

Percepción de la familia sobre el apoyo profesional recibido en un servicio de salud mental infantojuvenil

Percepção da família acerca do suporte profissional recebido em um serviço de saúde mental infanto-juvenil

Perception of the family about the professional support received in a children and adolescents' mental health service

Recibido: 20/11/2019

Aprobado: 22/04/2020

Publicado: 01/08/2020

Ingrid Moreira dos Santos¹

Belisa Vieira da Silveira²

Adaene Alves Machado de Moura³

Sandra Cristina Pillon⁴

Esta es una investigación cualitativa llevada a cabo en Belo Horizonte/MG, Brasil, ocurrida en el primer semestre de 2018, con el objetivo de conocer la percepción de la familia sobre el apoyo profesional recibido en un servicio de salud mental infantojuvenil. Los datos se recopilaron mediante entrevista con un guión semiestructurado y los datos se analizaron utilizando el análisis de contenido propuesto por Bardin. Participaron nueve familiares de adolescentes sometidos a tratamiento y tres profesionales de la salud. Se construyeron tres categorías: trastorno mental y adolescencia, trastorno mental y familia y tratamiento ofrecido al miembro de la familia en el servicio. Los miembros de la familia informan que les gustaría que el servicio desarrollara actividades de escucha con mayor frecuencia, ya que se sentían frágiles y temerosos sobre la condición clínica del adolescente. En contraste, los profesionales de la salud tienen pocas reuniones con miembros de la familia debido a la sobrecarga de trabajo. Se percibe la necesidad de acciones y asistencia más frecuentes dirigidas a los miembros de la familia para aliviar la angustia resultante del trastorno mental del adolescente que está siendo tratado.

Descriptor: Servicios de salud mental; Adolescente; Familia.

Esta é uma pesquisa qualitativa realizada em Belo Horizonte/MG, ocorrida no primeiro semestre de 2018, com o objetivo de conhecer a percepção da família sobre o suporte profissional recebido em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. Os dados foram coletados por entrevista com roteiro semiestructurado e os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. Participaram nove familiares de adolescentes em tratamento e três profissionais de saúde. Três categorias foram construídas: *Transtorno mental e Adolescência, Transtorno mental e Família e, Tratamento oferecido ao familiar no serviço*. Os familiares relatam que gostariam que o serviço desenvolvesse atividades de escuta com mais frequência, uma vez que se sentiam fragilizados e receosos a respeito da condição clínica do adolescente. Em contrapartida, os profissionais de saúde realizam poucos encontros com os familiares devido à sobrecarga de trabalho. Percebe-se a necessidade de ações e atendimentos mais frequentes direcionados aos familiares para aliviar as angústias decorrentes do transtorno mental do adolescente em tratamento.

Descritores: Serviços de saúde mental; Adolescente; Família.

This is a qualitative research carried out in Belo Horizonte/MG, Brazil, which took place in the first semester of 2018, with the objective of researching the family's perception of the professional support received in a children's mental health service. The data were collected by means of an interview with a semi-structured script and analyzed by using the content analysis proposed by Bardin. Nine family members of adolescents undergoing treatment and three health professionals have participated in the study. Three categories were constructed: *Mental disorder and Adolescence, Mental disorder and Family and Treatment offered to the family member at the service*. Family members reported that they would like the service to develop listening activities more frequently, since they felt fragile and feared the adolescent's clinical condition could deteriorate. In contrast, it has been noticed that the health professionals usually have few meetings with family members due to work overload. The need for more frequent actions and assistance directed to family members is perceived to alleviate the anguish resulting from the mental disorder of the adolescent being treated.

Descriptors: Mental health services; Adolescent; Family.

1. Académica del curso de Graduación en Enfermería por la Facultad de Enseñanza de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8287-673X E-mail: moreiraingrid57@gmail.com

2. Enfermera. Experta en Salud Mental en la Práctica Contemporánea. Experta en Docencia y Gestión de la Enseñanza Superior. Maestría en Salud y Enfermería. Doctoranda Programa de Postgrado en Enfermería Psiquiátrica (PPGEP) de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo (EERP-USP), SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5966-8537 E-mail: belisavsilveira@gmail.com

3 Enfermera. Experta en Prevención del Uso Indebido de Drogas. Maestría en Ciencias de la Salud. Doctoranda por lo PPGEP-EERP-USP, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-7607-9841 E-mail: adaene_moura@hotmail.com

4 Enfermera. Experta en Dependencia Química. Maestría en Gastroenterología. Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica. Profesora Titular del PPGEP-EERP-USP, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8902-7549. E-mail: pillon@erp.usp.br

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período del ciclo vital marcado por importantes cambios fisiológicos, psicológicos y de comportamiento y / o relacionales, en los que un individuo, a partir de sus experiencias, construye su identidad y subjetividad^{1,2}. En contraste con los experimentos inherentes a la adolescencia, asociados con la búsqueda del placer y la aceptación social, existe una inmadurez biológica para la evaluación de la toma de decisiones y las posibles consecuencias, que hacen de este período una fase de vulnerabilidad biopsicosocial, con o sin sufrimiento psicológico transitorio o permanente^{2,3}.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada cinco adolescentes tiene problemas relacionados con la salud mental, y la mitad de todos los trastornos mentales se desencadenan en la adolescencia, alrededor de los 14 años de edad⁴. Además, cuanto antes se produzca el primer ataque psicótico, mayor será la gravedad del sufrimiento y el impacto en los aspectos de la vida del individuo, lo que requiere un seguimiento por parte del individuo y su familia^{5,6}.

En la adolescencia, por sí mismo, se producen cambios en la dinámica familiar, ya que las normas y las relaciones deben reajustarse ante las nuevas demandas y la creciente autonomía de los jóvenes⁷. Un estudio muestra que esta reconfiguración y conflictos familiares, así como medidas muy imponentes e inflexibles, a menudo se asocian a problemas de salud mental entre los adolescentes⁸.

En las familias donde las relaciones conflictivas preexisten, la aparición de la enfermedad en niños o adolescentes hace que la red de problemas se intensifique, empeorando el proceso de la enfermedad⁹. Por lo tanto, el proceso de la enfermedad en la familia inevitablemente contribuye al desencadenamiento de desequilibrios en las relaciones familiares. La mayoría de las veces, la enfermedad mental de un ser querido despierta varios sentimientos negativos en la familia, como culpa, ira, incompetencia, miedo, inseguridad, vergüenza, entre otros. Además, la familia aún necesita lidiar con los síntomas relacionados con el trastorno mental, adaptarse a la nueva rutina de medicamentos y consultas en servicios especializados, lo que impacta en la vida social de los cuidadores⁸⁻¹⁰.

Sin embargo, los familiares de personas con trastornos mentales buscan hospitalización y / o institucionalización temporal del individuo, lo que refleja la sobrecarga de la atención, siendo la hospitalización un alivio y descanso cuando el día a día se vuelve insoportable. La rutina diaria en la experiencia con un sujeto en crisis, sin un tratamiento adecuado, provoca agotamiento físico y psicológico, también en la familia⁸.

En este sentido, convertirse en un cuidador de salud mental de un adolescente implica sufrimiento psicológico asociado, debido a: carácter crónico de la enfermedad, estigmas fuertemente vinculados al trastorno mental, poco conocimiento sobre la enfermedad y, a menudo, poco apoyo social y profesional de los cuidadores¹¹.

Es importante que los servicios de salud ofrezcan espacios para escuchar e intervenir a los familiares de los adolescentes en sufrimiento psíquico, ya que beneficia la salud mental de los cuidadores y / o miembros de la familia, lo que mejora el desempeño en la recuperación del individuo¹². La cooperación entre el servicio, el profesional de la salud y la familia contribuye positivamente a la rehabilitación psicosocial, aliviando el sufrimiento experimentado por ambos durante el tratamiento^{13,14}.

La familia tiene un papel protector potencial, ya que es el primer núcleo socializador del individuo. Las familias funcionales que ofrecen apoyo afectivo y económico a niños y adolescentes son elementos relevantes para mantener la salud mental y el bienestar del individuo.

Los aspectos comunitarios, como la participación escolar, la pertenencia a un grupo de pares pro-sociales, el acceso a servicios de salud y culturales, así como las características inherentes al adolescente (autoestima, abstinencia del uso de sustancias psicoactivas, confianza en sí mismo y otros) son factores protectores al desencadenamiento precoz de los trastornos

mentales^{2,9}. Por lo tanto, se vuelve relevante promover abordajes a los adolescentes en su completud, considerando aspectos individuales, familiares y comunitarios en el proceso de salud-enfermedad.

En Brasil, la legislación actual aborda los derechos y la protección de las personas que padecen trastornos mentales, brindando atención de salud mental, de cualquier naturaleza, que debe dirigirse a la persona y sus familias, además de asistencia y promoción de acciones de salud a personas con trastornos mentales con la debida participación de la sociedad y la familia¹⁵.

Las unidades de atención infantojuvenil pueden ser dispositivos importantes para minimizar el número de hospitalizaciones, que a veces son innecesarias, favoreciendo el fortalecimiento de las acciones de atención basadas en el derecho a la vida familiar y comunitaria, reforzando el paradigma de inserción social para la promoción de salud mental. Por lo tanto, se recomienda que los servicios tengan acciones dirigidas a las familias de los adolescentes, para que no se sientan indefensos o perdidos en relación con la forma de abordar y cuidar a los jóvenes con trastornos mentales¹⁶.

A pesar de la legislación brasileña y la evidencia positiva sobre los beneficios bilaterales de incluir a la familia para ayudar a las personas con trastornos mentales, esta práctica aún no forma parte de la rutina de la mayoría de los servicios de salud mental, lo que afecta la continuidad del tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, pero también, en la vida diaria y en la salud mental del cuidador familiar^{14,17,18}.

A partir de estos supuestos, el presente estudio tiene como objetivo conocer las percepciones de los miembros de la familia sobre el apoyo profesional recibido en los servicios de salud mental para niños y jóvenes.

MÉTODO

Esta es una investigación basada en el enfoque cualitativo, que consiste en una investigación empírica de un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto en la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto son multifacéticos, involucrando los aspectos sociales, psicológicos y de comportamiento¹⁹.

La investigación se desarrolló en un servicio tradicional de atención psiquiátrica infantojuvenil en Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), Brasil. El servicio fue fundado en 1947, vinculado a la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, considerado un centro de excelencia de referencia nacional en la formación de profesionales en el Sistema Único de Salud (SUS).

La misión del servicio es garantizar y promover la excelencia en la recepción, el tratamiento y la inclusión social de niños y adolescentes, ofreciendo atención ambulatoria secundaria y hospitalaria a los usuarios del Sistema Único de Salud. Las posibilidades terapéuticas ofrecidas en el servicio referido incluyen: urgencia psiquiátrica, seguimiento de crisis, acomodación conjunta, lecho-crisis, permanencia diaria, atención psicoterapéutica (individual y grupal), talleres terapéuticos, ambulatorio y hogar protegido, todo ello llevado a cabo por un equipo multidisciplinario que involucra psiquiatría, neurología, psicología, terapia ocupacional, servicio social, fonoaudiología, enfermería y fisioterapia.

Para la investigación, se consideraron los miembros de la familia que acompañaban a los adolescentes hospitalizados o en Permanencia Diaria (PD) durante más de dos semanas y fueron excluidos los miembros de las familias de los adolescentes en la primera crisis o que presentaran cambios cognitivos o psicológicos que imposibilitaran la participación.

En relación con los profesionales, se incluyeron aquellos que han estado trabajando durante más de seis meses y se excluyó a las personas que estuvieron de licencia por vacaciones o por enfermedad durante más de 30 días.

El equipo técnico de la institución proporcionó una lista con los nombres de los adolescentes que constantemente tenían un compañero. Por lo tanto, los miembros de la familia

fueron entrevistados individualmente. Como es un hospital de referencia, se observó comúnmente a jóvenes de diferentes regiones del estado de MG, muchos sin acompañantes, debido a los diferentes lugares de residencia, así como a adolescentes internados por orden judicial, principalmente por factores psicosociales.

Los datos fueron recolectados de abril a junio de 2018, a través de una entrevista grabada en audio con un guión semiestructurado, con la autorización previa de los participantes. El material fue transcrito literalmente y en su totalidad, constituyendo el *corpus* de análisis. El número de participantes fue determinado por el criterio de saturación de datos²⁰.

Los datos fueron analizados e interpretados a través del análisis de contenido propuesto por Bardin, y el contenido en el proceso analítico permitió la construcción de categorías temáticas²¹.

Para garantizar el sigilo en relación con las identidades de los participantes, se asignó la letra F a cada uno, de acuerdo con la ocurrencia de las entrevistas, y el mismo criterio para los profesionales de la salud, la letra P, seguida de una secuencia numérica (F1, F2, F3 ... y P1...).

Se respetaron las premisas éticas en cumplimiento de la Resolución no. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). La recolección de datos comenzó después de la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais con el CAEE nº 60584516.2.0000.5119 y la Opinión consustanciada nº 1.772.544. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado²².

RESULTADOS

El estudio se realizó con nueve familiares de adolescentes hospitalizados o en PD y tres profesionales de la salud del servicio (dos psicólogos y un trabajador social).

De los nueve miembros de la familia, siete eran mujeres, siendo el sexo femenino como el cuidador principal, con un bajo nivel de escolaridad, ocho tenían educación primaria incompleta y cinco provenían de ciudades en el interior del estado de MG. En cuanto al grupo de edad, dos miembros de la familia tenían entre 30 y 40 años, cuatro entre 41 y 50 años, uno entre 51 y 60 años y dos mayores de 60 años. Siete miembros de la familia declararon que tenían otro miembro de la familia con un trastorno mental.

Solo un miembro familiar no informó la presencia de otro pariente con un trastorno mental, sin embargo, informó que un tío del adolescente hospitalizado tuvo cambios de comportamiento graves, pero no hubo un diagnóstico definitivo. En cuanto a las modalidades de tratamiento en el servicio, seis miembros de la familia acompañaron a los adolescentes durante su hospitalización y a los otros jóvenes en la asistencia en PD.

De los profesionales entrevistados, todos eran mujeres, con formación académica hacía más de 10 años y actuaban en esta función desde hace aproximadamente un año y 6 meses. Cabe señalar que tenían capacitación y tiempo de trabajo adecuado que les permitía responder sobre la dinámica de la operación del servicio y la asistencia a la familia en salud mental. Al principio, la investigación tenía la intención de entrevistar también a los técnicos de referencia (TR) de estos adolescentes, según lo recomendado por las Políticas del Ministerio de Salud⁴. Sin embargo, el servicio actual cuenta con este profesional solo en la unidad de PD, lo que prevé la futura implantación del TR en unidades de hospitalización.

Como se mencionó, a partir de los discursos de los participantes, se crearon categorías de acuerdo con el análisis propuesto por Bardin. El cuadro 1 presenta las categorías emergentes.

1. Trastorno mental y adolescencia

El trastorno mental a menudo es mal comprendido por los miembros de la familia e incluso por los profesionales de la salud. En las siguientes subcategorías, se abordaron las dificultades de los familiares y profesionales para comprender este tema, así como las manifestaciones y causas de esta enfermedad en los adolescentes.

Cuadro 1. Categorías y subcategorías de familiares y profesionales sobre apoyo a la salud mental. Belo Horizonte, MG, 2018.

Categoría	Subcategorías
1. Trastorno mental y adolescencia	1.1 Concepciones sobre el trastorno mental para familiares y profesionales de la salud 1.2 Causas y manifestaciones del trastorno mental
2. Trastorno mental y familia	2.1 Sentimiento familiar sobre el trastorno mental 2.2 El impacto del trastorno mental en los miembros de la familia
3. Tratamiento ofrecido a los familiares en el servicio	3.1 Percepción de los miembros de la familia sobre el tratamiento realizado en el servicio 3.2 Percepción de los profesionales sobre la inserción de la familia en el servicio

1.1. Concepciones sobre el trastorno mental para familiares y profesionales de la salud.

Los miembros de las familias expresaron poca comprensión sobre el concepto de trastorno mental, con esto, experimentan un mayor sufrimiento en su vida diaria, ya que, debido a la falta de conocimiento y comprensión, se sorprenden por los síntomas, el cambio de comportamiento y las crisis inherentes al trastorno:

Creo que la persona, como es su caso es así, imagina las cosas malas, piensa en las cosas malas y, a veces, piensa que aquello está sucediendo y se pone nervioso por ello, este es su caso. (F3)

No puedo explicar [...] (F5)

Creo que es una persona con una cabeza muy débil, no puede vivir solo, siempre dependerá de mí y si depende de mí, tendré que vivir por él. (F7).

A los profesionales del servicio también se les hizo la misma pregunta, para conocer sus percepciones sobre el trastorno mental y señalar la diferencia entre el conocimiento teórico consolidado y el conocimiento familiar basado en la experiencia de la enfermedad:

Entiendo que es una persona que no está en sus facultades mentales normales, no está bien estructurada emocionalmente. (P1)

Cada día que me encuentro pensando en el trastorno juvenil, esto me lleva al tema de la familia, la vulnerabilidad familiar, que creo que es lo que realmente sucede, por lo que potencia los trastornos y cuando vas a investigar, cuando vas a evaluar más profundamente te encuentras con un problema más social. (P2)

Me doy cuenta de que hoy la salud mental de los niños y adolescentes está muy relacionada con el mundo contemporáneo, el estrés, el trabajo excesivo de la familia que a menudo el niño ha estado pasando por ese trastorno mental durante mucho tiempo y no se busca ayuda, ya sabes, a veces hablan : mi hijo ha estado encerrado en la casa durante dos años. (P3)

1.2. Causas y manifestaciones del trastorno mental.

En las declaraciones de los participantes, está claro que el trastorno mental a menudo se asoció con algún evento en la familia, como trauma, pérdida, desilusión, es decir, muchos miembros de la familia asocian la aparición de la enfermedad con algún aspecto social relevante.

La familia percibe las manifestaciones a través del cambio de comportamiento, estado de ánimo, personalidad y actitudes del adolescente. Lo que se explica en las declaraciones:

Y mi hijo se lo mete en la cabeza porque yo y su padre estamos separados y su padre dejó la casa. Después de eso, empeoró, luego piensa que es mi culpa, pero no lo es. (F7)

Cuando tiene la crisis, sigue tomando un cuchillo y dice que nos matará, porque estoy separada de mi ex marido, su padre la violó y ella no olvida a su padre. (F8)

Tuvo una crisis, comenzó [...] Le dio los síntomas, ya sabes, se quedaba en un rincón alejada solo leyendo la Biblia, luego perdió interés en las cosas y todo. Después dejó de hablar, luego ya no quería alimentarse diciendo que iba a morir, que no quería beber más agua, beber más jugo. Decía que su presencia en el cementerio haría con que la familia se uniera sobre su tumba. (F9)

2. Transtorno mental y familia

El trastorno mental tiende a generar sentimientos negativos en los miembros de la familia, conque las siguientes subcategorías explicitan los sentimientos sobre el trastorno y el impacto de la enfermedad en los miembros de la familia.

2.2. Sentimiento de la familia sobre el trastorno mental

El trastorno mental genera un sentimiento inexplicable en la familia, como dificultades para expresar los sentimientos derivados de la enfermedad, siendo comunes las emociones negativas:

Me pongo muy triste, quería que mejorara y, a veces, cuando se agita, se pone muy nervioso, le tengo miedo. (F3)

¿Sentimiento? Nos duele demasiado. (lloro) Eso es, tristeza ... Eso no se puede decir... Es que nos duele ver a la persona que amas de esta manera. (F4)

Cuando lo veo tomando un cuchillo, me siento un poco insegura. ¿Volverá a suceder, se repetirá? ¿Entiendes? Me vuelvo triste, no pensé que él iba a tener este caso. (F5)

[...]Ya sufrí mucho con este chico [...] pasa tres días sin bañarse y si le voy a hablar, se aburre conmigo, quiere golpear a su abuelo, nos insulta a todos nosotros, pelea en la calle si lo dejamos [...] (F6)

[...]Me siento muy mal, muy mal de veras, creemos que ello les pasará a todos, excepto a usted [...]. Es una sensación de miedo, muy triste cuando ver a tu hijo, lo crías y esto sucede y no puedes hacer nada [...].(F7)

2.3. El impacto del trastorno mental en los miembros de la familia

La presencia de una persona con un trastorno mental tiene un gran impacto en las relaciones sociales, emocionales y financieras de sus cuidadores. A menudo, es necesario que los miembros de la familia dejen de realizar sus actividades diarias para cuidar a la persona con enfermedad mental, renunciar a sus sueños para vivir exclusivamente para su ser querido, lo que debilita emocionalmente a la familia, lo que puede causar más dificultades en el cuidado del familiar y ponerlo en un proceso de enfermedad que también requiere atención médica:

Dejé el trabajo por ella, ya ha pasado más de un año. (F1)

Me hacía las uñas, me arreglaba el pelo y ya no lo hago, no hago nada, para mí nada más me motiva, ya no creo que nada sea bonito. (F6)

Vivimos en Mário Campos '(interior de Minas Gerais). Vinimos aquí para ver si cambiáramos los medicamentos y con eso no tengo más trabajo. Tenía una expectativa de vida muy diferente, sueños que hoy veo que [...] (lloro). (F7)

Esto nos asoló a todos nosotros, nos tambaleó, su hermana pequeña solo llora y con eso nos tambaleamos, ya sabes, sin estructura. (F9)

3. Tratamiento ofrecido a los familiares en el servicio

Una buena relación entre el servicio y los miembros de la familia ha sido extremadamente importante, ya que satisface no solo la necesidad de la persona con enfermedad mental, sino también la demanda y la necesidad de los miembros de la familia, quienes debido a la sobrecarga y sus responsabilidades particulares pueden debilitarse, así como la persona con una enfermedad, necesita atención especializada por parte del equipo de salud, ya sea a través de psicoterapia breve y seguimientos (individuales o grupales).

3.1 Percepción de los miembros de la familia sobre el tratamiento realizado en el servicio

Los miembros de la familia revelaron que no recibieron ninguna atención ofrecida por el servicio, excepto las reuniones dirigidas a miembros de la familia de adolescentes en PD o charlas informales, cuando fueron necesarias. En las unidades de hospitalización, los miembros de la familia que acompañan a los adolescentes generalmente participan en consultas que ocurren solo en el momento de la hospitalización, por lo que no reciben asistencia de forma continua durante la hospitalización:

No conmigo. Hasta hoy no ha tenido, incluso dijo la psicóloga: si quieres hablar conmigo, está bien, pero específicamente para los padres, en mi caso no sé si lo hay, tal vez lo haya hecho, pero realmente no lo sé. [...] Creo que es bueno, ¿entiendes?, como en mi caso, como digo, me pierdo un poco. (F1)

No, solo para él. (F5)

No. El servicio que tiene para nosotros es la psicólogoa que ocasionalmente nos habla muy poco. A veces tienen una reunión con todos, pero así, la primera vez es buena, pero luego se vuelve muy repetitiva. (F7)

Tal como la médica le vio cómo estaba, la crisis que estaba aquí ahora, algo que nunca había hecho. Justo como le dije, él estaba intentando cortar su muñeca de la nada. Luego dijo: en el momento de la consulta, hablamos y se fue alejando. Estoy desesperada. (F7)

Se observa en el informe F7, la necesidad explícita y el aplazamiento de la asistencia profesional, en el momento de la crisis psicótica del adolescente. Después de que los miembros de la familia informaron que no recibieron asistencia específica, también mencionaron el deseo de recibir algún tipo de asistencia en el servicio:

Desearía que hubiera algo para nosotros, porque nuestras cabezas mejoran, nos hablamos y nos distraemos un poco, ¿verdad? [...]. (F6)

Creo que esto es de cada uno, de cada acompañante, tal vez un entretenimiento que les gusta hacer, incluso artesanías, talleres, bordados para las mujeres que les gustan. (F4)

En contraposición, los profesionales mencionaron los tipos, la frecuencia, el profesional que atiende a los miembros de las familias y las barreras, como la falta de recursos y la participación familiar:

Damos atención a las familias. Tenemos reuniones los martes conmigo y los jueves con otra psicóloga, ¿sabes? y los talleres a veces son impartidos por el TO y los padres participan. (P1)

Se lleva a cabo una reunión todos los días, donde se escuchan tanto a los miembros de las familias como a los pacientes, ¿vale? hay una psicóloga que también tiene un taller donde los miembros de la familia participan. También hay la escucha. A medida que surge la demanda, se realizan escuchas telefónicas. En los talleres, enfrentamos el factor de recursos, el presupuesto, luego tenemos que usar la creatividad. Pero resulta ser muy difícil, debido a esta falta de recursos, ofrecer un taller; para los adolescentes ya es difícil, para la familia lo es aún más, pero cuando se proponen participar no hay problema alguno, participan (P2)

El miembro de la familia está acompañado por todo el equipo, por el servicio social, por la psicología, por la terapia ocupacional, por la enfermería, el médico también siempre trata de atender a la familia, hay reuniones de padres, la reunión de la mañana todos los días. Por eso tratamos de involucrar siempre a la familia al máximo. (P3)

A pesar de la ausencia de atención específica para los miembros de las familias, según su percepción, existe una gran satisfacción con el servicio en relación con el tratamiento ofrecido a los adolescentes en crisis:

No tengo nada de qué quejarme, el servicio es muy bueno, están muy atentos a ella. (F1)

¡Aquí es bueno! Gracias a Dios el trato es bueno, ya sabes, me gustan todos aquí. (F6)

Mira aquí está muy bien, no tengo nada de qué quejarme. (F7)

3.2 Percepción de los profesionales sobre la inserción de la familia en el servicio

Los profesionales perciben con gran importancia la participación de la familia en el tratamiento de sus seres queridos con trastornos mentales. Teniendo en cuenta la necesidad de tratamientos más humanizados para las personas con trastornos psicológicos, no solo la persona con enfermedad mental es vista como parte del proceso, sino que la familia también interpone como una parte esencial de este proceso de reintegración social y bienestar psicosocial:

Creo que es fundamental, sobre todo porque estos pacientes no pueden estar sin la compañía de los padres, los responsables de estos adolescentes, por lo que creo que es muy importante que las familias estén presentes. (P1)

Es extremadamente importante que la familia esté presente en el tratamiento del adolescente, porque si el miembro de la familia está cerca, si está presente, ayudará al adolescente a estabilizarse en el entorno social, a adherirse mejor al tratamiento. (P2)

La familia es fundamental, ya sabes, si no tienes una familia, es muy difícil que el adolescente pueda construir todo eso por su cuenta, hay casos en que tratamos con jóvenes abrigados, que no tienen familia o que están lejos de las familias y percibimos que eso es factor que dificulta el proceso de mejora. Se sienten angustiados y terminan buscando a alguien para obtener ese apoyo. Entonces, la familia los ayuda mucho, tiene que estar presente. (P3)

DISCUSIÓN

El estudio muestra que la mayor parte de la sobrecarga ha sido responsabilidad del pariente del sexo femenino. Esto puede deberse al hecho de que la pareja está separada o porque uno necesita renunciar a su vida social para vivir exclusivamente para el familiar enfermo, y en este caso, el padre necesita mantener su trabajo para sostener a la familia. Mientras tanto, está claro que la "responsabilidad por los ingresos" todavía está asociada con el género masculino y la "responsabilidad por el cuidado" es femenina.

Mientras tanto, está claro que la "responsabilidad por los ingresos" todavía está asociada al género masculino y la "responsabilidad por el cuidado" es femenina. En el caso de la ausencia de apoyo masculino, depende estrictamente de la mujer generar ingresos y mantener la atención, lo que aumenta aún más esta sobrecarga²².

El cuidado está directamente relacionado con lo femenino por una razón adicional que se refiere a la diferenciación entre el principio masculino y el femenino. Históricamente, los roles de mujeres y de hombres son diferentes. El área reservada pertenece a la mujer, que se

consideran frágil y "ama de casa" y su ética se expresa por su fidelidad a su esposo, por la reproducción y la responsabilidad en el desarrollo del niño. Sin embargo, el hombre es responsable del área pública, y su respetabilidad resulta de la capacidad de proporcionar a la familia comida y respeto^{22,23}.

Esto muestra que sigue siendo válida la concepción de que las mujeres nacen con conocimiento sobre el cuidado, lo que no pertenece al universo masculino. Cada vez más, el hábito tradicional y cultural de cuidar el hogar y los niños está asociado a la mujer y es responsabilidad del hombre apoyar económicamente a la familia que está en proceso de cambio²².

Entre los factores de vulnerabilidad se nota la historia previa de enfermedad mental en la familia, que puede estar asociada a la aparición de trastornos mentales en otros miembros de la familia. Las evidencias de larga data^{2,4,24} muestran el carácter hereditario y / o genético de la enfermedad mental.

Además de los factores genéticos, los aspectos inherentes al individuo (capacidad para hacer frente a los aspectos negativos, impulsividad y uso de sustancias psicoactivas) están asociados a una manifestación más precoz de enfermedad mental.

Los aspectos sociales y económicos también interfieren en el desencadenamiento de la adolescencia. Los estudios han demostrado que la precaria situación socioeconómica familiar y el bajo nivel de escolaridad de los padres y / o tutores se asociaron significativamente a comportamientos de salud más frágiles, tales como: nutrición inadecuada, dificultad para acceder a los servicios de salud, vivir en entornos violentos e inseguros, uso de sustancias psicoactivas, problemas emocionales y psicológicos^{2,25}.

El trastorno mental significa más que un conjunto de síntomas, ya que tiene otras representaciones simbólicas, morales, sociales o psicológicas para el paciente y la familia. La familia carece de conocimiento sobre las señales, síntomas y efectos de la enfermedad de su miembro familiar, y tienen dificultades para discutir el tema. Cuando las familias comprenden el sufrimiento psicológico que enfrentan los miembros de su familia, tienen más capacidad de afrontamiento para manejar los problemas relacionados con la enfermedad, con autonomía y seguridad y menos sufrimiento²⁶.

Según las declaraciones presentadas, los familiares se sienten obligados a dedicar gran parte de su tiempo, renunciando a su vida diaria para cuidar a sus seres queridos. Además del dolor, para muchos miembros de la familia, el trastorno mental se comprende como un motivo de vergüenza. En la mayoría de los casos, esto puede deberse a la falta de conocimiento más calificado sobre el trastorno mental por parte de los familiares²⁶.

Comúnmente, los familiares tienen dificultades para expresar sus ideas con claridad y comprender sobre las enfermedades mentales. Presentaron muchas dificultades para hablar sobre sus percepciones sobre el trastorno mental, teniendo en cuenta los informes de experiencias diarias sobre la enfermedad del adolescente, que pueden estar implícitos en su sufrimiento como cuidador familiar. Por lo tanto, se percibe que el sufrimiento es superior al conocimiento sobre la enfermedad, lo que dificulta la identificación de las primeras señales y síntomas de una crisis, la implementación de acciones de prevención e intervención bajo la orientación del equipo¹⁰.

De ese modo, se reconoce, en las características preocupantes reveladas, que los familiares y los profesionales de la salud tienen dificultades para describir y conceptualizar claramente el fenómeno de la enfermedad psiquiátrica infantojuvenil. En el relato de los profesionales, se puede observar que la mayoría de los adolescentes son de familias disfuncionales con altos niveles de vulnerabilidad biopsicosocial. Las evidencias muestran que los adolescentes que experimentan dificultades en las relaciones familiares, como las discusiones entre padres y miembros de la familia, la separación de tutores, los padres que usan alcohol y / o drogas y el bajo apoyo emocional durante la infancia, tienen más probabilidades

de desarrollar problemas de salud mental en comparación con aquellos que han tenido buena comunicación dentro de la familia^{27,28}.

Los informes de los profesionales sugieren que el factor social tiene implicaciones importantes para desencadenar trastornos mentales entre los adolescentes. Es común que tales problemas surjan de las crisis, la mayoría de las veces después de un evento personal negativo, con un gran impacto emocional y / o psicológico en el individuo^{10,26}.

Las discusiones familiares, las situaciones de agresión verbal y física, las peleas, son factores que contribuyen al desencadenamiento del malestar psicológico en los adolescentes. La relación familiar es la base del desarrollo emocional del adolescente, especialmente para aquellos con problemas psicológicos, tanto para la prevención de una crisis como para manutención y recuperación²⁸.

Las evaluaciones reportadas por los familiares de adolescentes que sufren trastornos mentales ocurrieron a través de la observación del cambio en el comportamiento de este adolescente, lo que indica actitudes consideradas como criterios diagnósticos para los trastornos mentales, como irritación, nerviosismo, inquietud, aislamiento, agitación y agresividad^{10,26}.

Los relatos que se refieren a cambios repentinos de humor y / o comportamiento pueden ser confundidos e ignorados por los familiares. Parte de las señas y síntomas iniciales de un desencadenamiento están relacionados con los cambios e inestabilidades inherentes a la adolescencia, lo que confunde al observador y hace que parezca una simple manifestación más excesiva de esta fase de la vida^{26,27}. Además, se han manifestado algunas señales desde la infancia de este individuo, no percibidos por la familia con extrañeza, sino asumiendo un rasgo de personalidad natural, lo que dificulta el diagnóstico y el seguimiento del empeoramiento de la sintomatología²⁷.

La enfermedad mental, como cualquier otra enfermedad crónica, afecta profundamente no solo al paciente, sino también a toda la familia. Se percibe que la angustia está presente en todos los familiares entrevistados, profundamente afectados por el sufrimiento, un sentimiento presente en todos los aspectos de sus vidas, convirtiéndose en el compañero de todas las horas, a lo largo de la trayectoria del familiar enfermo. Los sentimientos se manifiestan en diversas formas e intensidades, dejando profundas huellas en la vida de los miembros de la familia¹⁷.

En el momento de la crisis, las personas con angustia psicológica pueden presentar un episodio de agresividad, causando angustia, inseguridad, tristeza y miedo como se menciona en los relatos de los familiares. Por lo tanto, este es el momento en que la relación de la familia con el adolescente con trastorno mental tiende a ser más dramática, ya que la evidencia es más intensa y amenaza la seguridad del grupo familiar y del adolescente mismo. El miedo a sufrir una agresión y la tensión relacional hace que el familiar necesite estar siempre atento para que el adolescente no ponga en riesgo su propia vida o la de los demás, lo que agrava la sobrecarga del cuidador²⁴.

Vivir con el miembro de la familia con un trastorno mental causa una sobrecarga caracterizada por dificultades tales como: problemas en la relación con el familiar con la enfermedad, estrés debido a vivir con el estado de ánimo inestable del paciente y la dependencia de la persona con sufrimiento psicológico, así como el miedo a recaídas y comportamiento inesperado del paciente durante la crisis^{12,25}.

Los familiares pueden pasar por diferentes etapas para hacer frente al proceso de la enfermedad, desde la aceptación y comprensión del trastorno hasta un sentimiento de impotencia e inseguridad, por no poder resolver el problema del joven enfermo. Este último aspecto hace con que el cuidador familiar también sufra, pudiendo enfermarse juntos, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad los problemas más comunes²⁴.

El trastorno mental no solo se refleja en la vida del individuo enfermo, sino que se refleja en la experiencia del grupo familiar, ya que cada miembro de la familia interpreta y moviliza los sentimientos de una manera diferente y única. La enfermedad es un evento adverso e

inesperado que altera la forma de ser y de vivir de la familia, que requiere un nuevo método y adaptación a la nueva situación^{9,26}.

El hecho de no haber remisión de los síntomas, los fracasos sociales y el comportamiento anormal del miembro de la familia con un trastorno mental contribuyen a la aparición de tensiones y sufrimiento en el núcleo familiar, esto altera su rutina diaria⁹. En vista de la sobrecarga y el sufrimiento de los miembros de la familia, el familiar necesita desarrollar recursos simbólicos para enfrentar esta enfermedad, lo que resalta la importancia del servicio de acogida y atención para este cuidador.

La Ordenanza 224/92 recomienda el cuidado familiar como una de las actividades desarrolladas por profesionales de la salud mental. La Ordenanza 336/2002 que regula los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) asocia la atención familiar entre las acciones que deben realizar los profesionales de la salud, y la Ordenanza 251/2002, que estipula las directrices y normas para la asistencia en un hospital psiquiátrico, incluye programas propios e interdisciplinarios dirigidos al tratamiento de acuerdo con las necesidades de cada usuario y su familia²⁹. Se observa que hay varias ordenanzas que abordan la importancia de la inserción y un servicio dirigido a los familiares. Hay programas específicos que se llevarán a cabo con estas personas, como talleres, grupos operativos o de charlas, consultas individuales con el técnico de referencia, entre otros.

Existen varias modalidades terapéuticas dirigidas a la familia, intervenciones directas (manejo conductual centrado en la familia o terapia familiar) con una participación más inmediata de la familia y que tienen objetivos específicos para trabajar durante un período de tiempo. Las intervenciones indirectas (terapia psicodinámica o terapia cognitivo-conductual) incorporan la percepción de la familia como informadores del proceso familiar¹⁴. Existen diferentes enfoques para la familia, pero su uso depende de la capacitación del profesional y del contexto, siendo las intervenciones psicoeducativas, conductuales y la terapia familiar sistémica las más utilizadas^{14,30}.

Las acciones dirigidas a la familia de personas con trastornos psicológicos deben estructurarse de manera que beneficien y fortalezcan la relación profesional / familia / servicio, entendiendo que los familiares son fundamentales en el tratamiento de adolescentes con trastornos mentales^{14,28}. Sin embargo, en los discursos de los participantes observaron diferencias entre las percepciones de los familiares y los profesionales, lo que sugiere que las actividades desarrolladas para los familiares no son frecuentes o que el objetivo o el desarrollo de las mismas no es claro para los acompañantes.

En los relatos, se observó que las familias carecen de atención exclusiva, lo que ocurre con poca frecuencia en el servicio. En este sentido, es importante resaltar que el proceso de construcción del plan terapéutico debe involucrar al sujeto enfermo y su familiar y revelar su situación social y biográfica. En este sentido, es importante que los profesionales reconozcan a la familia como el objetivo de la atención, que necesita apoyo para la normalización de su rutina familiar^{29,30}.

La participación de la familia en el proceso terapéutico hace con que las intervenciones sean más eficientes, aumenta los recursos para el paciente, especialmente su adherencia al tratamiento. Como la familia es un factor importante en la protección de la salud o en la manifestación de la enfermedad, es necesario capacitar a profesionales para que puedan reconocer las necesidades de las familias y brindarles la escucha y la atención adecuadas.^{5,9,17}.

La familia, en el proceso de trabajo, es un elemento indispensable cuando se considera el dimensionamiento de la atención de salud mental. La rehabilitación psicosocial no se limita solo al uso de drogas e intervenciones psicotrópicas, sino también a acciones y procedimientos dirigidos a la reintegración familiar, social y profesional y la mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales y sus entornos²⁹.

CONCLUSIÓN

La enfermedad mental tiene impactos emocionales, físicos y financieros en los miembros de la familia y conduce a cambios de rutina para promover el cuidado de la persona en sufrimiento. Por lo tanto, se percibe la necesidad de un tratamiento dirigido al miembro de la familia para aliviar la angustia resultante del trastorno mental del miembro de la familia que se está tratando, haciendo necesarias acciones y asistencia más sistemáticas y frecuentes para estos miembros de la familia, ya que la presencia de la familia es esencial en el proceso terapéutico del adolescente.

Entre las limitaciones del estudio, destacamos las peculiaridades de la muestra de adolescentes y las del lugar donde se realizó el estudio, ya que la investigación se desarrolló solo con adolescentes hospitalizados o en permanencia diaria, sin incluir a los adolescentes en el seguimiento ambulatorio. De este modo, los resultados deben evaluarse con precaución. Sin embargo, este estudio es importante para repensar la dinámica de la atención familiar en la institución participante.

REFERENCIAS

1. Savage JE, Rose RJ, Pulkkinen L, Silventoinen K, Korhonen T, Gillespie N, et al. Early maturation and substance use across adolescence and young adulthood: a longitudinal study of Finnish twins. *Dev Psychopathol.* [Internet]. 2017 [citado en 21 feb 2020]; 30(1):79-92. DOI: 10.1017/s0954579417000487
2. World Health Organization. Health for the World's adolescents: a second chance in the second decade [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado en 21 de feb. de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/
3. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Eze AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* [Internet]. 2012 [citado en 21 feb 2020]; 379(1):1630-40. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60072-5
4. Organização Mundial da Saúde. OMS: 1emcada 5 adolescentesenfrentaproblemas de saúde mental [Internet]. Brasília, DF: OMS Brasil;2018 [citado en 21 feb 2020]. Disponible en: <https://nacoesunidas.org/oms-1-em-cada-5-adolescentes-enfrenta-problemas-de-saude-mental/>
5. Martín Gutiérrez R, Payá González B. Laspsicosis de iniciotemprano: una revisión. *RevPsiquiatrInfanto-Juv.* [Internet]. 2016 [citado en 21 de feb. de 2020]; 33(4):458-68. DOI: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n4a2>
6. Trotman HD, Holtzman CW, Ryan AT, Shapiro DI, MacDonald AN, Goulding SM, et al. The development of psychotic disorders in adolescence: a potential role for hormones. *Horm Behav.* [Internet]. 2013 [citado en 21 feb 2020]; 64(2):411-9. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.018
7. Jaworska N, MacQueen G. Adolescence as a unique developmental period. *J Psychiatry Neurosci.* [Internet]. 2015 [citado en 21 feb 2020]; 40:291-3. DOI: 10.1503/jpn.150268
8. Rodríguez-Meirinhos A, Antolín-Suárez L, Oliva A. Support needs of families of adolescents with mental illness: a systematic mixed studies review. *Arch PsychiatrNurs.* [Internet]. 2018 [citado en 21 feb 2020]; 32:152-63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.004>
9. Huang L, Stroul B, Friedman R, Mrazek-Rochester P, Friesen B, Pires S, et al. Transforming mental health care for children and their families. *Am Psychol.* [Internet]. 2005 [citado en 21 feb 2020]; 60: 615-27. DOI: 10.1037/0003-066X.60.6.615
10. Martins PPS, Guanaes-Lorenzi C. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicol Teor Pesqui.* [Internet]. 2016 [citado en 21 feb 2020]; 32(4):1-9. DOI:10.1590/0102.3772e324216
11. Fernandes CSNNN, Nóbrega MPSS, Angelo M, Torre MI, Chaves SCS. Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes de enfermeiros. *Esc Anna Nery RevEnf.* [Internet]. 2018 [citado en 21 feb 2020]; 22(4):1-8. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0205
12. Bademli K, Duman ZC. Effects of a family to family support program on mental health and coping strategies of caregivers of adults with mental illness: a randomized controlled study. *Arch Psychiatr Nurs.* [Internet]. 2014 [citado en 21 feb 2020]; 28:392-8. DOI: 10.1016/j.apnu.2014.08.011
13. Silva EM, Jorge MSB, Queiroz MVO. Perspectiva da família na convivência com o ser portador de esquizofrenia. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [citado en 21 feb 2020]; 4(2):53-60. Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5698/4085>
14. Jiménez L, Hidalgo V, Baena S, León A, Lorence B. Effectiveness of Structural-Strategic Family Therapy in the treatment of adolescents with mental health problems and their families. *InterJEnvironResPublic Health* [Internet]. 2019 [citado en 21 feb 2020];16(7):1-14. DOI: 10.3390/ijerph16071255
15. Brasil. Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília, DF; 2001 [citado en 21 feb 2020]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

16. Ministério da Saúde (Br). Atenção psicossocial a criança e adolescente no SUS: tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília, DF;2014 [citado en 21 feb 2020]. Disponible en: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
17. Eassom E, Giacco D, Dirik A, Priebe S. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [citado en 21 feb 2020]; 4(10):1-12. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006108
18. Oliveira RMP, Loyola CM. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Sci, Health Sci.* [Internet]. 2004 [citado en 21 feb 2020]; 26(1):213-22. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1679
19. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 5ed. São Paulo: ATLAS S.A.; 2010. 184 p.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2008 [citado en 21 feb 2020]; 24(1):17-27. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Pinheiro LA, tradutor. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Guedes OS, Daros MA. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *ServSoc Rev.* [Internet]. 2009 [citado en 21 feb 2020]; 12(1):122-34. DOI: 10.5433/1679-4842.2009v12n1p122
23. Duarte RA. Configurações familiares e papel da mulher na política de saúde mental no Brasil. *Gênero* [Internet]. 2015 [citado en 21 feb 2020]; 16(1):155-78. DOI: 10.22409/rg.v16i1.750
24. Apter G, Bobin A, Genet MC, Gratier M, Devouche E. Update on mental health of infants and children of parents affected with mental health issues. *Curr Psychiatry Rep.* [Internet]. 2017 [citado en 21 feb 2020]; 19(10):72. DOI: 10.1007/s11920-017-0820-8
25. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado en 21 feb 2020]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf
26. Pereira MAO, Pereira JA. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *RevEscEnferm USP* [Internet]. 2003 [citado en 21 feb 2020]; 37(4):92-100. DOI:101590/S0080-62342003000400011
27. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicol Teor Pesq.* [Internet]. 2007 [citado en 21 feb 2020]; 23(3):287-94. DOI: 10590/S0102-37722007000300007
28. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2014 [citado en 21 feb 2020]; 63(4):360-72. DOI: 10590/0047-2085000000085
29. Ministério da Saúde (Br). Legislação em saúde mental: 1990-2004 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado en 21 feb 2020]. Disponible en: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf
30. Lebow JL, Stroud CB. Family therapy. New York: American Psychological Association; 2016.

CONTRIBUCIONES

Ingrid Moreira dos Santos e Belisa Vieira da Silveira contribuyeron en la concepción y diseño de la investigación, recolección y análisis de datos y, redacción. **Adaene Alves Machado de Moura y Sandra Cristina Pillon** actuaron en el análisis de los datos, redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Santos IM, Silveira BV, Moura AAM, Pillon SC. Percepción de la familia sobre el apoyo profesional recibido en un servicio de salud mental infantojuvenil. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 8(Supl. 1):512-523. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

SANTOS, I. M.; SILVEIRA, B. V.; MOURA, A. A. M.; PILLON, S. C. Percepción de la familia sobre el apoyo profesional recibido en un servicio de salud mental infantojuvenil. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, p. 512-523, 2020. Supl. 1. Disponible en: *insertar link de acceso*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Santos, I.M., Silveira, B.V., Moura, A.A.M., & Pillon SC (2020). Percepción de la familia sobre el apoyo profesional recibido en un servicio de salud mental infantojuvenil. *REFACS*, 8(Supl. 1), 512-523. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.