo vieron opinaban lo mismo.

Con eso te reflejo que siempre nuestra perspectiva ha sido bajo un enfoque bio-psico-social. Consistentemente con lo mismo, bajo el enfoque sistémico, no podemos perder de vista que el sujeto esta inserto en una realidad determinada.

Talvez esta experiencia se acerca mucho mas a la definición de lo clínico comunitario.

Claro, lo que yo digo es que esto es, yo tengo mi propia concepción. Obviamente la practica nosotros la vemos construyendo, así como también nuestras funciones la vamos aprendiendo respecto de la práctica también. Ni siquiera tanto como ensayo-error, tiene algo de ensayo- error obviamente, pero también tendría esta cosa de interacción dialógica con lo beneficiarios, nunca fue hecha como a tontas y a locas, no fue como ir explorando, igual lo fuimos pensando un poquito, tuvimos entrevistas con profesores, con jefes de UTP, que podría ser, que le parece a ustedes esto y como serian lo horarios, en el caso de los profesores. En el caso del trabajo con lo jóvenes, teníamos un plan diseñado y de alguna forma lo fuimos puliendo con la casuística.

Ahora en el trabajo con niños, y con todos los programas del Cosam que tienen un modelo parecido. Generalmente el tema con niños y jóvenes es donde más se ha podido trabajar y desarrollar la parte comunitaria, más que otros programas que son puramente clínicos. Violencia familiar, es propiamente clínico. El programa alcohol y drogas, si tenia una pata comunitaria, hicimos un trabajo por dos años con el Previene, hasta el dos mil cuatro lo hicimos, era una capacitación para monitores comunitarios, igual estábamos ahí.

Ahora eso ya no existe, por razones de política social, estos espacios ya no tienen esos desarrollos, no se si es bueno cuestionarlo, es no más.

Esta parte que nosotros dejamos de hacer, que es lo preventivo, del trabajo comunitario, se supone que tendría que estar cubierto por los Centros de Salud Familiar, se supone que tendría que haber un equipo que se haga cargo de esa pega en los Centros de Salud Familiar.

Bueno, ustedes me preguntaban por lo psicosocial, me parece que esto tiene que ver con lo psicosocial.

Al parecer tu no caracterizas tanto variables psicosociales?, sino que tu les das un enfoque que me parece súper interesante, una visión más integradora de este tema, porque a nosotras también nos interesa escuchar tu experiencia.

Podríamos definir variables psicosociales: pertenencia, redes, apoyo social, desde esa perspectiva podríamos decir que, lo que te decía recién: tratamos a niños y jóvenes que tienen grupo social, que tiene conexión con su red, que están escolarizándose, por lo menos que no están, no han vivido un proceso de marginación, no son los niños y jóvenes que hayan vivido un gran daño psicosocial, son jóvenes que presentan factores de riesgo, pero esto se han ido haciendo presente en la medida que van creciendo, no son niños que han vivido un proceso de daño temprano.

En cuanto a reparación, no se trabaja con el daño instalado, propiamente tal, no es tanto así. Yo creo que son intervenciones a un nivel de prevención primaria, trabajando donde hay presente factores de riesgo, donde ya se esta presentando el síntoma, pero es posible trabajar todavía, realizando un proceso de ayuda que permita que esto no se desarrolle mas, atención primaria.

En la atención primaria los beneficiarios no están en condiciones de marginalidad dura?

Claro, pero si entran en estado de vulnerabilidad, son niños que están vulnerados en sus derechos claramente, niños y jóvenes que viven en condiciones de maltrato, vulnerados en sus derechos a nivel físico y emocional. Niños y jóvenes que están en medio, que están triangulados en conflicto parental, están parentalizados. Nos encontramos con esa realidad, pero esa realidad si bien puede ser una condición de

daño como son jóvenes y están viviendo ese problema quizá no a temprana edad, es un condición trabajable, abordable, por eso se trabaja con la familia.

En ese sentido, los pacientes y sus familias que vienen acá, ¿cómo has visto en nivel de adherencia, el nivel de reincidencia de los pacientes?

El nivel de adherencia creo que moderado, por así decirlo, será de cincuenta a setenta por ciento, la verdad que no conozco las estadísticas, seguramente eso lo puede manejar mejor la directora.

Hay un porcentaje de abandono que puede ser importante, pero que por lo que yo veo rebotan, digo rebotan porque vuelven para acá, pasado un tiempo vuelven, ya?. Eso no quiere decir que ojalá que vuelvan, quizá haya que hacerse cargo justamente del abandono y parte de nuestra política tiene que ver con eso, reducir la deserción al tratamiento, aumentar las labores de seguimiento, básicamente el trabajo en terreno, ya que es parte de nuestras apuestas, aumentar el numero de actividades en terreno, visitas domiciliarias, intervenciones familiares en terreno. Eso es parte de nuestras apuestas de este año.

Porque crees tu que pasa eso, que hay un porcentaje de abandono que luego reinciden o que rebotan como dices tu.

Que complicado, pueden ser tantas razones, puede ser que la gente llega acá, principalmente las familias de los chiquillo, los chiquillos pueden llegar sin motivación...

Pueden llegar o pueden traerlos...

El noventa y nueve por ciento de ellos no llega problematizando algo, llega por una justificación de terceros, por una justificación social, o la familia o el colegio o el tribunal, porque si no viene acá, le van a cancelar la matricula, si no lo trae la mamá lo van a dejar condicional, o esta condicional y si no esta en tratamiento no le levantan la condicionalidad. O sea hay una justificación social, y no una problematizacion de los chiquillos, es difícil que eso ocurra.

Lo que estamos discutiendo, es que se va a instalar acá... tenemos que hacer atención de joven con consumo problemático de alcohol y drogas, porque desde este año,

desde julio comienza a operar el auge de adolescentes de alcohol y drogas, vamos a hacer esa atención.

Pero los cabros no llegan solos, no llegan de la atención primaria, “mire tengo problemas con el alcohol”, serán uno o dos cabros. Por eso les contaba la experiencia de intervención en las escuela, el como logramos atender adolescentes en atención precoz, y lo logramos porque trabajamos con las escuelas. Como te digo, o sea, el tema del abandono tiene que ver con el como llegaron acá, si no hay gran motivación al tratamiento, si no hay motivación es porque no hay problematización, están viniendo pensando un poco en los papás, en los adultos que están a cargo de los niños, es difícil que adhieran. En esos casos es necesario motivar, a generar una conversación en torno a los razones por las cuales estamos acá, a problematizar. Es una cuestión concreta que debemos aprender a respetar los ritmos de las personas, si bien son mandados para acá, no podemos establecer medidas terapéuticas, sino hay problematización, si no hay conciencia del problema. Y en ese proceso, creo yo, y en ese proceso es que ocurre el abandono, que son antes de los dos meses. Con los adolescentes en ese tiempo es difícil establecer una alianza estratégica. De hecho nuestra estadística a nivel general, habla de estadística a nivel comunales, salen del área, en adolescente tiene un promedio de asistencia de tres coma seis meses. Entonces en ese tiempo es casi imposible realizar un trabajo terapéutico. Se alcanza a realizar un diagnóstico, la evaluación, a lo mejor la evaluación con la familia.

Y cuando llegan de nuevo, cuando rebotan, llegan con una sintomatología similar al anterior motivo de consulta o cambia?

Me parece que hay, en general, vuelven manifestando igual motivo de consulta, motivo de consulta significa el motivo personal, quizá más agravado, con otras aristas.

ENTREVISTADA N°6
PSICÓLOGA ÁREA INFANTO JUVENIL

¿Cuáles son las características psicosociales de los beneficiarios del área infanto juvenil y sus familias vinculados al Cosam?

Bueno...respecto a lo que desde mi experiencia clínica, lo que puedo observar constantemente en lo que refiere a características psicosociales, es a través de la evaluación inicial que uno hace con el adulto, generalmente la madre que acompaña a este niño o niña que fue derivado para consultar...y básicamente son antecedentes que se reflejan en la anamnesis que se realiza del niño, pero también uno se da cuenta que existen características psicosociales que rodean a la familia y no solo al niño o niña propiamente tal. Las que mas he podido observar corresponden a factores socioeconómicos, cultural y lo que yo llamo de recursos personales o lo que también se conoce como la habilitación....son niños que generalmente están desprovistos de recursos afectivos, es decir y en términos clínicos, han sido fracturados ya en la oralidad y se eso por supuesto que marca ya desde los primeros años de vida en cualquier persona una impronta de carácter subjetivo y que va a generar en el futuro ciertos síntomas o incluso patologías, es por eso que la anamnesis para nosotros lo psicólogos es una herramienta de diagnostico clave.

Otra característica tiene que ver con la cultura familiar y social que carga este niño, generalmente es algo que esta tan instalado en el discurso familiar que por eso lo llamo un peso, por que se le carga al niño si o si con distintas problemáticas, patrones y formas de hacer familia que es transgeneracional y que aparece en el motivo de consulta incluso por mucho tiempo o luego de un tiempo. Entonces tu te encuentras con un niño que es además traído por un miembro de esta familia que trae una demanda pero que no ven, por que no han logrado problematizar, mas allá que lo que los angustia o complica en ese momento y con esa persona en este caso el niño y te encuentras además con todas estos factores o características como tu lo planteas que son de carácter psicosocial y que si no son identificadas, consignadas, clarificadas y

problematizadas a través de la terapia, difícilmente dejarán de estar ahí, por que en muchas ocasiones son estas mismas características las que revisten a esta familia de ese particular discurso, por muy terrible que sea, pero que les da un lugar, una impronta y una forma aunque patológica de hacer familia...es loco pero fíjate que en mucha ocasiones me ha tocado escuchar que en sus discursos, estas familias incluso llegan a validar la violencia, la deserción escolar, el robo, la mentira, la desprotección hacia los hijos, como una forma de hacer familia.

Bueno parece que me fui para otro lado, pero también era necesario decirlo, por que nuestra cultura le da una connotación valórica a esto de lo psicosocial y para mi tiene un trasfondo cultural y subjetivo. Por otro lado y siguiendo con la pregunta inicial, los niños que llegan a consultar, generalmente han tenido un sufrimiento durante las primeras etapas de su desarrollo, tu lo ves como te dije antes en la anamnesis, por ejemplo, dificultades en la lactancia, en la oralidad como te dije antes, en el control de esfínter, en el proceso de lecto-escritura y así, por supuesto que no esperemos que se escuches historias de cuentos mágicos, pero también tu comienzas desde ahí a visualizar que este niño ya viene con una gran desventaja y que nosotros lo traducimos a la esfera de lo psicosocial para así tener también una característica que nos pueda dar cuenta del nivel de intervención. En este sentido y siguiendo en esta línea, luego uno indaga respecto a lo actual en el niño o niña y te encuentras con variables psicosociales que están a la base de un síntoma o que lo potencian, por ejemplo tienen que ver ya con la pre-deserción escolar, la violencia de la que es víctima o victimario el niño, la falta de oportunidades del niño y su familia, la carencia en el desarrollo afectivo...niños en un claro abandono afectivo mas que físico, que ello pueden percibir, esta falta de cariño y que se sientan un cacho para sus padres, el colegio, en fin todas las instituciones y que para colmo lo traen a otra institución muchas veces desde mas que una preocupación, como se llama en otras corrientes un desplazar la carga a nosotros, no se si en este sentido la familia se hará por lo menos una expectativa, yo creo desde mi visión que muchas veces estas familias de forma inconsciente no quieren deshacerse del síntoma si no de la culpa que les genera el no querer hacerse cargo de este niño o niña...puede sonar muy duro

o crítico pero, sin duda las instituciones y por supuesto que los profesionales que en ellas cumplimos un rol, debemos entender estos procesos y no cuentearnos es esto.

Otra de las características y de las cuales el Cosam a través del desarrollo de talleres tiene como objetivo, tiene que ver con las habilidades sociales de los niños y niñas, pese a que esto corresponde a un rol de la familia y del colegio, también es algo de lo que nos hacemos cargo, pese a que no tiene a mi juicio un mayor impacto en el proceso terapéutico pero que nos sirve para que el niño y la niña que participa del taller en forma paralela a la terapia, tenga mas adherencia al proceso terapéutico por que en el fondo para ellos venimos a cumplir con una demanda que es de ellos y que si te fijas esta instalada en su discurso desde siempre, no de su familia, y que tiene que ver con la protección y el otorgamiento de un lugar de un derecho que le ha sido vetado. Esto, que por supuesto tiene objetivos que apoyan el proceso, ellos lo viven como una oportunidad de ser escuchados y aceptados.

¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas que realiza el equipo del área infanto juvenil y familiar a través del Cosam?

Respecto del nivel de adherencia...mmmmm, bueno es uno de los dolores de cabeza de cualquier institución hoy día y que tiene que ver creo yo con que efectivamente las instituciones no están cumpliendo con un rol protector, es loco por que como uno explica que la institución básica que es la familia, tenga que acudir a otra institución para que le haga la pega y viceversa, es decir la institución de gobierno en este caso necesita de estas familias para hacer su pega o cumplir con un rol que también es protector, pero que al fin de cuentas, por otro lado se sabe que en la actualidad la prevalecía en materia de salud mental a aumentado estrepitosamente al punto que el gobierno tome cartas en el asunto y coloque la depresión y la adicción en el AUGE.

Bueno pero respondiendo al tema, en cuanto a la adherencia, te puedo decir que no existe o no contamos por lo menos a nivel de equipo con un porcentaje de adherencia a nivel institucional, pero si en ocasiones se habla pero sólo a nivel de aspectos de carácter clínico, por ejemplo que pasa o que se hará con un paciente que dejó el

tratamiento pese a que tenía un diagnóstico complejo...en ese nivel se da cuenta de esto, que bueno tiene relación con la deserción de los pacientes...bueno nuestros pacientes dado que no acuden por demanda espontánea y por su edad los derivan y luego los traen, yo creo que esto de la deserción tiene que ver con las expectativas que se hace la familia o la institución demandante del proceso clínico del niño, creen que bastará con unas cuantas sesiones y el conflicto que ellos identifican desaparecerá, a ellos generalmente como familia les cuesta mucho problematizar, y obvio por que tiene que ver con algo transgeneracional que no se hizo antes y esta como cristalizado...entonces “hay que entrar a picar”, pero muchas veces como dije antes, esto no es lo que espera la familia o la institución demandante no esta dispuesta a formar parte del proceso por que para eso están los profesionales de la salud mental, entonces ocurre la deserción...sin embargo y como tu perspicaz pregunta lo plantea es aquí cuando ocurre lo que tu describes como re-ingreso...y eso si ocurre generalmente creo yo con los casos mas complejos o casos que como hablamos anteriormente, tiene además del conflicto a la base variables psicosociales que por supuesto que complejiza el caso.

¿Y según tu experiencia y rol, qué alcances a nivel clínico e institucional tiene estos hechos que tu nos cuentas (deserción / reincidencia) ?

Mira, yo creo que efectivamente pueden haber algún tipo de alcance como tu lo planteas a nivel clínico e institucional, pero sabes que...creo que también tiene un alcance en términos subjetivos para nosotros que hacemos esta labor y que por ello como actores claves en este escenario...y voy a partir desde ahí, desde lo que me pasa a mi cuando un paciente que necesariamente tiene que pasar por un proceso clínico “x” para poder alcanzar algún nivel de cura y resulta que ocurre la deserción al comenzar el tratamiento, luego de la evaluación....o cuando una en conjunto con la mamá o el familiar que acompaña establece el plan terapéutico o incluso luego de la primera entrevista...por supuesto que si estás comprometida desde tu rol, esto tiene

que complicarte en términos subjetivos, incluso al nivel de cuestionar tu labor o compendia profesional....sin embargo, en el camino te vas dando cuenta que esto pasa también por otros factores que lamentablemente salen de tus manos pero que es importante sacar a la luz...y que tiene que ver entre otras cosas por un tema como tu lo dices institucional e incluso macro institucional..me refiero con esto que es algo a nivel de políticas de gobierno tanto a nivel nacional como por supuesto a nivel comunal, son políticas donde por ejemplo el esfuerzo por establecer la salud mental como algo tan prioritario como lo es la salud médica por así decirlo ha sido todo un parto....mira vasta con ver que pasa con esto por ejemplo en el AUGE, donde a punta de palos prácticamente es logró que la depresión en tanto complejidad psicopatológica, fuera puesta como prestación a través del auge, pero que pasa con otras patologías de salud mental, ahora recién y por que la demanda ya es mas que explícita, se instalarán las dependencias en el AUGE, y así uno puede además ser mas crítico y reflexionar del porque no existe en nuestro país una política de salud mental que de cuenta de la realidad a nivel país en esta materia, pero sí por ejemplo existe hace muchos año una política administrativa y políticamente súper bien instalada a nivel país que tiene que ver con la prevención del consumo de drogas, cuando la simple lógica te dice que el consumo es una consecuencia de una patología de salud mental, entonces lo que quiero decir es que si se desarrolla una política de salud mental luego de esto de puede desprender otras políticas que están vinculadas por que la génesis de su problemática es en razón de lo mismo, es decir, un niño que se encuentra con una gran dificultad en términos psicológicos y además sumando en ello lo psicosocial, por su puesto que estará vulnerable a un consumo experimental o inicial...bueno nosotros lo psicólogos clínicos, o por lo menos la mayoría pensamos que en consumo de drogas no es mas que un síntoma como lo puede ser otro, entonces vuelvo a insistir en lo mismo, que es mas prioritario entonces....no quiero decir por ello que la prevención y promoción no es importante, por supuesto que lo es pero tambie´n a nivel de salud mental se puede hacer un trabajo de promoción y prevención en salud mental.

Y a nivel clínico, cuales pueden ser los alcances de la deserción, la adherencia y el reingreso al tratamiento, según su percepción?

Bueno otra vez me disperse un poco, disculpa, pero creo que era necesario también hacerlo desde mi rol....mira en lo clínico por supuesto que tiene alcances, sobre todo en lo que refiere a las intervenciones terapéuticas y el impacto que ellas van a tener en nuestro pacientes, por que no da lo mismo, a mi por lo menos, comenzar a atender o ingresar a un paciente que es primera vez que llega derivado o a consultar a que llegue a consultar por segunda o tercera vez un niño o niña o incluso algún hermano o primo de este paciente, que tu te vienes a dar cuenta después de un tiempo, a través de las indagaciones que vas realizando para formar por ejemplo el para mi valioso genograma, en ocasiones lo vez en el proceso diagnóstico e idealmente durante la primera entrevista...bueno como sea, no da lo mismo por que tu saber ya de antemano que hay algo ahí instalado a nivel familiar y que esta haciendo eco una y otra vez, es lo que llamamos el traslado del síntoma, pero mas aún tiene que ver con la psiquis familiar y lo que por supuesto carga este niño traducido a la denominada sintomatología ansiosa, que se va a traducir en el motivo de consulta mas concreto, por ejemplo conducta agresiva, predersección, triangulación, etcétera. Esto sin duda es lo que tu bien dices es un re-ingreso, no es un simple vino de nuevo a consultar, tiene una demanda actual que hay que trabajar, si no que ya tiene otros ribetes.

Al parecer tu tienes bastante problematizado esto desde tu rol en esta institución, pero se comparte a nivel de equipo en el programa o a nivel institucional?

Mira si, es un tema que sale en las reuniones y en las presentaciones clínicas que siempre llevan como apoyo a la explicación del caso el genograma, pero lamentablemente no ha sido problematizado como para hacer un diagnóstico de ello, si no que se queda ahí como un antecedente a consignar en la ficha clínica.

Por que crees que no se llegado a problematizar a nivel de institución si como tu dices, tiene alcances en la intervención?

Bueno esta claro para mi y es lo que yo les comentaba con respecto a lo político que sin duda tiene un impacto en lo que refiere a recursos económicos que se limitan a la realización de intervenciones en los distintos programas y se hace en el fondo lo que se puede y muchas veces no lo que se quiere. Además tiene que ver creo yo con algo cultural o mejor dicho social cultural, por que tu saber que los modelos de intervención son generalmente instalados en forma vertical...como te lo explico...a ver mira, tiene relación con que como no se problematiza a nivel de gobierno por que no esta en la agenda de salud, por que hay que recordar que nuestra cultura occidental le sigue dando énfasis al modelo médico, difícilmente se realizará una inversión en investigación para dar cuenta de estos fenómenos, por que no se si ustedes saben, pero la mayoría de estos recursos con que cuenta esta institución y yo creo que todos los programas locales estan supeditados a la cantidad de prestaciones que realiza la institución, es decir al número y categorías de intervenciones que se realizan con el paciente, pero no al proceso, por que es la forma en la que bajan los recursos, se envía el flujograma de usuarios atendidos en la prestación "x", de modo de rendir cuentas de los recursos asignados y que va de la mano con lo que se solicitará mas adelante según las necesidades propias de la institución.

Tu señalaste categorías, te refieres a categorías diagnósticas?

Sí, y tiene que ver con el modelo de intervención médico, es decir, tu paciente debe necesariamente para efectos de prestación, se consignado en el flujo grama con una categoría diagnóstica, que en el fondo es simple protocolo pero que si lo ves desde una perspectiva ética ya de antemano se rotula con un síndrome, patología o que se yo pero lo real en cuanto a proceso clínico que por cierto es cualitativo no se expresa en esta planilla, esto queda entonces como tarea para la institución...desde ahí tu puedes elaborar distintos tipos de intervención en función de la complejidad y por supuesto lo que tu planteas de la deserción, de la adherencia que por supuesto es muy limitada pero por sobretodo del porcentaje de reingreso reviste el caso de una complejidad no menor, claro que desde una mirada familiar e histórica.

Bueno finalmente has hecho hincapié a modelo de intervención, y en este sentido cual es la intervención que se realiza en el programa infanto juvenil desde tu mirada?

UHF, el modelo de intervención para mi es que no existe un modelo específico de intención así como un patrón, yo creo que tiene que ver con lo que les explicaba hace un rato y que tiene relación con la complejidad, con el síntoma, con la forma en la que aparece o reaparece el síntoma, como se maneja en la familia, como es vivido por el niño, como es traído a la consulta, tiene que ver también con lo psicosocial que acompaña este síntoma traducido en motivo de consulta, con los recursos del paciente, de su familia, con las expectativas, uff tantas cosas que sólo se pueden ver in situ, no queda de otra, claro que tienes para efectos institucionales seguir un cierto protocolo por que no se trata de hacer una ensalada con todo esto, hay que necesariamente ir despejando el motivo de consulta como yo le digo, por que si también sólo ves esto dejar de ver o escuchar a paciente y eso no puede ocurrir.

Y cual o como opera este protocolo de intervención que planteas?

Bueno tiene que ver con una estrategia a nivel de equipo, dado en muchas ocasiones debemos realizar trabajo multidisciplinario o en dupla con el asistente social es necesario para ello que exista un orden en el proceso para que así pueda haber una coherencia en la intervención y no ocurra que se sobreintevenga o se realice algo innecesario que agote el proceso y que pueda dar pie incluso para una deserción al tratamiento. Bueno lo primero que se hace es el ingreso previa derivación realizada por tres vías, el colegio, el pediatra o médico del consultorio y el tribunal, la derivación del colegio es primero al consultorio dado que la ínter consulta es un requisito para el ingreso como lo es también el oficio o informe judicial...luego se realiza la primera entrevista con el niño y con su familia, es lo ideal, sin embargo, en la práctica sólo aparece la madre, la abuela, eventualmente el padre o un familiar que este a cargo del cuidado del niño o niña, es raro que el niño o niña llegue con mas de

un miembro de su familia, según el proceso luego corresponde la evaluación según corresponda al motivo de consulta, puede ser una evaluación cognitiva necesariamente, pero y sin embargo nosotros realizamos siempre una evaluación afectiva o relacional que apoye e integre los antecedentes. Posteriormente se establece en conjunto con el niño o niña y su acompañante el plan terapéutico explicando de forma clara en que nosotros podemos aportar para ayudarlo, dentro del plan terapéutico, uno debe establecer en la medida de lo posible en la ficha clínica el tiempo de tratamiento y los profesionales y/o programas internos que pueden apoyar el proceso, dado que en ocasiones se hace necesario que la madre ingrese al programa de VIF, por ejemplo o el padre o la madre al programa de alcohol, o se debe realizar terapia familiar, ect., bueno esta es la parte importante del proceso y de él se espera un éxito que se evalúa en conjunto con el niño y su familia, esto es como lo ideal pero como lo conversamos acá sabemos que la clínica infantil es difícil por que trae a la familia y toda su compleja dinámica transgeneracional.

Bueno ha sido muy interesante, pero me gustaría consultarte respecto al nivel adherencia en el tratamiento y su impacto en este, que opinas de eso??

La adherencia al tratamiento es también compleja y poco probable de cuantificar, por que tu sabes que la adherencia a un programa, a una terapia o incluso al propio terapeuta es de carácter subjetivo, por tanto sólo el sujeto que, valga la redundancia, esta "sujeto" o se sujeta por algo, que puede ser su propia angustia o la infaltables faltas que todos tenemos puede dar cuenta de ello....por eso para mi es difícil poder darles cuenta de que significa para mi esto de la adherencia de los pacientes al tratamiento, ahora yo te podría hablar de lo que puede llegar a significar en términos clínicos lo que significaría la adherencia del terapeuta con el paciente, pero eso es harina de otro costal. Bueno por otro lado, creo que en términos prácticos la adherencia al tratamiento, a mi juicio no garantiza el éxito de este, por que también uno puede pensar que el paciente o su familia tiene una estructural de dependencia y eso por su puesto que es una condición que su nombre lo dice estructural, lo heavy es

cuando estos pacientes se adhieren con lapas por ejemplo como su tema lo dice a una institución , aunque yo creo que eso en sí es estructurante, pensando en que desde que hacemos nuestro debut en este mundo objetal como sujetos, y el nombre lo dice estaremos sujetos a algo, yo por ejemplo estoy ahora sujeta a la premura del tiempo así es que no puedo seguir reflexionando jajajajajja

III. Dimensiones Y Categorías.

<i>Características de los Beneficiarios y sus familias</i>	<i>Caract. Psicológicas</i>	38 <i>Referencias a la Dimensión</i>
	<i>Caract. Psicosociales</i>	
	<i>Caract. Culturales</i>	
	<i>Caract. Sintomatología</i>	
<i>Política de Salud Mental</i>	<i>Política institucional</i>	76 <i>Referencias a la Dimensión</i>
	<i>Protocolo administrativo</i>	
	<i>Fuente de Financiamiento</i>	
	<i>Cultura Institucional</i>	
	<i>Rol de Psicólogo</i>	
<i>Modelo de intervención institucional</i>	<i>Modelo de Intervención</i>	40 <i>Referencias a la Dimensión</i>
	<i>Tipo de demanda</i>	
<i>institucionalización</i>	<i>Institucionalización</i>	48 <i>Referencias a la Dimensión.</i>
	<i>Nivel de Adherencia</i>	
	<i>Nivel de Deserción</i>	
	<i>Nivel de Reingreso</i>	

V. Categorizaciones de las entrevistas.

HU: backup of ULTIMO ATLAS

File: [C:\Documents and Settings\Escritorio\TESIScosam\backup of ULTIMO ATLAS.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 12/06/07 22:44:11

Codes-quotations list

Code-Filter: All

Code: {0-0}

Code: características psicologicas de los beneficiarios {9-0}

P 1: ENTREVISTA N° 1.txt - 1:2 [desde el año pasado ya mas for..] (32:34) (Super)

Codes: [características psicologicas de los beneficiarios]

desde el año pasado ya mas formalmente llegan a los
Cosan tanto en el área infanto-juvenil, como adultos, casos de
mediana a alta complejidad

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:3 [A nosotros nos llegan las depr..] (36:38)

(Super)

Codes: [características psicologicas de los beneficiarios]

A nosotros nos llegan las depresiones de moderada a severa o un
depresión leve, con una patología asociada, o con una complejidad
psicosocial que la haga más compleja

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:32 [Hay niños que vienen por un pr..] (182:185)

(Super)

Codes: [características psicologicas de los beneficiarios]

Hay niños que vienen por un problema súper puntual, papás
separados, que pueden que sean los menos, pero existen también.
Como hay casos súper complejos que están los papás, esta el
hermano, el tío

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:52 [niño con trastorno hiperkinéti..] (24:25)
(Super)

Codes: [características psicológicas de los beneficiarios]

niño con trastorno hiperkinético o que tiene
síntomatología de hiperactividad

P 2: entrevista_ N° 2 .txt - 2:32 [los casos mas celebres o emble..] (24:26) (Super)

Codes: [características psicológicas de los beneficiarios]

los casos mas
celebres o emblemáticos es el caso de hiperactividad con déficit
atencional

P 4: ENTREVISTA_ N° 4 .txt - 4:19 [por ejemplo complejidades psic..] (108:110)
(Super)

Codes: [características psicológicas de los beneficiarios]

por ejemplo complejidades
psicosociales como violencia, abuso o delincuencia, abandono,
deserción escolar

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:21 [gran mayoría de los niños que ..] (20:23)
(Super)

Codes: [características psicológicas de los beneficiarios]

gran
mayoría de los niños que vienen acá no tienen un daño
psicopatológico o son muy pocos los que lo tienen, no son niños
con trastornos de salud mental

P 6: entrevista N°6.txt - 6:2 [son niños que generalmente est..] (17:19) (Super)

Codes: [características psicológicas de los beneficiarios]

son niños que generalmente están
desprovistos de recursos afectivos, es decir y en términos
clínicos, han sido fracturados ya en la oralidad

P 6: entrevista N°6.txt - 6:6 [generalmente han tenido un suf..] (52:56) (Super)

Codes: [características psicológicas de los beneficiarios]

generalmente han tenido
un sufrimiento durante las primeras etapas de su desarrollo, tu lo
ves como te dije antes en la anamnesis, por ejemplo, dificultades
en la lactancia, en la oralidad como te dije antes, en el control de

esfínter, en el proceso de lecto-escritura

Code: Características socio-culturales de los beneficiarios {18-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:49 [dentro de las principales cara..] (14:16)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

dentro

de las principales características están disfunción familiar, niños –
algunos- con evidente estado de abandono de sus padres

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:51 [maltrato que no solo se traduc..] (17:22)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

maltrato que no solo se traduce en el
maltrato físico, sino que en el trato general; a ratos muy humillados
y no solo en el trato familiar, sino también de pronto con un
historial de arrastre de mucho maltrato, ya sea en la escuela, con
dificultades para adaptarse, con pocas habilidades sociales, que
traen como un historial de deterioro

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:58 [pero claramente hay poco mane..] (93:96)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

pero claramente hay poco manejo de los padres. A
los papas de pronto les cuesta discriminar el hecho de si “yo lo
fundo mucho o no le pongo normas claras o justifico todo en
función del trastorno: es que el no puede, no sabe, le cuesta”

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:30 [dificultad al acceso de las op..] (9:11) (Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

dificultad al acceso de las

oportunidades a la educación, la salud, la cesantía, el hacinamiento,
el consumo de alcohol de drogas, la violencia,

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:31 [desplazamiento de roles, confl..] (19:21) (Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

desplazamiento de roles, conflicto de pareja,
posibilidad de abuso, vulneración de derechos.... hay un desorden a

nivel de disfunción familiar

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:34 [colegio significa un dolor de ..] (38:41) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

colegio significa un dolor de cabeza y generalmente no cuentan con los recursos o simplemente la motivación de comprometerse con el proceso terapéutico del niño....generalmente traen al niño con la idea que “nosotros se los arreglemos”

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:35 [una cadena que potencia el cua..] (45:48) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

una cadena que potencia el cuadro sintomático del niño y pueden generar en el otras problemáticas asociadas al cuadro inicial...que puede llegar a ser víctima de violencia física o psicológica.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:36 [la violencia intrafamiliar que..] (61:63) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

la violencia intrafamiliar que en algunas familias ha sido histórica...y que hace que el síntoma se perpetúe

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:37 [todo lo que tiene que ver con ..] (67:72) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

todo lo que tiene que ver con las alteraciones conductuales de los niños, el escaso nivel de competencias o habilidades del niño sociales o afectivas, que muchas veces responden al abandono materno a un abandono paterno, a negligencia, desapego, y que genera un mismo proceso que tiene a repetirse.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:22 [son más bien niños que están h..] (23:27) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

son más bien niños que están haciendo síntoma, derivado a una problemática y dentro de esa problemática están las características de la familia, donde lo que nosotros observamos en general, son familias bastante disfuncionales con dificultad en la diferenciación de los roles

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:24 [con dificultades escolares, co..] (29:32)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

con dificultades
escolares, con dificultades de rendimiento, en general son niños
poco exitosos con experiencia de maltrato o abuso de algún tipo,
incluido el abuso sexual, niños vulnerados.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:38 [Acá nosotros vemos que tiene p..] (201:204)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

Acá nosotros vemos que tiene
problemas de salud mental, lo vemos asociado a un contexto de
salud mental, obviamente si a veces lo vemos muy asociado a un
contexto familiar, el origen tiene que ver con una situación socia

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:13 [el terapeuta o el quipo se va ..] (145:148) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

el terapeuta
o el quipo se va encontrando con esas variables psicosociales, que si
bien no son determinantes en la sintomatología, probablemente si
condicionan que esto se mantenga en el tiempo o se agraven.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:17 [variables psicosociales: perte..] (238:246)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

variables psicosociales: pertenencia, redes, apoyo
social, desde esa perspectiva podríamos decir que, lo que te decía
recién: tratamos a niños y jóvenes que tienen grupo social, que tiene
conexión con su red, que están escolarizándose, por lo menos que
no están, no han vivido un proceso de marginación, no son los niños
y jóvenes que hayan vivido un gran daño psicosocial, son jóvenes
que presentan factores de riesgo, pero esto se han ido haciendo
presente en la medida que van creciendo, no son niños que han
vivido un proceso de daño temprano.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:19 [son niños que están vulnerados..] (255:259)
(Super)

Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

son niños que

están vulnerados en sus derechos claramente, niños y jóvenes que viven en condiciones de maltrato, vulnerados en sus derechos a nivel físico y emocional. Niños y jóvenes que están en medio, que están triangulados en conflicto parental, están parentalizados

P 6: entrevista N°6.txt - 6:3 [tra característica tiene que v..] (25:31) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

tra característica tiene que ver con la cultura familiar y social que carga este niño, generalmente es algo que esta tan instalado en el discurso familiar que por eso lo llamo un peso, por que se le carga al niño si o si con distintas problemáticas, patrones y formas de hacer familia que es transgeneracional y que aparece en el motivo de consulta incluso por mucho tiempo o luego de un tiempo.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:5 [en muchas ocasiones son estas ..] (39:47) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

en muchas ocasiones son estas mismas características las que revisten a esta familia de ese particular discurso, por muy terrible que sea, pero que les da un lugar, una impronta y una forma aunque patológica de hacer familia...es loco pero fijate que en mucha ocasiones me ha tocado escuchar que en sus discursos, estas familias incluso llegan a validar la violencia, la deserción escolar, el robo, la mentira, la desprotección hacia los hijos, como una forma de hacer familia.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:7 [con la pre- deserción escolar,..] (65:74) (Super)
Codes: [Características socio-culturales de los beneficiarios]

con la pre-deserción escolar, la violencia de la que es víctima o victimario el niño, la falta de oportunidades del niño y su familia, la carencia en el desarrollo afectivo...niños en un claro abandono afectivo mas que físico, que ellos pueden percibir, esta falta de cariño y que se sientan un cacho para sus padres, el colegio, en fin todas las instituciones y que para colmo lo traen a otra institución muchas veces desde mas que una preocupación, como se llama en otras corrientes un desplazar la carga a nosotros,

Code: Características socio-económica de los beneficiarios {2-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:50 [mucha pobreza, hacinamiento] (16:17)
(Super)

Codes: [Características socio-económica de los beneficiarios]

mucha
pobreza, hacinamiento

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:23 [en general de clase media baja..] (28:29)
(Super)

Codes: [Características socio-económica de los beneficiarios]

en general de clase media baja, un porcentaje importante en
situación de pobreza y de extrema pobreza

Code: Cultura organizacional {13-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:60 [Yo nose si es algo tan institu..] (238:243)
(Super)

Codes: [Cultura organizacional]

Yo nose si es algo tan institucional, yo siento – y es algo
compartido por todos también- yo siento que tengo esa libertad,
nose si es algo que comparten mis demás colegas, la verdad, yo me
siento con esa libertad, yo siento que puedo decir: a este niño lo
voy a evaluar tres semanas o lo voy a evaluar a la primera o voy a
esperar un tiempo para ver si lo evaluo

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:64 [tenemos las reuniones y ahora ..] (276:284)
(Super)

Codes: [Cultura organizacional]

tenemos las reuniones y ahora con la
casa nueva, este espacio del cafecito se ha transformado en un
espacio de relajación. A pesar que nosotros siempre estamos haciendo
cosas juntos, vamos a paseos, este año fuimos a Tunquen , todo el
equipo, lo pasamos súper bien. Pero si lo pensamos esas cosas
implican un costo que asumimos nosotros, no es a nivel de la
institución, de todas maneras yo trabajo a gusto, siento que tengo
como esa libertad que te decía yo, de pronto en el trabajo, como
también en los espacios más informales.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:41 [Básicamente tiene que ver con ..] (168:173) (Super)

Codes: [Cultura organizacional]

Básicamente tiene que ver con escaso tiempo que tenemos como equipo para poder mirar nuestro trabajo clínico...básicamente eso.....yo diría que tiene que ver con acoger demanda....los escasos espacios que nos quedan son espacios de coordinación.....y de trabajo más administrativo que en estas instituciones es de mucha rigurosidad e importancia.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:52 [Generalmente los psicólogos te.] (236:239)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

Generalmente los psicólogos tendemos a enojarnos, “y como no se hace responsable”, bueno le cuesta. Yo creo que somos súper poco tolerante a eso, nos enojamos súper fácil, véanlo ustedes en las reuniones clínicas.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:54 [Culturalmente hay un tema vinc..] (277:279)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

Culturalmente hay un tema vinculado con el altruismo.
Con el modelo médico, nuevamente.
Y como decías tu, con un tema político

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:59 [en todos los equipos que he tr..] (356:359)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

en todos los equipos que he trabajado ha sido así, sobre todo si tu trabajas es el sistema público tienes que desarrollar eso, es una necesidad el trabajar el equipo es fundamental

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:30 [yo creo que el comportamiento ..] (117:122)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

yo creo que el comportamiento de la demanda nuestra y de la salud mental en general, es que la gente que está tan interferida por otras variables que no son atinentes a la problemática de salud mental, ocurre esto que es un poco apagando incendios, porque siempre está con la emergencia, entonces acude a una atención en salud mental

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:37 [es nuestro rol como motivadore..] (193:198)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

es nuestro rol
como motivadores en las temáticas de salud mental. En ese sentido
nosotros tenemos que ser comunicadores con la gente para poder
negociar, mostrar cuales son las otras situaciones que al parecer
están pendientes que están complicando, o que es lo que significa
que el niño tenga problemas de conducta en el colegio

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:48 [Como respuesta a una situación..] (318:319)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

Como respuesta a una situación específica y no como una
intervención institucional

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:49 [en las intervenciones clínicas..] (325:327)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

en las intervenciones clínicas que hacemos acá,
claramente no nos afecta la falta de recursos, porque ahí es
fundamental otras herramientas nuestras,

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:51 [existe en ese sentido un desgaste..] (338:342)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

existe en ese sentido un desgaste importante del
equipo, porque precisamente nos vemos afectados es que hay que
hacer un proceso de disociación, que no afecte la atención, no afecte
al usuario y que tu te mantengas trabajando, con todas las
responsabilidades que cada uno de nosotros tiene

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:54 [Nuestros tiempos de conversaci..] (355:363)
(Super)
Codes: [Cultura organizacional]

Nuestros tiempos
de conversación, comparativamente con otros centros son altísimos.
Eso es pega, pero también es una instancia de auto cuidado para el
equipo, cuando el equipo está sometido a todo este devenir que a la
larga también es psicosocial, porque afecta a la psiquis y tiene que

ver con lo psicosocial, con las políticas, con los financiamientos, con la posibilidad de las instituciones que están comprometida con toda esta cosa, que sea una cadena de inoperancias, por supuesto que se dificulta las intervenciones.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:27 [tiene que ver con una estrateg..] (304:306) (Super)
Codes: [Cultura organizacional]

tiene que ver con una estrategia a nivel de equipo, dado en muchas ocasiones debemos realizar trabajo multidisciplinario o en dupla con el asistente socia

Code: Institucionalización {2-0}

P 6: entrevista N°6.txt - 6:10 [tiene que ver creo yo con que ..] (104:110) (Super)
Codes: [Institucionalización]

tiene que ver creo yo con que efectivamente las instituciones no están cumpliendo con un rol protector, es loco por que como uno explica que la institución básica que es la familia, tenga que acudir a otra institución para que le haga la pega y viceversa, es decir la institución de gobierno en este caso necesita de estas familias para hacer su pega o cumplir con un rol que también es protecto

P 6: entrevista N°6.txt - 6:31 [la adherencia al tratamiento, ..] (356:362) (Super)
Codes: [Institucionalización]

la adherencia al tratamiento, a mi juicio no garantiza el éxito de este, por que también uno puede pensar que el paciente o su familia tiene una estructural de dependencia y eso por su puesto que es una condición que su nombre lo dice estructural, lo heavy es cuando estos pacientes se adhieren con lapas por ejemplo como su tema lo dice a una institución , aunque yo creo que eso en sí es estructurante,

Code: Modelo de intervencion clinica Inst. {41-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:14 [Por la complejidad de los caso..] (77:82) (Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Por la complejidad de los casos nosotros nos abocamos a

.....ingresan los niños y realizamos un trabajo principalmente individual y a medida que avanza el proceso, con la incorporación activa – y en eso somos un poco majaderos- de los papas o del adulto responsable, llámese abuela, depende de la situación de cada niño.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:15 [Para los trastornos hipercinét..] (83:86)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Para los trastornos hipercinéticos sobre todo, la mayoría llega diagnosticado, acá hacemos confirmación de diagnostico si es necesario, y lo que estamos tratando de retomar este año es que los niños participen en un taller de habilidades sociales

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:18 [la idea es que por lo menos to..] (99:101)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

la idea es que por lo menos todos los niños pasen una vez por la evaluación psiquiátrica para discriminar el diagnostico, si es necesario, obviamente hay casos que no ameritan.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:30 [Lo tipico en los niños con tra..] (160:166)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Lo tipico en los niños con trastornos hipercinéticos, les dan vacaciones en diciembre porque no hay prescripción de medicamento y la indicación es que vuelvan a evaluación en marzo para saber si es necesario medicamentarlos de nuevo y ahí se reactiva todo el sistema: se evalua, se pide evaluación del colegio, para saber si es necesario que use medicamento, todo el proceso.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:31 [Nosotros tenemos cuatro código..] (177:179)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Nosotros tenemos cuatro códigos diagnósticos, pero el código diez encierra todo, trastornos del comportamiento y ansiedad de inicio en la infancia, que es eso, es un saco sin fondo.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:33 [básicamente el rol es como de ..] (186:188)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

básicamente el rol es como de acompañar, marcando pautas, situar a los papas desde otra área, entonces uno sabe que son de largo aliento.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:34 [depende desde donde uno se par..] (194:197)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

depende desde donde uno se pare para evaluar el tema del diagnostico, el diagnóstico te sirve como etiqueta en algunos casos, sobre todo en los niños. Que pueden ser muy reactivas muy transitorias,

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:36 [Porque hay niños que cuando ha..] (215:216)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Porque hay niños que cuando han logrado cierto avance, uno no los ve todas las semanas.

P 2: entrevista_Lorena_Gonzalez.txt - 2:7 [evaluar a nivel familiar el as..] (54:59)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

evaluar a nivel familiar el asunto y poder intervenir a ese nivel y también lo parental e ir despejando variables, trabajando la dinámica familiar y así de esta forma poder desde ahí realizar un diagnostico que sea integral respecto al caso y que permita que el síntoma no se siga perpetuando en el tiempo..

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:10 [ya no es tan sólo trabajar sól..] (76:80) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

ya no es tan sólo trabajar sólo con el paciente por ejemplo en el caso de una depresión sino que es probablemente se puede hacer una intervención de grupo, trabajar en función de las variables psicosociales, el rol parental, que los niños trabajen en habilidades sociales además de la terapia individual..

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:11 [la complejidad familiar nos ob..] (82:85) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

la
complejidad familiar nos obliga a mirar todos estos elementos
psicosociales para poder dar respuesta a la demanda real del
paciente...

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:14 [Por lo general el trabajo con ..] (93:96) (Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Por lo general el trabajo con los asistentes sociales apunta a poder
trabajar en todo lo que significa esta mirada en lo psicosocial, su
aporte nos permite a nosotros como psicólogos poder tener una
mirada integral del caso

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:33 [o sólo vasta con tratamiento f..] (34:38) (Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

o sólo vasta con tratamiento farmacológico y
terapéutico con el niño....generalmente es necesario trabajar con los
padres e incluso con la familia, aunque para ellos les es difícil
comprender y comprometerse con el tratamiento de este niño que
para ellos y el colegio

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:39 [cómo podemos llegar a co-const..] (151:154)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

cómo podemos llegar a co-construimos en el
fondo nuevos patrones o formas de dinámica familiar que permitan
que no se repita el síntoma y que en definitiva no se llegue a
vulnerar a los niños.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3 .txt - 3:2 [cuando se trabaja individualme..] (14:16)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

cuando se trabaja individualmente
con un niño, no puedes negar la existencia de un contexto familiar y
se trata de visibilizar siempre, siempre.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:18 [se puede hacer mucho con la fa..] (117:124)
(Super)
Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

se puede hacer mucho con la familia en veinte
sesiones, no es que esté establecido, pero dentro de mi experiencia

yo diría que pueden ser veinte, a no ser que sea una cosa muy grave, que es raro, porque tu tampoco puedes pretender hacer un cambio tan sustancial, puedes ir viendo, según tus objetivos tu vas viendo que cambios se van haciendo y después vas haciendo un seguimiento cosa de ir viendo evidentemente haya significado un cambio en la dinámica.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:25 [tu puedes atender en forma ind..] (167:173)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

tu puedes atender en forma individual a alguien e igual estar haciendo una terapia familiar, tiene que ver con el abordaje, tiene que ver con desde donde esta tu mirada, por lo tanto desde donde te pones para intervenir. Entonces uno puede tener al papá, a la mamá y al hijo y estar interviniendo individualmente considerando el contexto, pero no interviniendo en el contexto, es distinto.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:50 [de alguna forma nosotros la id..] (95:97)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

de alguna forma nosotros la idea es disminuir el síntoma o extinguirlo. Tiene que ver con proveer herramientas para que no vuelva a suceder y ante eso es como irse justamente al contexto.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:8 [nosotros hemos modificando nue..] (58:60)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

nosotros hemos modificando nuestra forma de intervenir de acuerdo a las características de esta demanda.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:10 [ahora si estamos en condicione..] (69:72)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

ahora si estamos en condiciones de hacer psicoterapia familiar, ahora tenemos el recurso profesional adecuado para ello, pero nuestra mirada siempre ha sido mas familiar

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:12 [es muy difícil que frente a es..] (77:82)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

es muy
difícil que frente a esto que es lo psicosocial, se incorpore en una
categoría única, sino que el niño entra por trastorno del
comportamiento, la madre entra por violencia y el padre en el
programa de alcohol y droga y cada programa tiene su área de
intervención

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:15 [actividades de distinto tipo: ..] (90:92) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

actividades de distinto tipo:
psicoterapia, actividades de grupo de autoayuda o talleres de otro
tipo

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:18 [nosotros preferiríamos trabaja..] (99:107)

(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

nosotros preferiríamos trabajar con familias, donde identificamos
problemas, evaluamos problemas, problemas en algún momento en
forma individual pero siempre, pero cada vez que nosotros vemos
acá familiares, lo que nos hace sentido es tener al menos una
intervención familiar o algún nivel de intervención familiar, que va
de los mas global, que es la psico educación, hasta un nivel mas
profundo que seria la psicoterapia familiar u otra clase de
intervención que escapa a nuestras posibilidades, como buscar otra
clase de recursos que logren enfrentar de un modo mas eficiente

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:32 [en el área infanto juvenil, a ..] (139:144)

(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

en el área infanto juvenil, a los padres a la
importancia del tratamiento, a la importancia que los niños vengan,
estamos asumiendo un poco el rol educativo la respecto, pero
también olvidándonos de este rol mas activo que tiene el usuario
frente a su propio tratamiento o al tratamiento a que esta siendo
sometido su hijo

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:34 [lo primero que teníamos que ha..] (170:175)

(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.] [Nivel de Adherencia al tratamiento]

lo primero que teníamos que hacer era una evaluación, para descubrir el real motivo de consulta, pero también yo sentía que en algunas ocasiones, la mamá después de la evaluación, eso influía mucho en la adherencia, sobre todo cuando la demanda viene de parte del colegio, donde se pide se realice una evaluación

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:41 [También hay problemas de salud..] (217:220)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

También hay problemas de salud mental donde el niño a través de los síntomas trae a los padres acá, por ejemplo el tema de la violencia, donde se pesquisa el tema y se termina trabajando acá el tema de la violencia

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:44 [este año nos van a llegar mas ..] (254:259)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

este año nos van a llegar mas recursos y vamos a ocupar parte de esos recursos para contratar un vehículo para poder hacer rescate concreto del paciente que hace dos semanas que no viene, y no solo para decirle que tiene que venir, sino que ha pasado con el paciente o los familiares de los pacientes ya han egresado

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:47 [a medida de los recursos, y de..] (298:308)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

a medida de los recursos, y desde este año hemos hecho varias visitas domiciliarias en duplas, hay una psiquiatra de infanto juvenil que tiene muchísima experiencia en el área comunitaria y ellas hace intervenciones en domicilio por ejemplo, con la familia. Y eso en el orden del rescate de pacientes, por ejemplo la próxima semana, vamos a ir a ver a un paciente psicótico que no quiere salir de la casa y nose que. Entonces si bien no existe así formalmente la dupla psicosocial, si nosotros estamos intencionando que las intervenciones en domicilio que sea con otro carácter, que nos permita a nosotros también comprender la situación de la familia o visualizar el nivel de complejidad

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:56 [debemos ser capaces de realiza..] (377:382)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

debemos ser
capaces de realizar una intervención en por ejemplo el tratamiento
de una depresión en un adulto, tenemos que indagar sobre el trato
de ese adulto con sus hijos, es de promoción, integrándolo en los
espacios que aun se siguen haciendo de manualidades, de grupos de
auto ayuda,

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:8 [La apuesta es generar un enfoq..] (86:90) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

La
apuesta es generar un enfoque familiar de la salud, es decir que un
individuo no es visto como un individuo solo, sino en relación con
otro, partiendo por esta unidad básica que es la familia y la
comunidad.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:11 [Instalar lugares positivos don..] (116:120)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Instalar lugares positivos donde las personas
recuperan o se propone que recuperen su vinculación con su
entorno. Pensando que ahí pueden continuar con su proceso de
rehabilitación u potenciación de las capacidades, la parte sana que
ellos tengan.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:14 [Dos o tres años atrás, con otr..] (161:170)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Dos o tres años atrás, con otra psicóloga, éramos el equipo del
programa de prevención precoz, con intervenciones en las escuelas,
donde atendíamos a los jóvenes en sus escuelas, atendíamos a las
familias, hacíamos intervenciones familiares y hacíamos taller de
padres. Trabajamos con tres colegios en particular, que eran los más
demandantes y trabajamos con todo el conjunto de profesores,
diseñamos taller para profesores, como te digo, éramos dos para
hacer toda esa pega, con un enfoque que podríamos llamar eco
sistémico: es decir el niño, su familia y el ámbito mayor que es la
escuela.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:15 [Ahora en el trabajo con niños,..] (216:219)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Ahora en el trabajo con niños, y con todos los programas del Cosam que tienen un modelo parecido. Generalmente el tema con niños y jóvenes es donde más se ha podido trabajar y desarrollar la parte comunitaria, más que otros programas que son puramente clínicos.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:16 [Violencia familiar, es propiam..] (220:223)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Violencia familiar, es propiamente clínico. El programa alcohol y drogas, si tenia una pata comunitaria, hicimos un trabajo por dos años con el Previene, hasta el dos mil cuatro lo hicimos, era una capacitación para monitores comunitarios,

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:18 [Yo creo que son intervenciones..] (248:252)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Yo creo que son intervenciones a un nivel de prevención primaria, trabajando donde hay presente factores de riesgo, donde ya se esta presentando el síntoma, pero es posible trabajar todavía, realizando un proceso de ayuda que permita que esto no se desarrolle mas,

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:24 [tenemos que hacer atención de ..] (293:297)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

tenemos que hacer atención de joven con consumo problemático de alcohol y drogas, porque desde este año, desde julio comienza a operar el auge de adolescentes de alcohol y drogas, vamos a hacer esa atención.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:26 [En esos casos es necesario mot..] (307:309)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

En esos casos es necesario motivar, a generar una conversación en torno a los razones por las cuales estamos acá, a

problematizar.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:8 [Otra de las características y ..] (82:91) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

Otra de las características y de las cuales el Cosam a través del desarrollo de talleres tiene como objetivo, tiene que ver con las habilidades sociales de los niños y niñas, pese a que esto corresponde a un rol de la familia y del colegio, también es algo de lo que nos hacemos cargo, pese a que no tiene a mi juicio un mayor impacto en el proceso terapéutico pero que nos sirve para que el niño y la niña que participa del taller en forma paralela a la terapia, tenga mas adherencia al proceso terapéutico por que en el fondo para ellos venimos a cumplir con una demanda que es de ellos

P 6: entrevista N°6.txt - 6:17 [en lo que refiere a las interv..] (205:212) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

en lo que refiere a las intervenciones terapéuticas y el impacto que ellas van a tener en nuestro pacientes, por que no da lo mismo, a mi por lo menos, comenzar a atender o ingresar a un paciente que es primera vez que llega derivado o a consultar a que llegue a consultar por segunda o tercera vez un niño o niña o incluso algún hermano o primo de este paciente, que tu te vienes a dar cuenta después de un tiempo,

P 6: entrevista N°6.txt - 6:25 [no existe un modelo específico..] (285:290) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

no existe un modelo específico de intención así como un patrón, yo creo que tiene que ver con lo que les explicaba hace un rato y que tiene relación con la complejidad, con el síntoma, con la forma en la que aparece o reaparece el síntoma, como se maneja en la familia, como es vivido por el niño, como es traído a la consulta

P 6: entrevista N°6.txt - 6:29 [ser realiza la primera entrevi..] (315:330) (Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.]

ser realiza la primera entrevista con el niño y con su familia, es lo ideal, sin embargo, en la práctica sólo aparece la madre, la abuela, eventualmente el padre o un familiar que este a cargo del cuidado

del niño o niña, es raro que el niño o niña llegue con mas de un miembro de su familia, según el proceso luego corresponde la evaluación según corresponda al motivo de consulta, puede ser una evaluación cognitiva necesariamente, pero y sin embargo nosotros realizados siempre una evaluación afectiva o relacional que apoye e integre los antecedentes. Posteriormente se establece en conjunto con el niño o niña y su acompañante el plan terapéutico explicando de forma clara en que nosotros podemos aportar para ayudarlo, dentro del plan terapéutico, uno debe establecer en la medida de lo posible en la ficha clínica el tiempo de tratamiento y los profesionales y/o programas internos que pueden apoyar el proceso

Code: Nivel de Adherencia al tratamiento {23-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:20 [Yo la verdad me pierdo un poco..] (114:118)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Yo la verdad me pierdo un poco con el tema de las cifras, yo lo que manejo de las reuniones, el nivel de adherencia a las sesiones, en términos generales es en comparación a los otros Cosam, y es ahí donde al parecer estamos equilibrados en relación a los otros Cosam, en los típicos “NCP”

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:21 [Yo creo que como dos tercios l..] (122:124)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Yo creo que como dos tercios logran una cierta adherencia, es complejo decir en términos generales, porque hay pacientes que logran una cierta adherencia

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:22 [muchas veces no tiene que ver ..] (127:130)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

muchas veces no tiene que ver con la problemática de los niños, sino que ellos dependen de un adulto, sobre todo cuando los casos están mucho mas complejizados a nivel psicosocial, depende mucho mas de los adultos a cargo.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:45 [Claramente si uno ve que hay u..] (261:265)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Claramente si uno ve que hay una familia o algún miembro de la familia que altera la dinámica que ahí hay, generalmente son los padres o uno de ellos, uno entiende que en algún momento eso va a salir por algún lado y entiende que en algún momento ese niño tan compuestito va a hacer síntoma.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:46 [con el tiempo uno genera algún..] (270:272)

(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

con el
tiempo uno genera algún tipo de vinculo, cuando llevan uno, dos, tres años atendiéndose.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:47 [Es poco probable que no te sea..] (272:274)

(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Es poco probable que no te sea familiar,
entonces si llega el hermano, llega el tío, hay un conocimiento, eso básicamente.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:18 [además por que saben que cuand..] (116:119)

(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

además por
que saben que cuando lo necesiten nuevamente podrán volver a consultar cuantas veces para ellos les sea necesario.....eso dificulta un proceso con resultados efectivos.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:22 [para las familias es difícil l..] (143:144) (Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

para las familias es difícil llegar a
problematizar y poner en la mesa el problema

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:25 [pero es ahí cuando te puedes d..] (163:166) (Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

pero es
ahí cuando te puedes dar cuenta que es posible que un síntoma cambie a otro miembro de la familia...se traslade o se presente de

otra forma...

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:19 [En el Cosam, yo diría que bajo..] (127:127)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

En el Cosam, yo diría que bajo, bajo.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:22 [Van apareciendo vulnerabilidad..] (145:146)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Van apareciendo vulnerabilidades y eso es complejo, sobre todo si yo no quería ir, yo no lo pedí.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:24 [Ya es difícil asumir una terap..] (150:154)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Ya es difícil asumir una terapia psicológica para un adulto, para un niño no porque los niños van obligados, bueno para algunos niños también es complicado, yo no se si logran dimensionar a lo que van, como lo hacemos los adultos cuando vamos a terapia, es muy distinto porque uno sabe a lo que va.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:29 [Tiene que ver con el enfoque m..] (225:226)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Tiene que ver con el enfoque medico también, usted tiene un saber superior.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:16 [eso hace que le vínculo con el..] (92:94)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

eso hace que le vínculo con ellos sea distinto al vinculo con un persona que viene por depresión a psicoterapia una vez a la semana y un control mensual con la psiquiatra.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:31 [el venir para acá, también imp..] (123:127)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

el venir para

acá, también implica que hay que tomar la micro, perder el tiempo, es un estrés mas, e implica también revisar temáticas que no siempre son gratas de revisar, o sea igual implica un 4esfuerzo para el usuario,

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:33 [lo que no se paga, nos parece ..] (158:164)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento] [Politica institucional]

lo que no se paga, nos parece que es de inferior calidad y no tiene que ver con la calidad de la intervención, sino con lo que a uno le cuesta. Y desde ese punto de vista, el hecho que para el usuario sea completamente gratis lo percibe como el servicio publico, como lo que siempre esta ahí, y va estar ahí de alguna manera el recurso, y eso hace que la gente lo tome y no lo valore como “la instancia” de intervención

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:34 [lo primero que teníamos que ha..] (170:175)
(Super)

Codes: [Modelo de intervencion clinica Inst.] [Nivel de Adherencia al tratamiento]

lo primero que teníamos que hacer era una evaluación, para descubrir el real motivo de consulta, pero también yo sentía que en algunas ocasiones, la mamá después de la evaluación, eso influía mucho en la adherencia, sobre todo cuando la demanda viene de parte del colegio, donde se pide se realice una evaluación

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:36 [yo creo que en términos estadí..] (183:189)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

yo creo que en términos estadísticos ahí, la población se distribuye aleatoriamente, tenemos gente que llega motivada por una temática especifica y es capaz de asumir que a lo mejor está en una situación psicosocial compleja, es capaz de interesarse por el lenguaje de nosotros y nosotros interesarse por el lenguaje de ellos, y en el fondo si se puede hacer mucho mas que simplemente llagar al producto, que sería el informe,

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:20 [El nivel de adherencia creo qu..] (267:269)
(Super)

Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

El nivel de adherencia creo que moderado, por así decirlo, será de cincuenta a setenta por ciento, la verdad que no conozco las estadísticas

P 6: entrevista N°6.txt - 6:9 [Respecto del nivel de adherenc..] (102:103) (Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

Respecto del nivel de adherencia...mmmmm, bueno es uno de los dolores de cabeza de cualquier institución

P 6: entrevista N°6.txt - 6:12 [no existe o no contamos por lo..] (116:119) (Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

no existe o no contamos por lo menos a nivel de equipo con un porcentaje de adherencia a nivel institucional, pero si en ocasiones se habla pero sólo a nivel de aspectos de carácter clínico,

P 6: entrevista N°6.txt - 6:24 [la deserción, de la adherencia..] (276:279) (Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

la deserción, de la adherencia que por supuesto es muy limitada pero por sobretodo del porcentaje de reingreso reviste el caso de una complejidad no menor, claro que desde una mirada familiar e histórica.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:30 [La adherencia al tratamiento e..] (344:350) (Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento]

La adherencia al tratamiento es también compleja y poco probable de cuantificar, por que tu sabes que la adherencia a un programa, a una terapia o incluso al propio terapeuta es de carácter subjetivo, por tanto sólo el sujeto que, valga la redundancia, esta "sujeto" o se sujeta por algo, que puede ser su propia angustia o la infaltables faltas que todos tenemos puede dar cuenta de ello

Code: Nivel de Desercion al Tto. {9-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:23 [Por lo mismo un tercio deserta..] (132:133) (Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

Por lo mismo un tercio deserta igual, hagas lo que

hagas.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:28 [El hecho de asumir una respons..] (219:224)
(Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

El hecho de asumir una responsabilidad implica actividad al tiro y eso es complejo, es súper complejo y no porque sean personas de bajos recursos o porque no tenga disposición porque no tiene educación. Porque estamos insertos en una cultura de lo más fácil que se pueda, entonces si los otros se puedan hacer responsables.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:35 [Ya se sabe que el niño deserta..] (179:180)
(Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

Ya se sabe que el niño desertará porque la demanda era exclusivamente del colegio.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:39 [Pero nosotros también, sin que..] (205:210)
(Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

Pero nosotros también, sin querer, estamos en eso de normar a la familia: eso esta bien, esto esta mal, seria bueno que; entonces como usuarios también se arrancan de la sesión, porque no es fácil, a nadie le gusta que le digan como hacer las cosas, que de alguna manera te digan que no lo estas haciendo bien.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:22 [puede ser que la gente llega a..] (282:284)
(Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

puede ser que la gente llega acá, principalmente las familias de los chiquillo, los chiquillos pueden llegar sin motivación...

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:25 [el tema del abandono tiene que..] (303:307)
(Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

el tema del abandono tiene que ver con el como llegaron acá, si no hay gran motivación al tratamiento, si no hay motivación es porque

no hay problematización, están viniendo pensando un poco en los papás, en los adultos que están a cargo de los niños, es difícil que adhieran

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:27 [debemos aprender a respetar lo..] (309:314)
(Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

debemos aprender a respetar los ritmos de las personas, si bien son mandados para acá, no podemos establecer medidas terapéuticas, sino hay problematización, si no hay conciencia del problema. Y en ese proceso, creo yo, y en ese proceso es que ocurre el abandono, que son antes de los dos meses

P 6: entrevista Nº6.txt - 6:13 [nuestros pacientes dado que no..] (122:126) (Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

nuestros pacientes dado que no acuden por demanda espontánea y por su edad los derivan y luego los traen, yo creo que esto de la deserción tiene que ver con las expectativas que se hace la familia o la institución demandante del proceso clínico del niño

P 6: entrevista Nº6.txt - 6:14 [ocurre la deserción al comenza..] (154:160) (Super)
Codes: [Nivel de Desercion al Tto.]

ocurre la deserción al comenzar el tratamiento, luego de la evaluación....o cuando una en conjunto con la mamá o el familiar que acompaña establece el plan terapéutico o incluso luego de la primera entrevista...por supuesto que si estás comprometida desde tu rol, esto tiene que complicarte en términos subjetivos, incluso al nivel de cuestionar tu labor o compendia

Code: Nivel de Reingreso al Tto {14-0}

P 1: ENTREVISTA_ Nº 1.txt - 1:24 [hay un porcentaje que vuelven,..] (135:138)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

hay un porcentaje que vuelven, como familia principalmente, sobre todo si un adulto, con una patología mas o menos grave, uno siente que es gente que va y viene en diferentes momentos de su

vida y por ende los hijos o familiares también inician procesos.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:25 [de los casos que por lo menos ..] (141:144)
(Super)

Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

de los casos que por lo menos a mi me ha tocado reingresar, que no siempre son casos míos, digamos que yo haya visto anteriormente, vuelven pero no siempre por el mismo motivo de consulta

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:26 [O que ha ocurrido otro evento ..] (145:151)
(Super)

Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

O que ha ocurrido otro evento y que eso en otro momento el paciente consulta; así como también hay casos que uno ingresa por ene motivo, vienen dos veces y no vienen más, y vuelven a venir por lo mismo, pero ahí no hay un proceso. Hay casos en que la mamá comienza a trabajar y no hay nadie que le pueda traer al niño, pero claro llega un caso de mayor complejidad, pero no ha habido un proceso.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:28 [o esas altas medias administra..] (154:158)
(Super)

Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

o esas altas medias administrativas porque solo se les hizo evaluación en el periodo de la practica y la indicación era que siguiera un proceso terapéutico, tenemos que iniciar esos procesos, que tambien huelen a reingresos

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:29 [son los que terminan los proce..] (158:160)
(Super)

Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

son los que terminan los procesos en diciembre y la gente vuelve en marzo porque la indicación era que volviera, son como unos reingresos medio extraños.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:15 [poder así por ejemplo tener cl..] (96:100) (Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

poder así por ejemplo tener claridad en

las variables familiares y comunitarias que permiten que el síntoma se desplaza a otro miembro de la familia por ejemplo y se vuelva entonces a consultar con el mismo motivo de consulta pero generado desde otro miembro..

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:20 [Es bastante recurrente la rein..] (134:136) (Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

Es bastante recurrente la reincidencia o reingreso de los casos, es lo que llamamos los “pacientes eternos” que constantemente llegan por una demanda

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:6 [Cuando ya llevábamos tres, cua..] (52:56)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

Cuando ya llevábamos tres, cuatro, cinco años de funcionamiento, los pacientes que vienen ya se empiezan a repetir, obviamente al población se empieza a rotar y empieza a haber hartos reingresos, igual hay un montón de ingresos, pero también se empiezan a repetir, yo creo que también obedece al tema del recurso del tiempo.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:7 [dentro de los ingresos empieza..] (57:58)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

dentro de los ingresos empiezan a llegar familiares, la mamá el niño, el hermano.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:42 [Yo pienso que se da, estoy pen..] (233:238)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

Yo pienso que se da, estoy pensando en un caso de ayer, que recibimos en el programa de droga. En este caso se atendía la hija por crisis de pánico, y ahí lo transgeneracional es un tema de abuso de todos ellos, probablemente la situación de alcohol del padre no tiene necesariamente que ver con la crisis de pánico de la hija, pero claramente hay una temática que atraviesa a todos

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:43 [en la practica uno ve que en l..] (240:245)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

en la practica uno ve que en las familias, cuando se repiten

consultantes de la misma familia, tiende a haber una problemática mas compleja que no se ha trabajado o mayor complejidad, puede ser a nivel psicosocial, por problemas de salud mental difíciles de manejar, por ejemplo adicciones o temas que sean muy difíciles de abordar como las historias de abusos, que estan arraigados ahí.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:21 [Hay un porcentaje de abandono ..] (270:275)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

Hay un porcentaje de abandono que puede ser importante, pero que por lo que yo veo rebotan, digo rebotan porque vuelven para acá, pasado un tiempo vuelven, ya?. Eso no quiere decir que ojalá que vuelvan, quizá haya que hacerse cargo justamente del abandono y parte de nuestra política tiene que ver con eso, reducir la deserción al tratamiento, aumentar las labores de seguimiento,

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:28 [vuelven manifestando igual mot..] (323:325)
(Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

vuelven manifestando igual motivo
de consulta, motivo de consulta significa el motivo personal, quizá más agravado, con otras aristas

P 6: entrevista N°6.txt - 6:18 [no da lo mismo por que tu sabe..] (215:225) (Super)
Codes: [Nivel de Reingreso al Tto]

no da lo mismo por que tu saber ya
de antemano que hay algo ahí instalado a nivel familiar y que esta haciendo eco una y otra vez, es lo que llamamos el traslado del síntoma, pero mas aún tiene que ver con la psiquis familiar y lo que por supuesto carga este niño traducido a la denominada sintomatología ansiosa, que se va a traducir en el motivo de consulta mas concreto, por ejemplo conducta agresiva, predeserción, triangulación, etcétera. Esto sin duda es lo que tu bien dices es un re-ingreso, no es un simple vino de nuevo a consultar, tiene una demanda actual que hay que trabajar, si no que ya tiene otros ribetes.

Code: Politica institucional {28-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:53 [Lo que pasa que desde hace uno..] (30:35)
(Super)

Codes: [Politica institucional]

Lo que pasa que desde hace unos tres o cuatro años atrás, podían llegar casos de cualquier complejidad, incluso se recibía demanda espontánea, desde el año pasado ya mas formalmente llegan a los Cosan tanto en el área infanto-juvenil, como adultos, casos de mediana a alta complejidad, lo de leve a moderada tiene que ser resolución en salud primaria.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:54 [Entonces de ahí al hospital so..] (38:40)
(Super)

Codes: [Politica institucional]

Entonces de ahí al hospital solo llega lo mas grave, que se yo, con orden de hospitalización, riesgo vital.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:55 [Todo debe pasar por el sistema..] (43:44)
(Super)

Codes: [Politica institucional]

Todo debe pasar por el sistema de salud publica, los consultorios, ahí se hace el primer descartem

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:38 [según el motivo de consulta se..] (85:89) (Super)
Codes: [Politica institucional]

según el motivo de consulta se realiza el plan de intervención que no necesariamente pasa sólo por el terapeuta sino que en ocasiones debe hacerse parte del proceso otros miembros del equipo, como puede ser nuestro asistente social, o terapeuta familiar o ocupacional....depende del caso.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:40 [No hay un trabajo digamos a ni..] (155:162) (Super)
Codes: [Politica institucional]

No hay un trabajo digamos a nivel institucional que pueda dar cuenta o rescatar esta información de manera de poder sistematizarla y tener así los antecedentes necesarios a la hora de realizar las intervenciones, pero si en general existe en la práctica una idea de interiorizarnos de esto.....es algo que conocemos todos...en mas de alguna oportunidad alguno de nosotros ha trabajado en algún caso que ha sido por ejemplo reingresado con el mismo motivo de consulta

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:42 [Una de las dificultades para n..] (181:184) (Super)
Codes: [Politica institucional]

Una de las dificultades para nosotros es que a nivel primario, no se están haciendo cargo de los adolescentes, entonces nosotros tenemos una gran demanda que en ocasiones no amerita un trabajo tan complejo..

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:44 [el auge por ejemplo en materia..] (202:206) (Super)
Codes: [Politica institucional]

el auge por ejemplo en materia de depresión y ahora próximamente en junio en alcohol y drogas, esto va a ser otro evento importante que va a ser una plaza de atención a otra población y efectivamente las mismas políticas van generando nuevas demandas

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:45 [pero también dar un salto cual..] (209:217) (Super)
Codes: [Politica institucional]

pero también dar un salto cualitativo en cuanto a que claramente esta institución es mas clínica que antes, y efectivamente eso nos muestra que ya este tipo de intervención mas preventivo y promocional debiera instalarse en la atención primaria... se espera que los centros de atención primaria vayan mutando o se conviertan en centros de atención familiar, de hecho se creo formalmente en el consultorio una unidad de salud mental a nivel primario y referencial y un programa de trastornos hipercinéticos,

P 3: ENTREVISTA_ N° 3 .txt - 3:36 [Claro finalmente nosotros lo p..] (297:301) (Super)
Codes: [Politica institucional]

Claro finalmente nosotros lo psicólogos, somos actores como agentes de salud, pero también en este tipos de institución como agentes de un plan político y que difícil es eso. Hay cosas que uno profesionalmente las puede cuestionar, pero hay una normativa técnica

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:45 [el Cosam pertenece a todo una ..] (24:29) (Super)
Codes: [Politica institucional]

el Cosam pertenece a todo una red que es parte de la atención

de alta complejidad que tiene el servicio de salud, que es algo previsto por el ministerio de salud desde el año noventa, noventa y dos. A propósito de todo un proceso de modernización de la atención pública y parten, de hecho los Cosam parten como atención primaria especializada de la salud mental

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:48 [el ministerio de salud tampoco..] (63:66)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

el ministerio de salud
tampoco lo saca de la nada, sino que hay toda una reforma a nivel mundial de donde surge la idea de formar a los pacientes, es el cambio de un modelo médico a un modelo más bio-psico-social,

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:49 [el sistema público intenta apa..] (72:77)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

el sistema público
intenta apalear los daños que puedan haber a propósito de las carencias que presentan nuestras sociedades, entiéndase recursos económicos, carencias a nivel educacional, que provienen de lo mismo, por lo menos siempre se asocian, con diferencias a nivel de salud, tanto físicas como de salud mental

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:51 [tampoco podemos esperar tener ..] (113:116)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

tampoco podemos esperar tener a toda la familia en terapia, por el nivel de demanda, por la lista de espera y porque hay que hacer todo un plan de admisión que obedezca también a que los papás no se arranquen.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:33 [lo que no se paga, nos parece ..] (158:164)
(Super)
Codes: [Nivel de Adherencia al tratamiento] [Politica institucional]

lo que no se paga, nos parece que es de inferior calidad y no tiene que ver con la calidad de la intervención, sino con lo que a uno le cuesta. Y desde ese punto de vista, el hecho que para el usuario sea completamente gratis lo percibe como el servicio público, como lo que siempre está ahí, y va estar ahí de alguna manera el recurso, y eso hace que la gente lo tome y no lo

valore como “la instancia” de intervención

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:45 [Porque no hay ninguna instituc..] (272:274)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

Porque no hay
ninguna institución que se haga cargo totalmente y
lamentablemente la red no da las soluciones adecuadas.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:52 [de hecho nosotros que nos fina..] (327:331)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

de hecho nosotros que nos
financiamos parcialmente con fondos de tercero, pasamos varios
meses sin sueldo, por ejemplo el programa de alcohol y drogas del
Conace se demora en salir las platas de los proyectos, sin embargo
no se deja de hacer la intervención

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:55 [a raíz de la llegada de los ps..] (372:377)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

a raíz de la llegada de los psiquiatras es que hemos
estado dialogando con el hospital también, es que el trabajar en la
atención secundaria pero en un contexto comunitario implica
necesariamente no abandonar la visión de lo promocional en cada
una de las atenciones que nosotros hagamos, porque somos el
referente de salud mental en la comuna o en lo local,

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:57 [También ha ido cambiando la de..] (387:394)
(Super)
Codes: [Politica institucional]

También ha ido cambiando la definición de lo comunitario para
nosotros, porque en la medida que nosotros vayamos recibiendo
población dañada, es muy difícil hacer otra intervención, ustedes
saben también lo difícil que es hacer trabajo comunitario teniendo
un grupo de interlocutores que se van repitiendo, que suelen ser los
mismos. Entonces lo comunitario lo podemos percibir desde cada
una de las familias que tratamos, esas familias ni siquiera se llegan
a vincular unas con otras,

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:3 [el marco de la reforma de la a..] (25:33) (Super)

Codes: [Politica institucional]

el marco de la reforma de la atención de psiquiatría y salud mental, los Cosam se constituyen como centro de especialidad para el tratamiento de los problemas de salud mental de sus comunas. Si bien la mayoría, a nivel contractual, estamos en el marco de la salud de atención primaria, nuestra contraparte, nuestro empleador, quien administra todo esto es el departamento de salud comunal. Estamos sujetos a esa reglamentación en cuanto a términos contractuales. A nivel técnico, somos centro de especialidad, somos salud secundaria.

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:4 [“Clínico- Comunitario”, porque..] (35:39) (Super)
Codes: [Politica institucional]

“Clínico- Comunitario”, porque pretende como esa vinculación, la mirada clínica, asistencial, con una perspectiva también comunitaria, es decir el sujeto, con sus necesidades, su familia, pero también inserto en su comunidad.

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:7 [pasamos hace rato de ser centr..] (67:70) (Super)
Codes: [Politica institucional]

pasamos hace rato de ser centros destinados a la atención clínica y a las acciones preventivas a ser centros clínicos comunitarios y los centros de salud familiar se constituyen como los encargados de las acciones preventivas promocionales.

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:9 [la apuesta era justamente que ..] (107:110) (Super)
Codes: [Politica institucional]

la apuesta era justamente que los Cosam evolucionen a centros clínicos especializados donde una tarea fundamental, uno de los ejes fundamentales era la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos.

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:10 [Lo comunitario debe ser el sop..] (112:116) (Super)
Codes: [Politica institucional]

Lo comunitario debe ser el soporte, los Cosam deben ser el soporte y si no son los Cosam se deben instalar estos programas de psiquiatría y salud mental. En algunas partes donde no hay Cosam,

esta instalado en los consultorio o centros de salud familiar o alguna ONG se hace cargo

P 6: entrevista N°6.txt - 6:11 [en la actualidad la prevalecía..] (111:115) (Super)
Codes: [Politica institucional]

en la actualidad la prevalecía en materia de salud mental a aumentado estrepitosamente al punto que el gobierno tome cartas en el asunto y coloque la depresión y la adicción en el AUGE.

B

P 6: entrevista N°6.txt - 6:15 [a nivel de políticas de gobier..] (166:171) (Super)
Codes: [Politica institucional]

a nivel de políticas de gobierno tanto a nivel nacional como por supuesto a nivel comunal, son políticas donde por ejemplo el esfuerzo por establecer la salud mental como algo tan prioritario como lo es la salud médica por así decirlo ha sido todo un parto....mira vasta con ver que pasa con esto por ejemplo en el AUGE

P 6: entrevista N°6.txt - 6:16 [la depresión en tanto compleji..] (172:182) (Super)
Codes: [Politica institucional]

la depresión en tanto complejidad psicopatológica, fuera puesta como prestación a través del auge, pero que pasa con otras patologías de salud mental, ahora recién y por que la demanda ya es mas que explícita, se instalarán las dependencias en el AUGE, y así uno puede además ser mas crítico y reflexionar del porque no existe en nuestro país una política de salud mental que de cuenta de la realidad a nivel país en esta materia, pero sí por ejemplo existe hace muchos año una política administrativa y políticamente súper bien instalada a nivel país que tiene que ver con la prevención del consumo de drogas

P 6: entrevista N°6.txt - 6:20 [lo político que sin duda tiene..] (241:244) (Super)
Codes: [Politica institucional]

lo político que sin duda tiene un impacto en lo que refiere a recursos económicos que se limitan a la realización de intervenciones en los distintos programas y se hace en el fondo lo que se puede y mucha veces no lo que se quiere.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:21 [tiene relación con que como no..] (248:253) (Super)
Codes: [Politica institucional]

tiene relación con que como no se
problematiza a nivel de gobierno por que no esta en la agenda de
salud, por que hay que recordar que nuestra cultura occidental le
sigue dando énfasis al modelo médico, difícilmente se realizará
una inversión en investigación para dar cuenta de estos
fenómenos,

Code: Protocolo administrativo institucional {27-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:59 [El año pasado, las pocas horas..] (103:107)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

El año pasado, las pocas horas que habían de psiquiatría eran
básicamente para consultarla, era como el plus de las psiquiatras
que nos ayudaban a hacer ciertos descartes diagnósticos. Ahora las
horas deberían ser para trabajo propiamente tal y la idea es que de
aquí a final de año van a aumentar esas horas.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:61 [Con este tema de las metas yo ..] (208:215)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Con este tema de las metas yo atiendo
cada cuarenta y cinco minutos, y es un poco lo que yo te decía, yo
tengo cuarenta y cuatro horas semanales, de esas tengo horas
administrativas, tengo horas de reuniones clínicas, ponle tu que sean
diez horas para otras cosas, tengo que destinar treinta y seis horas –
de cuarenta y cinco minutos- para atención directa, lo que implica
que al mes yo tengo que tener cuarenta y siete pacientes bajo
control.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:62 [Hace un tiempo eso se veía com..] (220:225)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Hace un tiempo eso se veía como un paquete, entonces cuando el
niño ingresaba, tenía que tener tantas sesiones de esto, tantas
sesiones de taller, ya, se cumplía con los requisitos. Pero eso ahora
es mucho más relativo, por que viene por algo puntual, no se
justifica que la vea la psiquiatra, sobre todo teniendo en cuenta que

la atención psiquiátrica es un bien escaso y valioso

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:63 [Nosotros acá no tenemos lista ..] (249:254)
(Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Nosotros acá no tenemos lista de espera, otros Cosam tiene trescientos niños en lista de espera, acá no hay lista de espera, entonces hay resolución inmediata, un niño entro un día de la semana con su ínter consulta y el lunes nosotros tenemos reunión clínica, se asignan los paciente y ya está, en dos semanas el niño esta en atención, a lo más

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:43 [no existen diagnósticos en la ..] (190:202) (Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

no existen

diagnósticos en la comuna principalmente en salud mental , por que razón, por que cuando comenzó a funcionar el Cosam, ya existía en el consultorio como un área de salud metal como primera respuesta y referencia y obviamente estaba la población ahí y nosotros en el fondo debíamos atender a toda la población que estaba como en el medio, dado que el Cosam es un centro de mediana a alta complejidad, entonces efectivamente viendo a la población beneficiaria actual del Cosam, es algo que se ha ido constituyendo de a poco y en el fondo también es importante ver como se ha ido agravando esta población actual...también un poco en función de las políticas nuevas en salud como ha ido cambiando el nivel de exigencia

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:44 [Si bien los profesionales que ..] (9:13) (Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Si bien los

profesionales que trabajamos en el Cosam, como que participamos en ciertos programas, pero también somos de la institución, porque si a mi se me requiere en otro programa, yo lo voy a hacer, además por mi especialización, yo soy terapeuta familiar.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:46 [intersectorialmente hablando, ..] (41:44)

(Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

intersectorialmente hablando, lo que tu decías: colegio, sector educación como se conecta, cierto, con el sector salud, salud

mental en este caso específico; como el sector judicial está, también, conectado ahora recientemente

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:47 [la coordinación entre los prof..] (48:51)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

la coordinación entre los profesionales que intervienen: profesores, inspectores, educadores, psicólogos, terapeutas, psicopedagogos; y eso básicamente tiene que ver con temas de tiempo.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:53 [Pero eso tiene que ver con un ..] (261:268)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Pero eso tiene que ver con un aprendizaje, que tenemos que hacernos responsables, porque tú puedes ver en el sistema privado, yo diría que están mucho más validados, pero no por eso sin dejar de dificultad, la diferencia, la gran diferencia y que se da en todos los planos es el tema de pagar por su atención, entonces en el sistema público en un Cosan donde es gratuito, si no le gusta se van, no te va a ir a pedir explicaciones, se va a ir. En el sistema privado, no pasa eso.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:55 [porque tengo que volver a dar ..] (301:304)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

porque tengo que volver a dar una hora a alguien que no está asistiendo, pierdo tiempo y hago perder tiempo a otra persona. Habrá otra forma, porque también no se trata de dejarlas botadas

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:56 [a mí siempre me ha complicado ..] (323:327)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

a mí siempre me ha complicado el tema del diagnóstico, en las reuniones clínicas, cuando se habla de las categorías: eje uno, eje dos. Tengo que estar carneándome para recordar que significa, para mí es un tema que me complica

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:57 [porque la estadística y las ca..] (336:340)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

porque la estadística y las categorías son una obligación, que lamentablemente hay que hacerlo, entonces esto de las categorías yo las complemento con mi comprensión. Si tu estas en una institución, hay que hacerlo, porque les sirve para material diagnostico.

P 3: ENTREVISTA_ N° 3.txt - 3:58 [Lo de las categorías es algo q..] (353:356)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Lo de las categorías es algo que hay que hacer, y eso permite generar un espacio para conversar sobre el hacer, nosotros tenemos reuniones todas las semanas y si no se puede esperar, se generan los espacios informales para hacerlo

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:20 [yo específicamente como direct..] (13:17)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

yo específicamente como directora del Cosam, yo tengo pocas horas de clínica. Yo atiende principalmente intervenciones de alcohol y de drogas, violencia intra familiar, mujeres, y también tengo en clínica algunos pacientes con patologías mentales severas

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:25 [Por otro lado también nosotros..] (61:64)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Por otro lado también nosotros como equipo hemos ido exigiendo mas técnicamente en relación como por ejemplo mas recursos, este años hemos ido contratando mas recursos psiquiatra y psiquiatra infantil, también terapeutas familiares, porque surgió la necesidad

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:26 [nosotros frente al servicio, q..] (73:77) (Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

nosotros frente al servicio, que es nuestro referente técnico, es a ellos a quienes tenemos que rendirles, en términos de estadísticas y de darles una característica de cual es nuestra población, tenemos que clasificar de acuerdo a ciertos

diagnósticos, a ciertas categorizar diagnosticas globales

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:27 [hay programas que exigen, por ..] (85:92)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

hay programas que exigen, por la característica de la demanda y del problema, por ejemplo la exigencia de que nosotros tengamos una cierta cantidad de intervenciones mensuales y por norma también, si un programa de ambulatorio básico, funciona al menos con cuatro intervenciones a la semana y eso significa tener al paciente mucho tiempo acá con actividades de distinto tipo: psicoterapia, actividades de grupo de autoayuda o talleres de otro tipo

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:28 [Entonces como que siempre tene..] (94:98)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Entonces como que siempre tenemos que estar respondiendo técnicamente a otros servicios o a las fuentes de financiamiento, de acuerdo a cuantos Rut tenemos y a que problemas de salud mental se asocia cada uno de los Rut, eso dificulta un poco el modo de intervenir

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:29 [lo derivamos con la red, en es..] (111:113)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

lo derivamos con la red, en ese sentido sabemos que es poco resolutive, a lo mejor igual que nosotros, yo no digo que nosotros estemos resolviendo los problemas de salud mental de la población,

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:46 [nosotros derivamos a los pacie..] (280:283)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

nosotros derivamos a los pacientes cuando nosotros no somos capaces de dar una respuesta porque la complejidad nos supera, esos son casos que se pierden, ahora en otros momentos pueden seguir atendándose también con nosotros en forma paralela.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:53 [a propósito que los caso sean ..] (348:355)
(Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

a

propósito que los caso sean complejos, nos obliga a dedicar tiempo a por ejemplo a reuniones clínicas, nosotros tenemos una reunión ampliada a la semana, aparte tenemos una reunión técnica. En la reunión ampliada es para ver casos y es necesario que participe el cien por ciento del equipo, aparte de eso hay una reunión semanal por sub. programa. Entre esos programas también tenemos una reunión donde se ven las intervenciones clínicas.

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:5 [Ahora estamos en este proceso ..] (47:48) (Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Ahora estamos en este proceso transicional, tenemos más horas psiquiátricas, psiquiatría adulto y psiquiatría infantil.

P 5: ENTREVISTA nº5.txt - 5:12 [Si volvemos al tema infanto –j..] (127:134)

(Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

Si volvemos al tema infanto –juvenil, claro, nosotros tenemos que hacer diagnóstico, cumplir el rol clínico, junto a ese diagnóstico tenemos que disponer del plan de tratamiento que también esta estandarizado. Pero junto a eso, tenemos que proponer y no perder la mirada familiar, por eso que para mi es una cosa paradójica: toda nuestra estadística, toda nuestra evaluación es individual, pero estamos llamados a hacernos cargo del enfoque familiar y eso genera contradicciones.

P 6: entrevista Nº6.txt - 6:1 [a través de la evaluación inic..] (8:12) (Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

a través de la evaluación inicial

que uno hace con el adulto, generalmente la madre que acompaña a este niño o niña que fue derivado para consultar...y básicamente son antecedentes que se reflejan en la anamnesis que se realiza del niño

P 6: entrevista Nº6.txt - 6:19 [es un tema que sale en las reu..] (229:234) (Super)

Codes: [Protocolo administrativo institucional]

es un tema que sale en las reuniones y en las presentaciones clínicas que siempre llevan como apoyo a la explicación del caso el genograma, pero lamentablemente no ha sido problematizado como para hacer un diagnóstico de ello, si

no que se queda ahí como un antecedente a consignar en la ficha clínica.

P 6: entrevista N°6.txt - 6:22 [la mayoría de estos recursos c..] (253:259) (Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

la mayoría de
estos recursos con que cuenta esta institución y yo creo que todos los programas locales están supeditados a la cantidad de prestaciones que realiza la institución, es decir al número y categorías de intervenciones que se realizan con el paciente, pero no al proceso, por que es la forma en la que bajan los recursos, se envía el flujograma de usuarios atendidos en la prestación

P 6: entrevista N°6.txt - 6:23 [tu paciente debe necesariamente...] (267:273) (Super)
Codes: [Protocolo administrativo institucional]

tu paciente debe necesariamente para efectos de prestación, se consignado en el flujo grama con una categoría diagnóstica, que en el fondo es simple protocolo pero que si lo ves desde una perspectiva ética ya de antemano se rotula con un síndrome, patología o que se yo pero lo real en cuanto a proceso clínico que por cierto es cualitativo no se expresa en esta planilla

Code: Tipo de demanda {16-0}

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:9 [eso es de resolución a nivel j..] (53:54) (Super)
Codes: [Tipo de demanda]

eso es de resolución a nivel judicial, porque llega la orden de imperativo, uno tiene que asumirlo.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:10 [al principio llegaban muchos c..] (56:58)
(Super)
Codes: [Tipo de demanda]

al principio llegaban muchos casos de cartas de informes para el Juzgado, de evaluaciones, tratamientos, llegaron hartas,

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:56 [llegan acá o como en el consul..] (46:50)
(Super)
Codes: [Tipo de demanda]

llegan acá o como en el consultorio puntual de acá, no hay psicólogo infanto juvenil, llegan por ejemplo los niños con trastornos hipercinéticos y los apoyan con medicamentos, pero llegan acá para el manejo de ya sea psico educación con los papas o manejo con el niño.

P 1: ENTREVISTA_ N° 1.txt - 1:57 [legan para peritaje para ver q..] (63:65)
(Super)

Codes: [Tipo de demanda]

legan para peritaje para ver quien se queda con los niños, lo que mas llega es maltrato, o sea demandas por violencia intra familiar.

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:17 [las familias que acuden al Cos..] (110:113) (Super)

Codes: [Tipo de demanda]

las familias que acuden al Cosam lo hacen una por una solicitud del colegio o del médico del consultorio y otra porque el problema es del momento, pero no miran la historia, la repitencia de ciertos patrones

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:19 [generalmente la mama del niño ..] (119:121)
(Super)

Codes: [Tipo de demanda]

generalmente la mama del niño que fue derivado desde el colegio, llegará a solicitar un informe que le permita que el niño pueda seguir estudiando

P 2: entrevista_ N° 2.txt - 2:21 [llegan por una demanda por eje..] (135:141) (Super)

Codes: [Tipo de demanda]

llegan por una demanda por ejemplo del colegio y que obedece a la solicitudes que nos hacen para la evaluación del niño y en función esta evaluación el colegio determina el plan de acción académico o disciplinario con el niño.....es común que quede supeditada la evaluación cognitiva que solicita el profesor con las medidas que tomará el colegio con el niño y eventualmente con sus familias.

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:4 [en un primer momento cuando pa..] (44:47)
(Super)

Codes: [Tipo de demanda]

en un primer momento cuando partimos, trabajábamos con demanda espontánea, lo que nos llegara, por lo que obviamente la gente llegaba mas motivada, hoy la motivación es distinta

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:5 [llega gente derivada, derivada..] (47:51)
(Super)
Codes: [Tipo de demanda]

llega gente derivada, derivada por un tercero, ya sea que el colegio hizo la demanda y se da una vuelta por el consultorio o derivados del hospital o llegan del sector justicia, entonces cambia un poco la dinámica de la demanda y nuestra forma de intervenir también

P 4: ENTREVISTA_ N° 4.txt - 4:40 [sentido la demanda es del cole..] (211:212)
(Super)
Codes: [Tipo de demanda]

sentido la demanda es del colegio, de una institución a esta otra institución

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:1 [la familia no llega directamen..] (6:14) (Super)
Codes: [Tipo de demanda]

la familia no llega directamente al Cosam. Nosotros tenemos que decirle a la gente que somos un centro de especialidad, la demanda tiene que estar mediada, necesariamente, a través de ínterconsulta, es decir el primer diagnostico o la pesquisa viene del sistema escolar o/y del sistema de salud. Y ahora, bueno, este ultimo año, con la reforma de los tribunales de familia viene desde el sistema judicial, que en general, es el otro nicho o fuente de pesquisa, por lo tanto, fuente de derivación hacia el Cosam

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:6 [en términos de cómo llega la d..] (49:52) (Super)
Codes: [Tipo de demanda]

en términos de cómo llega la demanda, y ahí incorporamos las variables psicosociales, no es una demanda espontánea, es una demanda que ya viene de alguna forma procesada.

P 5: ENTREVISTA n°5.txt - 5:23 [El noventa y nueve por ciento ..] (286:291)
(Super)

Codes: [Tipo de demanda]

El noventa y nueve por ciento de ellos no llega problematizando algo, llega por una justificación de terceros, por una justificación social, o la familia o el colegio o el tribunal, porque si no viene acá, le van a cancelar la matricula, si no lo trae la mamá lo van a dejar condicional, o esta condicional y si no esta en tratamiento no le levantan la condicionalidad

P 6: entrevista N°6.txt - 6:4 [te encuentras con un niño que ..] (31:34) (Super)

Codes: [Tipo de demanda]

te encuentras con un niño que es además traído por un miembro de esta familia que trae una demanda pero que no ven, por que no han logrado problematizar, mas allá que lo que los angustia o complica en ese momento

P 6: entrevista N°6.txt - 6:26 [motivo de consulta, con los re..] (292:295) (Super)

Codes: [Tipo de demanda]

motivo de consulta, con los recursos del paciente, de su familia, con las expectativas, uff tantas cosas que sólo se pueden ver in situ, no queda de otra, claro que tienes para efectos institucionales

P 6: entrevista N°6.txt - 6:28 [lo primero que se hace es el i..] (310:315) (Super)

Codes: [Tipo de demanda]

lo primero que se hace es el ingreso previa derivación realizada por tres vías, el colegio, el pediatra o médico del consultorio y el tribunal, la derivación del colegio es primero al consultorio dado que la ínter consulta es un requisito para el ingreso como lo es también el oficio o informe judicial
