

Investigación

CRISIS DE REPARACIÓN: BRECHAS Y GESTIÓN DEL CUIDADO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS(AS)

REPARATION CRISIS: GAPS AND CARE MANAGEMENT IN INSTITUTIONALIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS

Rocío Castelblanco Sánchez

Enfermera

Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado

Universidad de la Frontera, Valdivia, Chile

rcastelblancos@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4135-8952?lang=es>

Edith Rivas Riveros

Enfermera y matrona

Dra. en Enfermería

Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

edith.rivas@ufrontera.cl

<http://orcid.org/0000-0002-9832-4534>

Maggie Campillay Campillay

Enfermera

Dra. en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Atacama, Copiapó, Chile

maggie.campillay@uda.cl

<https://orcid.org/0000-0002-4054-1595>

Artículo recibido el 13 de abril de 2023. Aceptado en versión corregida el 21 de agosto de 2023.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La institucionalización de niños, niñas y adolescentes (NNA) es una medida frecuente en el país, pese a que la evidencia es contundente en señalar las graves consecuencias a nivel global en NNA bajo este régimen de cuidado, destacando el rezago en el desarrollo y problemas de salud mental. En este escenario, los enfermeros(as) de los equipos de Salud Mental comunitaria participan en su tratamiento y rehabilitación. **OBJETIVO:** Develar la gestión del cuidado en el trabajo con NNA pertenecientes a residencias Mejor Niñez, adscritos a Centros de Salud Mental, con enfoque comunitario. **METODOLOGÍA:** Se trabaja bajo el paradigma cualitativo, con análisis de contenido, en

Crisis de reparación: Brechas y gestión del cuidado en niños, niñas y adolescentes institucionalizados(as) una población de enfermeros(as) adscritos a centros de Salud Mental, seleccionados por muestreo deliberado. Investigación autorizada por el Comité Ético-Científico de Valdivia (Chile). RESULTADOS: Se obtuvieron dos metacategorías: La gestión del cuidado de enfermeros(as) de Salud Mental en NNA institucionalizados(as), que engloba el actuar de enfermería según las realidades locales, y las brechas y nodos de las residencias Mejor Niñez: Crisis de reparación, que incluye narrativas de dilemas éticos y de coordinación. CONCLUSIONES: Existen falencias respecto del bienestar y seguridad de los niños(as) institucionalizados(as), lo cual puede generar consecuencias nocivas en el proceso de reparación. Se sugiere la incorporación de enfermeros(as) al staff de hogares institucionales, así como el empleo de protocolos de acción para el abordaje de enfermería en salud mental dirigido a esta población.

Palabras clave: Enfermería en Salud Comunitaria, Enfermería psiquiátrica, Salud Mental, niño institucionalizado, salud del niño institucionalizado.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Institutionalization of children and adolescents (NNA) is a frequent measure in the country, though the evidence is conclusive identifying the serious consequences at a general level in children and adolescents under this care regime, especially in developmental problems and terms of mental health conditions. In this scenario, nurses from community mental health teams participate in the treatment and rehabilitation of these users. The purpose is to generate knowledge about care management and the challenges related to this context. **METHODOLOGY:** The population consisted of nurses from Mental Health centers in the South of Chile, selected by means of a non-probabilistic deliberate sampling and snowball technique. This research was authorized by the Valdivia's Ethical-Scientific Committee (Chile). **RESULTS:** Two meta-categories were obtained: The care management of Mental Health nurses for institutionalized children and adolescents, which includes nursing actions according to the realities of each locality; and the second meta-category is called "Mejor Niñez" residencies Gaps and nodes: Crisis of reparation, which includes accounts of ethical and coordination dilemmas. **CONCLUSIONES:** There are still flaws regarding the safety and well-being of institutionalized children, which may generate harmful consequences in the reparation process. The incorporation of nurses to the staff of institutional homes is suggested, as well as the use of action protocols for the mental health nursing approach aimed at this population.

Keywords: Community Health Nursing, Psychiatric Nursing, Mental Health, Institutionalized child, Health of Institutionalized Children.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.2.306-320

INTRODUCCIÓN

La crianza institucional es una medida alternativa a la crianza familiar, en que las instituciones acogen a NNA para brindarles cuidado y atención residencial, facilitando su desarrollo. Bajo esta perspectiva, Chile avanza en políticas de cuidados institucionalizados basado en un modelo de Derechos Humanos (DDHH), para dejar atrás el tradicional modelo asistencialista en que privilegia cubrir las necesidades básicas⁽¹⁾. El sistema de crianza institucional permite salvaguardar a NNA que viven situaciones de vulneraciones, o que presentan imposibilidad de permanecer en un ambiente familiar seguro. Sin embargo, en la última década se ha cuestionado su uso por parte de organismos que velan por los derechos de la niñez, por su impacto negativo en el desarrollo cognitivo, emocional, y social de NNA⁽²⁾. Por ello, el Estado plantea la necesidad de modificar los estándares de los lugares de acogida, para mejorar la infraestructura, la relación del espacio para cada NNA, evitar el aislamiento, y elevar la capacitación del personal responsable de los cuidados. Además favorecer otras estrategias que han demostrado mejores resultados; como las familias de acogida, la reunificación familiar, la adopción, entre otras⁽¹⁻³⁾.

La literatura además, describe que el cuidado de NNA debe ser más que el cuidado físico, y que una de las principales deficiencias de estos lugares, es la falta de cuidados continuos y una figura de apego a partir de la cuál, se desarrollen todas las otras relaciones⁽²⁾. Por ello, el empleo del cuidado alternativo debe ser una medida excepcional y transitoria, debido a que el ingreso a residencias se asocia a perjuicios

que amenazan el bienestar de los NNA, generando repercusiones a nivel físico, emocional y mental. En específico, se ha relacionado con un debut prematuro de enfermedades psiquiátricas, junto con una mayor probabilidad de sufrir depresión. Asimismo, se ha descrito una mayor prevalencia de trastornos conductuales, seguido por problemas interpersonales con los compañeros de residencia, trastornos emocionales, hiperactividad y un escaso comportamiento prosocial⁽⁴⁻⁶⁾.

El informe sobre Derechos Humanos de niños, niñas y adolescentes de la Defensoría de la niñez del año 2021 en Chile, describe que 130.160 NNA ingresaron al área de protección de derechos del Servicio Nacional de Menores (SENAME), siendo las dos principales causas de ingreso; la negligencia familiar y la violencia intrafamiliar, mientras entre el periodo 2017 y 2021 se reportaron 14 fallecimientos de NNA institucionalizados⁽¹⁾. De acuerdo al Observatorio para la confianza, “al 31 de diciembre de 2019, 5.359 niños, niñas y adolescentes continuaban en residencias y 6.358 en familias de acogida”, mencionando que desde el año 2010 en adelante, la institucionalización de NNA ha ido en franca disminución, aunque continúa siendo una estrategia ampliamente utilizada cuando la familia no cumple su rol de protección⁽⁷⁾. A pesar de existir una vasta información que desaconseja el empleo de la institucionalización como primera opción, Argentina y Chile fueron reportados como los países Latinoamericanos con más instituciones de protección y/o cuidado de NNA⁽⁸⁾. Bajo esta premisa, los NNA institucionalizados requerirán servicios especializados en salud mental, y serán

derivados a los diferentes dispositivos que conforman la Red temática de Salud Mental del Plan Nacional de Salud Mental, con acceso y cobertura a consultas de esta especialidad en Atención Primaria de Salud (APS), Centros de Salud Mental Comunitarios (COSAM, CECOSAM), Hospitales de Día (HD) infanto-juveniles, o bien, requerir de internación en Unidades de Cuidados Intensivos Psiquiátricos (UHCIP, antes conocida como Corta Estadía, o Unidad de Psiquiatría). Además, pueden ser usuarios(as) de centros terapéuticos de adicciones^(9,10). En consonancia con lo anterior, los NNA requerirán acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, realizadas por estos dispositivos interdisciplinarios conformados por; psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajador(a) social, y terapeuta ocupacional. Al respecto, el Ministerio de Salud de Chile reconoce la complejidad del abordaje de NNA, y la necesidad de contar con capacidades técnicas⁽⁹⁾. Además, en el caso de enfermeras, de expertíz en la gestión de los cuidados, un gran control emocional, y conocimientos profundos de ciclo vital de NNA para brindar un cuidado continuo, integral y seguro^(11,12).

Por consiguiente, este estudio responde la pregunta de investigación: ¿Cómo ha sido la gestión del cuidado en residencias Mejor Niñez, a través de enfermeras comunitarias en salud mental que apoyan estos centros en el Sur de Chile?

METODOLOGÍA

La investigación se aborda desde el paradigma interpretativo, metodología cualitativa, ya que se buscó develar las

vivencias y experiencias de los(as) participantes, considerando la subjetividad y el mundo interno de cada involucrado(a). Se utilizó análisis de contenido, ya que la técnica fusiona la observación y la producción de datos, y se basó en el esquema general propuesto por Miles y Huberman⁽¹³⁾.

La población fue conformada por enfermeros(as) de salud mental de COSAM y Hospitales de Día del Sur de Chile, específicamente de las regiones de La Araucanía, Los Lagos y los Ríos. Los criterios de inclusión fueron enfermeras(os) con una experiencia laboral mayor a un año dado el acotado grupo de enfermeras(os) que trabajan en salud mental comunitaria, y se excluyeron a los enfermeros(as) de aquellos establecimientos que no atendían a la población infanto-juvenil. La muestra se generó de forma intencional o deliberada no probabilística, para la estrategia de abordaje a los informantes se empleó la técnica de bola de nieve, hasta lograr 10 informantes, alcanzando la saturación de las principales categorías.

La información se obtuvo a través de entrevistas en profundidad y notas de campo, las cuales fueron procesadas de forma dual, primero por medio de análisis temático manual, para posteriormente someter las entrevistas al programa Atlas Ti© versión 7.5.4, con la finalidad de afinar la construcción de categorías, y facilitar la organización de los datos.

Sobre los criterios éticos de la investigación, se sometió a evaluación independiente, logrando la autorización del Comité Ético-Científico de Valdivia N° de documento 267/2022, y se orientó en los siete principios éticos de Ezequiel

Emanuel. Al respecto, el estudio no implicó ningún riesgo, ni costos asociados a los sujetos de estudio. La privacidad se resguardó por medio de la anonimización de los datos personales, uso de códigos en las entrevistas asignando una letra E, y número arábigo correlativo a cada entrevista.

Sobre el rigor del estudio, la confiabilidad se aseguró profundizando en las entrevistas, recogiendo la totalidad de datos a través de grabadora de voz, transcripción fidedigna, tres rondas de lectura; una para identificar categorías, una segunda para afinar propiedades y agrupaciones, y una tercera, para triangular entre las investigadoras⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

La saturación teórica se obtuvo con las narrativas de 10 entrevistados(as), cuyo promedio de edad fue de 33 años (rango 26-38), 2 participantes del género masculino, y 8 del género femenino, 2 informantes casadas, y 8 solteros(as). Respecto a la comuna de origen, colaboraron enfermeros(as) de Angol, Lautaro, Padre Las Casas, Valdivia, Osorno y Puerto Montt. Sobre la experiencia laboral en salud mental con NNA, el promedio fue de 5 años (Anexo 1).

Metacategorías	Categorías intermedias
<i>La gestión del cuidado de enfermeros(as) de salud mental en NNA institucionalizados(as)</i>	Supervisión y guía en farmacoterapia
	Fortalecimiento de estrategias para la intervención en crisis
	Relación terapéutica heterogénea.
<i>Brechas y nodos de las residencias Mejor Niñez: Crisis de reparación</i>	Barreras actitudinales y burocráticas
	Complejidad clínica de los NNA
	Déficit de autocuidado de los(as) trabajadores(as)
	Intervenciones disruptivas

Del proceso de análisis emergen dos meta categorías: a) *La gestión del cuidado de enfermeros(as) de salud mental en NNA institucionalizados(as)*, que comprende las categorías de supervisión y guía en farmacoterapia, fortalecimiento de estrategias para la intervención en crisis, y la relación terapéutica heterogénea, y b) *Brechas y nodos de las residencias Mejor Niñez: Crisis de reparación*, compuesta por las barreras actitudinales y burocráticas en las residencias, la complejidad clínica de los NNA, el déficit de autocuidado de

los(as) trabajadores(as) de estos centros, junto con las intervenciones disruptivas.

Respecto a “*la gestión del cuidado de enfermeros(as) de salud mental en NNA institucionalizados(as)*”, se vislumbra la categoría intermedia de supervisión y guía en farmacoterapia, en específico de los psicofármacos, de donde emerge una relevante presencia del rol de enfermería. Esto se expresa en procesos de control administrativos técnicos como revisión de recetas, cumplimiento de indicaciones médicas, planificación de educación sobre los cuidados derivados de la adminis-

tración de sustancias psicotrópicas, y la organización de los fármacos dispensados con adecuados estándares de seguridad. Esta supervisión se potenció en los casos de residencias carentes de personal sanitario en sus equipos, donde la mayoría de las veces, se cuenta con una educadora de trato directo, la que asume las funciones sensibles de almacenamiento, distribución y administración de la medicación con los riesgos asociados al desconocimiento y falta de competencias para desempeñar dicha función. Mientras en otros casos, las informantes mencionaron la existencia de hogares institucionales que contaban con algunas horas laborales de Técnicos de Enfermería de Nivel Superior, o incluso jornada completa, dando cuenta de la variabilidad de medidas de organización y control en el uso de medicamentos en estos centros.

“Y me dicen que no, que no tienen una profesión, no es TENS, no es enfermera, o... cualquier profesional de la salud, entonces cómo yo le puedo estar confiando la medicación a otra persona que no tiene los conocimientos que yo espero que tenga, entonces ahí el refuerzo es mayor, tiene que ser constante” (E6).

En fortalecimiento de las estrategias para intervención en crisis, los(as) enfermeros(as) describieron participar en jornadas educativas destinadas a funcionarios de residencias sobre esta temática, las cuales en ocasiones fueron solicitadas por los mismos trabajadores de los centros Mejor Niñez, principalmente por los(as) cuidadores o educadores(as) de trato directo. En concreto, se entregaron lineamientos teóricos en cuanto al proceso

de contención, y herramientas para favorecer la regulación emocional, junto con el uso correcto de los fármacos S.O.S. (psicofármacos de emergencia vía oral, de acción rápida, indicados ante situaciones de descompensaciones). Aunado a lo anterior, pese a que existen psicólogos en los equipos psicosociales de estos recintos, las crisis pueden ocurrir en horario inhábil, sin la presencia de estos profesionales, por lo cual es relevante el fomento del manejo de contenciones eficaces en los cuidadores(as).

“Uno realiza una capacitación o educación, por ejemplo, intervención en crisis, de las estrategias de autorregulación, de cuando tomar el medicamento S.O.S...” (E1).

La categoría de relación terapéutica heterogénea (desde la vinculación a un enfoque terapéutico), apunta al espectro de atención entregado, ya que algunos buscaban generar un lazo terapéutico, pese a las barreras y desconfianzas que suelen acompañar a estos usuarios(as), a través de instancias de interacción frecuentes, visitas domiciliarias habituales, e invitación a talleres y/o actividades atractivas generadas en los COSAM. Mientras que, otros(as) entrevistados(as) referían exiguos controles con los NNA institucionalizados(as), para primar las atenciones con la dupla psicosocial, y evitar la sobre intervención, y revictimización.

“El tema con la enfermera es muy similar con el psiquiatra, o sea, porque nos derivan súper pocos menores a nosotras para no sobrecargarlos, de horas y de

profesionales, porque se abruman demasiado” (E3).

“Para ellos no tienen mucho sentido, el tener que estar contando siempre lo mismo, porque como cambian de residencia, cambian de lugares, de atención también, entonces cuentan todo de nuevo, tratamos de invitarlos como a espacios distintos” (E4).

Por otro lado, la meta categoría de *Brechas y nodos de las residencias Mejor Niñez: Crisis de reparación*, considera aspectos adversos que inciden en la entrega de cuidados y en la ejecución de los planes terapéuticos de los NNA institucionalizados(as). La primera categoría de barreras actitudinales y burocráticas en las residencias, hace alusión a las dificultades en la recepción de indicaciones -entre ellas advertencias y anticipación a crisis- dadas por el equipo de salud mental tratante, ya sea por falta de comprensión o desinterés; obstáculos para coordinar reuniones, capacitaciones y objetivos, e incluso incumplimiento de las citas de los NNA o tardanzas. Sumado a lo anterior, se agrega la alta rotación de trabajadores(as) de estos centros de menores, lo cual es una limitante para la atención de los(as) infantes y jóvenes institucionalizados(as), al obstaculizar la entrega y acogida de información clínica relevante para el cuidado en salud mental.

“Cuando uno quiere intervenir, se encuentra con muchas piedras de tope que va dando el mismo sistema, desde gestionar una atención, una educación o

una intervención, hasta poder definir metas, propósitos, planes “(E1).

“Los niños y las niñas tienen crisis que nosotros hemos estado advirtiendo, de alguna forma tratando de prevenir, de adelantarnos a eso, pero no resulta mucho” (E2).

La complejidad clínica de los NNA contempla los diferentes cuadros conductuales y de salud mental que aquejan a los usuarios(as) infantojuveniles de estos establecimientos, producto de las adversidades presentes en su trayectoria vital. Los(as) participantes narraron dificultad para establecer el vínculo terapéutico, junto con un escaso interés o inasistencias por parte de los NNA institucionalizados(as). En adición a lo anterior, relataron situaciones críticas en esta población, como episodios de fugas de las residencias, intoxicaciones por sustancias ilícitas, o intentos suicidas, lo que ha generado hospitalizaciones en Urgencias o UHCIP. Cabe resaltar que estas problemáticas sobrepasan la capacidad de abordaje y de especialización de los centros residenciales de las zonas estudiadas.

“Los varones nos llegaron muchas veces saliendo de estado de ebriedad, en la noche o en el día anterior los habían llevado a urgencias por intoxicación por consumo de alcohol” (E4).

“Son muy complejos, están en una escala de complejidad superior a la que pueden abordar como un centro de acogida. Muchas veces se escapan, hay abandonos

del sistema, se informa después a tribunales, y piden hospitalización” (E5).

En concordancia con el punto anterior, aparece el déficit de autocuidado de los(as) trabajadores(as) del sistema de crianza institucional, identificado por los enfermeros(as) del estudio. Se constató la ausencia de apoyo hacia estos(as) funcionarios(as), pese a la complejidad y la alta carga emocional que implica el cuidar a infantes y jóvenes institucionalizados(as). Además se suma, la posibilidad de presentar desórdenes conductuales y cuadros agudos de salud mental, lo cual contribuye a alta rotación del recurso humano de las residencias Mejor Niñez.

“Uno entiende que los niños se portan mal con ellas, y se quedan con toda esa frustración diariamente, sin un apoyo psicológico, o un autocuidado para ellas” (E6).

“Por como son los adolescentes, que intimidan a parte del equipo, la rotación es alta, rotan mucho” (E4).

Finalmente, la categoría de intervenciones disruptivas, apunta a narrativas de acciones desprovistas de protección y cuidado hacia los(as) NNA institucionalizados(as), como la modificación abrupta de residencias de infantes y adolescentes catalogados(as) como complejos(as). Este desarraigo de sus compañeros y funcionarios(as) a cargo, implica además, una traslación de Centro de Salud Mental, acompañado de un nuevo equipo tratante. Esto rompe los lazos forjados y conduce a un nuevo esfuerzo para reconectar, sin considerar la dificultad vincular que suele

acompañar a estos NNA, por lo que esta acción vuelve a vulnerar, reviviendo experiencias de abandono y desamparo a infantes y jóvenes con vivencias adversas. Sumado a lo anterior, estos movimientos carecen de un adecuado traspaso de información clínica en salud mental de los NNA, relevante para la continuidad de la atención. Por lo que los(as) funcionarios(as) del hogar institucional receptor, asisten a los controles de los dispositivos de SM sin los conocimientos mínimos de la historia clínica e información necesaria para apoyar el cuidado de los NNA. Asimismo, se refirieron situaciones de fuga de NNA.

“Alguien decidió que esa residencia va a cerrar, o que ahí quedan los niños más complicados ... no les avisan hasta el día anterior...los mueven como si fueran muebles” (E2)

DISCUSIÓN

Los primeros hallazgos se relacionan con la meta categoría de *gestión del cuidado de enfermeros(as) de Salud Mental en NNA institucionalizados(as)*, la que incluye la supervisión y guía en farmacoterapia. Al respecto, Pérez y Olate resaltan la importancia de la complementariedad de la terapia, primando el trabajo multidisciplinario, no obstante, en caso de recurrir a la medicación, esta debe ser vigilada y monitorizada por profesionales de enfermería, debido al alto riesgo e implicancia de diversos cuidados que acompaña a la administración de los psicofármacos. Asimismo, Schwartz, Gabatz y Milbrath destacan la labor de los(as) enfermeros(as) en el apoyo de la gestión de los medicamentos, junto con

otras áreas de desempeño profesional, como la prevención, promoción y articulación con otros organismos implicados en la salud de los NNA, por lo que exponen el requerimiento de incluir al recurso humano enfermero en el equipo de residencias de menores^(15,16).

En cuanto al fortalecimiento de estrategias para la intervención en crisis, los autores Keeshin, Bryant y Gargaro muestran resultados disímiles, ya que promueven el entrenamiento en intervenciones centradas en el trauma, componente que suele empapar la trayectoria vital de los(as) infantes y jóvenes institucionalizados(as), generando una verdadera constelación traumática. Este enfoque terapéutico potencia los comportamientos adaptativos positivos y optimiza la regulación emocional de los NNA. Mohamed et al., por su parte, coinciden parcialmente con estos resultados, señalando la importancia del uso de medidas no farmacológicas para el manejo de desajustes conductuales de NNA en el sistema de protección de NNA, no obstante, proponen el uso de terapia cognitivo conductual, por medio de sesiones grupales, ejecutadas por enfermeros(as) de salud mental, con resultados eficaces en reducir conductas agresivas y mejorar el autoconcepto^(17,18).

Y en la relación terapéutica heterogénea enfermera(o)-NNA institucionalizado(a), Hueche y colaboradores describen aspectos vinculares de adolescentes pertenecientes al sistema de protección de menores, donde cobra relevancia el tiempo compartido, la entrega de contención, apoyo y recomendaciones, considerando al trabajador(a) como una persona significativa en

su proceso de reparación, lo cual coincide con el enfoque de trabajo de acercamiento elegido por algunos(as) participantes. En adición a lo anterior, Vasconcelos, Poblete y Stein exponen un protocolo de acción para la atención de enfermería a NNA de sistema de crianza institucional, lo cual potencia formas de trabajo en base a cuatro categorías: gerenciales (derivadas de distintas gestiones), social-política (actividades con los agentes intersectoriales, la comunidad y acciones con la familia de origen), educativas y asistenciales. En esta última, se hace hincapié en una atención holística e individualizada, lo cual se relaciona con el hallazgo de la búsqueda del lazo terapéutico^(19,20).

Respecto a la categoría de barreras generadas por los(as) funcionarios(as), Irarrázaval et al., concuerdan con este hallazgo, aludiendo una articulación ineficaz entre los interventores que engloban a NNA institucionalizados, junto con un mermado manejo de información relevante, por parte de los(as) trabajadores(as) residenciales que acompañan a los infantes y jóvenes a los controles en Atención Primaria de Salud. En cuanto a la problemática de la alta rotación del recurso humano del sistema de protección para menores, Guzmán, Carver-Roberts, Leake y Rienks evaluaron los factores que inciden en la retención del personal de estos centros, identificando que el deseo de permanecer es un buen predictor de continuidad laboral. A su vez, los elementos predictores que aumentan la intención de permanencia en estos recintos son las oportunidades de crecimiento profesional, un ambiente organizacional de apoyo, compañeros compasivos, oportunidad de permanencia en el puesto

de trabajo y la sensación de eficacia^(21,22).

En otra línea, los resultados de complejidad clínica de los(as) NNA institucionalizados(as) coinciden con la evidencia de Szmaida y Gmitrowicz, quienes señalan como diagnósticos más frecuentes los trastornos conductuales y emocionales. Además de presentar una mayor cantidad de intentos autolíticos y un debut precoz de psicopatología, en comparación con los NNA criados por la familia de origen. Asimismo, Ginige, Baminiwatta y Jayawardana descubrieron que esta población posee una mayor tendencia a presentar conductas externalizantes, como actitudes oposicionistas, disruptivas, incumplimiento de normas y comportamiento agresivo. En consonancia con lo anterior, Stanley y Boel-Studt identifican una mayor incidencia de Trauma Complejo (TC) en este grupo infantojuvenil, condición agregada recientemente a los manuales psiquiátricos mundiales, la cual se origina por escenarios hostiles y vulneradores constantes en la trayectoria de vida de los niños y niñas, generando detrimentos a nivel estructural del sistema nervioso central, junto con alteraciones en la salud física y mental^(5,23,24).

Por otro lado, los hallazgos de déficit de espacios de autocuidado de los(as) trabajadores(as) de residencias, identificado por los enfermeros(as) participantes, es concordante con lo emanado en un estudio longitudinal prospectivo, donde destacan que la práctica de acciones de autocuidado y el sentido de coherencia -visión de la vida como manejable, comprensible y signifi-

cativa, relacionada altamente con la resiliencia- son factores antagonistas a la generación de burnout (sentimientos de agotamiento emocional, disconfort, y otras manifestaciones ocasionadas por el estrés laboral) en cuidadores de instituciones de protección de la infancia. En este sentido, Steinlin et al., determinaron el nivel de cortisol de funcionarios(as) de centros residenciales juveniles, a propósito de la exposición a agresión verbal o incluso física generada por los(as) adolescentes, describiendo que aquellos(as) que sufrieron ambos tipos de ataque, presentaron mayor nivel de cortisol, no obstante, tanto los que vivenciaron episodios de violencia verbal y física, así como sólo verbal, ostentaron una asociación positiva con el burnout^(25,26).

En la categoría de intervenciones disruptivas, Olivares y Morales coinciden con este resultado, exponiendo también traslaciones de centros residenciales por aspectos burocráticos, los cuales son priorizados por sobre la conservación de los vínculos afectivos de los NNA, lo que incrementa el desarraigo y revictimiza a los sujetos de cuidado. Lo anterior igualmente es acuñado por Cantor et al., quienes plantean la dificultad en el establecimiento de un vínculo ante cambios de los cuidadores de residencias y episodios de fugas de los NNA. En esta dirección, entidades como el Instituto Nacional de Derechos Humanos y la Organización de las Naciones Unidas, han revelado una labor ineficaz de las residencias del Servicio Nacional de Menores (ahora Mejor Niñez) en materias de protección y seguridad, lo cual impide el logro de la reparación de los NNA⁽²⁷⁻³⁰⁾.

CONCLUSIONES

El estudio muestra deficiencias importantes en la atención otorgada por el sistema de protección infantil, basada en relatos de informantes enfermeras(os) específicamente en NNA institucionalizados, lo cual perpetúa la huella traumática en los NNA y, en definitiva, detiene o imposibilita el proceso de reparación, y minimiza las intervenciones en esta población.

Los principales obtaculizadores se relacionan con brechas en el autocuidado de los trabajadores de las residencias que requieren de mayor apoyo, y formación para la tarea compleja y sensible que realizan, intervenciones disruptivas que no contribuyen a crear las condiciones adecuadas para el cuidado de NNA, complejidades clínicas de NNA que requieren de un manejo avanzado y especializado en salud mental, y barreras actitudinales y burocráticas relacionadas al manejo de las residencias, y a un desgaste laboral del personal que ha sido desatendido, y cuyo efecto negativo afecta a NNA.

Las enfermeras comunitarias de salud mental son un recurso especializado que ha sido subutilizado en el trabajo con NNA, y que pueden mejorar la calidad del cuidado en las residencias Mejor Niñez. Estos(as) fueron requeridos por funcionarios(as) de residencia para orientarlos, y guiarlos específicamente en cuanto al manejo de farmacoterapia e intervención en crisis. La gestión del cuidado realizada por profesionales de enfermería en los centros de salud mental infanto juvenil,

cubre actividades clínicas, relacionadas con aspectos propios de la administración de tratamientos, seguridad de los cuidados otorgados, seguimiento y control de la salud física, mental y social de NNA desde un enfoque integral e integrado con el sistema. Mientras que las actividades no técnicas se relacionan con habilidades para entablar una relación intersubjetiva facilitando el vínculo permanente, y de apego en NNA.

La falta de literatura relacionada con la gestión del cuidado de enfermería en salud mental en residencias Mejor Niñez en Chile, expone la necesidad de seguir profundizando en esta línea de investigación, considerada por las autoras como esencial, para proponer nuevas estrategias de cuidado de NNA que han sido vulnerados en sus derechos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones se relaciona con la deficiente cantidad de enfermeras(os) dedicadas(os) a la salud mental, ya que eso reduce la cantidad de informantes. Mientras una segunda limitación, se relaciona con la limitada transferibilidad de los resultados, ya que el contexto de estudio se circunscribió a un área muy específica de residencias.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue posible gracias al programa de Magíster de Enfermería, mención gestión del cuidado de la Universidad de la Frontera. Esta investigación no contó con financiamiento, ni presenta conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defensoría de la niñez. Informe anual 2021-Derechos Humanos de niños, niñas y adolescentes. 2021. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2021/>
2. Williamson J, Greenberg A. Families, not orphanages. Better Care Network Work Paper Ser [Internet]. 2010;(September):14. Available from: <http://www.crin.org/docs/FamiliesNotOrphanages.pdf> <http://symposium.jointcouncil.org/wp-content/uploads/2012/04/Williamson-Families-Not-Orphanages-for-JCICS.pdf>
3. Desmond C, Watt K, Saha A, Huang J, Lu C. Prevalence and number of children living in institutional care: global, regional, and country estimates. *Lancet Child Adolesc Heal* [Internet]. 2020;4(5):370–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30022-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30022-5)
4. Ravneet Kaur, Archana Vinnakota, Sanjibani Panigrahi RVM. A Descriptive Study on Behavioral and Emotional Problems in Orphans and Other Vulnerable Children Staying in Institutional Homes. *Indian J Psychol Med*. 2019;41(2):138–43.
5. Szmajda R, Gmitrowicz A. Selected mental health problems in institutionally reared children. *Psychiatr i Psychol Klin*. 2018;18(4):354–63.
6. Sneha Ambwani, Arup Kumar Misra RK. A Study of Depression, Externalizing, and Internalizing Behaviors among Adolescents Living in Institutional Homes. *Int J Appl Basic Med Res*. 2017;2019(November):193–5.
7. Observatorio para la confianza. Muertes bajo custodia, fallecimientos de niños, niñas y adolescentes que se encontraban en programas del Servicio Nacional de Menores periodo 2005-2020. 2021. Disponible en: <https://www.paralaconfianza.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe.pdf>
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. 2013. Disponible en: <https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>
9. Subsecretaría De Salud. Plan Nacional De Salud Mental. *Plan Nac Salud Ment*. 2017;206.
10. Hurley J, Lakeman R, Linsley P, Ramsay M, Mckenna-Lawson S. Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles and identities. *Int J Ment Health Nurs*[Internet]. 2022;31(4):796-822. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35156291/>
11. Dickens GL, Ion R, Waters C, Atlantis E, Everett B. Mental health nurses' attitudes, experience, and knowledge regarding routine physical healthcare: systematic, integrative review of

- studies involving 7,549 nurses working in mental health settings. *BMC Nurs*[Internet]. 2019 Apr 26;18:16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31057334/>
12. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Gestión RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD 2018. Minsal [Internet]. 2018;383. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Temática-de-Salud-Mental_digital.pdf
 13. Miles, M. & Huberman A. Data management and analysis methods. N. Denzin. Londres; 1994. 428–444 p.
 14. Gracia Guillén D. Investigación en Sujetos Humanos: implicancias lógicas, históricas y éticas [Internet]. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. 2003. 111–128 p. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevas-perspectivas&category_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145
 15. Pérez Abarca RH, Olate Andaur J. Dilema ético: enfermería y uso de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes en el servicio nacional de menores. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2018;(51):107–13.
 16. Gabatz RIB, Schwartz E, Milbrath VM. Institutionalized child care experiences: the hidden side of work. *Rev Gauch Enferm*. 2019;40:e20180412.
 17. Keeshin BR, Bryant BJ, Gargaro ER. Emotional Dysregulation: A Trauma-Informed Approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2021;30(2):375–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.007>
 18. Sayeda Mohamed Mohamed, Salwa Ali Marzouk, Faransa Ali Ahmed, Nahla Ali Maher Nashaat RAEATO. Cognitive behavioral program on aggression and self-concept among institutionalized children with conduct disorder). *Arch Psychiatr Nurs*. 2022;39:84-90.
 19. Hueche C, Lagos G, Ríos N, Silva E, Alarcón-Espinoza M. Affective bonds in institutionalized adolescents in Chile. *Rev Latinoam Ciencias Soc Ninez y Juv*. 2019;17(2):1–19.
 20. Vasconcelos J, Lomba M de L, Pestana-Santos M, Steinbackes D. Nurses' responsibilities in institutional foster care settings for children and adolescents: A Delphi study. *Rev Enferm Ref*. 2022;2022(suppl):1–8.
 21. De La Barra F, Irrarazaval M, Valdes A, Soto-Brandt G. Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2019;43:1–5.
 22. de Guzman A, Carver-Roberts T, Leake R, Rienks S. Retention of child welfare workers: staying strategies and supports. *J Public Child Welf* [Internet]. 2020;14(1):60–79. Available from:

- <https://doi.org/10.1080/15548732.2019.1683121>
23. Ginige P, Baminiwatta A, Jayawardana H. Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems among institutionalized children in Kandy District, Sri Lanka. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2020;103(February):104435. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104435>
24. Stanley LHK, Boel-Studt S. The Influence of Youth Gender and Complex Trauma on the Relation Between Treatment Conditions and Outcomes in Therapeutic Residential Care. *J Child Adolesc Trauma*. 2021;14(1):93–101.
25. Kind N, Eckert A, Steinlin C, Fegert JM, Schmid M. Verbal and physical client aggression – A longitudinal analysis of professional caregivers’ psychophysiological stress response and burnout. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2018;94(May):11–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.05.001>
26. Kind N, Bürgin D, Fegert JM, Schmid M. What protects youth residential caregivers from burning out? A longitudinal analysis of individual resilience. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):14–6.
27. Olivares-Espinoza B, Morales-Retamal C. Critical analysis of residential care interventions in Chile. *Rev Latinoam Ciencias Soc Ninez y Juv*. 2022;20(2).
28. Sánchez-Reyes JE, Cantor-Jiménez J, Castro-Sardi X, Bolaños Y. Conceptions of children and ways of relating between caregivers and professionals and institutionalized children, Colombia. *Rev Latinoam Ciencias Soc Ninez y Juv*. 2019;17(2):1–24.
29. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Informe Misión de Observación. Santiago; 2018.
30. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la investigación relacionada con Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas; 2018.

Anexo 1. Caracterización de los participantes.

Código	Edad	Sexo	Estado civil	Comuna	Experiencia profesional (años)	Experiencia en SM (años)
E1	26	F	Soltera	Valdivia	3, 5	1,5
E2	42	F	Soltera	Valdivia	12	6
E3	32	F	Soltera	Puerto Montt	7	5
E4	32	F	Soltera	Osorno	7	6,5
E5	28	M	Soltero	Lautaro	4	1,5
E6	29	F	Soltera	Angol	3	1,8
E7	37	M	Soltero	Puerto Montt	8	5
E8	31	F	Casada	Valdivia	7	7
E9	37	F	Casada	Padre Las Casas	15	9
E10	38	F	Soltera	Lautaro	9	7

Fuente: elaboración propia.