


Percepción de la gestión clínica en población infanto-adolescente con cuadros agudos de salud mental

Research Article

 Open access

Perception of clinical management in the child and adolescent population with acute mental health conditions

Percepção da gestão clínica na população infantil e adolescente com quadros agudos de saúde mental



Como citar este artículo:

Mondaca Pavié Lorena Elizabeth, Rivas Riveros Edith Elina, Sepúlveda Rivas Catalina Constanza. Percepción de la gestión clínica en población infanto-adolescente con cuadros agudos de salud mental. Revista Cuidarte. 2026;17(2):e5110. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5110>

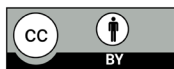
Highlights

- Da a conocer la realidad y demanda actual en salud mental infanto-juvenil, visualizando desafíos, vulnerabilidades y complejidades, permitiendo crear gestiones que se traduzcan en cuidados, favoreciendo a los profesionales de la salud.
- La visibilización de la problemática de salud mental, da urgencia a disminuir brechas, aportando con políticas que otorguen recursos (hospitales y equipos de salud), para resguardar el desarrollo de los niños y jóvenes como derecho humano.
- El artículo aporta información y conocimiento respecto a los cuidados y gestiones que se otorgan en estos centros, requiriéndose mayor coordinación con el sistema judicial.
- Esta investigación revela la importancia de la gestión clínica del profesional de Enfermería en salud mental, área poco conocida, sin embargo, con demanda imperante en la sociedad.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2026; 17(2): e5110

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.5110>




E-ISSN: 2346-3414

Resumen

Introducción: Los Hospitales de Día Infanto Adolescente estabilizan cuadros agudos de salud mental, por medio de intervenciones intensivas e interdisciplinarias. En Chile, existen 12 dispositivos con una brecha de 73, en un contexto de crecimiento exponencial de la demanda, problema que coexiste con déficit de información y conocimiento respecto a los cuidados y gestiones que se otorgan en estos centros. El problema se apoya en la teoría de Patricia Benner, y la teoría de E. Morin del "Pensamiento complejo". **Objetivo:** Develar la gestión clínica en niños, niñas y adolescentes adscritos a Hospital de día Infanto Adolescentes con diagnósticos de salud mental en condición de gravedad. **Materiales y Métodos:** Estudio con enfoque fenomenológico, bajo el referente teórico Max Van Manen. Se realizan 12 entrevistas en profundidad con muestreo por conveniencia, el análisis toma actitud fenomenológica, reconociendo unidades de significados y categorías. **Resultados:** Se obtienen metacategorías de: 1. Cuidados y gestión: cuidados a nivel de mesogestión, microgestión y calidad y 2. Desafíos en relación con los cuidados: mejora de lineamientos organizacionales, concientización, visualización y educación del dispositivo. **Discusión:** Estudios develan centros con similares objetivos en salud mental, observándose mayor desarrollo en los procesos de calidad y en la importancia/concientización del área, coexistiendo con especialización de enfermería en salud mental. **Conclusiones:** Es determinante la vulnerabilidad y complejidad de las personas de cuidado, por lo que se hace imperante la concientización educativa en la comunidad y la prestación de recursos para gestión y calidad en la atención en conjunto a un modelo de atención pertinente.

Palabras Claves: Centros de Día; Salud Mental; Adolescente; Gestión Clínica.

 Lorena Elizabeth Mondaca Pavié¹

 Edith Elina Rivas Riveros²

 Catalina Constanza Sepúlveda Rivas³

1. Magíster en Enfermería mención Gestión del cuidado, Universidad de La Frontera. Docente, Facultad de Ciencias para el cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Valdivia, Chile. E-mail: lorena.mondaca96@gmail.com

2. Doctora en Enfermería, Universidad Andrés Bello. Docente departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. E-mail: edith.rivas@ufrontera.cl

3. Doctora en Enfermería, Universidad Andrés Bello. Docente, Facultad de Medicina, Universidad Santo Tomás, Temuco, Chile. E-mail: catalinasepulvedari@santotomas.cl

Recibido: 26 de marzo de 2025

Aceptado: 16 de octubre de 2025

Publicado: 12 de mayo de 2026

 *Autor de Correspondencia

Edith Elina Rivas Riveros

Email: edith.rivas@ufrontera.cl

Perception of clinical management in the child and adolescent population with acute mental health conditions

Abstract

Introduction: Child and Adolescent Day Hospitals stabilize acute mental health conditions through intensive and interdisciplinary interventions. In Chile, there are 12 such facilities, with a shortfall of 73, amid exponential demand growth. This issue coexists with a lack of information and knowledge regarding the care and management provided in these centers. The problem is grounded in Patricia Benner's theory and E. Morin's theory of "complex thinking." **Objective:** To reveal the clinical management of children and adolescents enrolled in Child and Adolescent Day Hospitals with severe mental health conditions. **Materials and Methods:** A phenomenological study, based on the theoretical framework of Max Van Manen. Twelve in-depth interviews were conducted with a convenience sampling. Data analysis takes a phenomenological approach, identifying units of meaning and categories. **Results:** The following meta-categories were identified: 1. Care and management: meso-level, micro-level, and quality; and 2. Challenges related to care: improvement of organizational guidelines, awareness, visibility, and education regarding facilities. **Discussion:** Studies reveal centers with similar objectives in mental health, showing greater development in quality processes and in the importance/awareness of the field, alongside specialization in mental health nursing. **Conclusions:** The vulnerability and complexity of individuals receiving care are decisive, making community educational awareness and the provision of resources for management and quality of care imperative, alongside an appropriate care model.

Keywords: Day Care, Medical; Mental Health; Adolescent; Clinical Governance.

Percepção da gestão clínica na população infantil e adolescente com quadros agudos de saúde mental

Resumo

Introdução: Os Hospitais-Dia da Infância e Adolescência estabilizam quadros mentais agudos por meio de intervenções intensivas e interdisciplinares. No Chile, existem 12 dessas unidades, com uma lacuna de 73, em um contexto de demanda crescente exponencialmente. Esse problema coexiste com a falta de informação e conhecimento a respeito do cuidado e manejo oferecidos nesses centros. Essa questão é corroborada pelas teorias de Patricia Benner e pela teoria do "Pensamento Complexo" de E. Morin. **Objetivo:** Compreender o manejo clínico em crianças e adolescentes internados em Hospitais-Dia da Infância e Adolescência com diagnósticos de saúde mental em condição grave. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo fenomenológico, baseado no referencial teórico de Max Van Manen. Doze entrevistas em profundidade foram conduzidas utilizando amostragem por conveniência. A análise adotou uma abordagem fenomenológica, identificando unidades de significado e categorias. **Resultados:** As seguintes metacategorias foram obtidas: 1. Cuidado e gestão: cuidado nos níveis de mesogestão, microgestão e qualidade; e 2. Desafios relacionados ao cuidado: aprimoramento das diretrizes organizacionais, conscientização, visibilidade e educação sobre o serviço. **Discussão:** Os estudos revelam centros com objetivos semelhantes em saúde mental, demonstrando maior desenvolvimento nos processos de qualidade e na importância/conscientização da área, coexistindo com a especialização em enfermagem em saúde mental. **Conclusões:** A vulnerabilidade e a complexidade dos usuários do cuidado são fatores determinantes, tornando imperativa a conscientização educativa na comunidade e a disponibilização de recursos para a gestão e a qualidade do cuidado, juntamente com um modelo de cuidado relevante.

Palavras-Chave: Hospital Dia; Saúde Mental; Adolescente; Governança Clínica.

Introducción

Los Hospitales de día Infanto Adolescentes (HDI), atienden a niños, niñas y adolescentes (NNA), entre los 10 y los 18 años, con el objetivo de estabilizar cuadros agudos de salud mental de forma ambulatoria, intensiva y por equipo multidisciplinario. Responden a nuevas estrategias de salud en Chile, ofreciendo contención de conductas de riesgo, tratamiento psicosocial y farmacológico, pero a la vez, como alternativa de hospitalización, acortando tiempos de estadía en hospitales de atención terciaria (unidades de pediatría o urgencias) o en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos Psiquiátricos (UHCIPI). Existiendo una alta demanda de estos servicios y un déficit de 187 camas¹⁻⁵.

En Chile, actualmente existen solo 12 Hospitales de Día Infantiles (HDI), a pesar del crecimiento exponencial de las necesidades en salud mental y especialmente tras las consecuencias derivadas del COVID-19. Esta situación se agrava por la baja concientización sobre la temática, sumado a importantes brechas en recursos económicos, humanos, materiales y en la calidad de las prestaciones otorgadas. La falta de un modelo de gestión que entregue orientaciones técnicas al equipo de salud podría profundizar estas brechas y nudos críticos⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en jóvenes entre 10 y 19 años, uno de cada 7 padece un trastorno mental; menor nivel de bienestar social; psicológico y físico, siendo más prevalentes la depresión, ansiedad, trastornos conductuales y suicidio, esta última la cuarta causa de muerte entre adolescentes de 15 y 19 años⁶⁻⁸. Conjuntamente algunas de estas patologías desarrollaron repercusiones durante la pandemia, destacando alteración en hábitos de rutina diaria, mayor sintomatología de ansiedad, temor y estrés. A su vez, según el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF), 1 de cada 7 niños ha sido directamente afectado por las medidas de confinamiento y una cuarta parte de los casos ha sufrido ansiedad y 15% depresión^{9,10}.

En demandas de la población es importante considerar los determinantes en salud, así como las instancias facilitadoras³, para el desarrollo del enfoque de derechos³. Por ello el Plan de Salud Mental del año 2017, evidencia mayor cantidad de trastornos afectivos y disruptivos de NNA con antecedentes de abuso sexual, psicopatología familiar, presencia de maltrato, familia monoparental y el 69,1% de NNA en protección de derechos presenta trastornos mentales, donde 45,3% presenta riesgo de suicidio y 40% dependencia de drogas^{11,12}.

Estos factores de vulnerabilidad constituyen algunos de los principales nudos críticos en la Red de Salud Mental, situación que se agrava por el hecho de que gran parte de esta población se encuentra en sistemas residenciales bajo procesos judiciales vigentes para la protección de derechos. Esto dificulta la coordinación en red, la gestión administrativa y atención clínica, debido a la ausencia de adultos responsables estables y alta rotación de personal en dichas instituciones. Cabe destacar que existe una brecha asistencial del 88,9% para responder a las necesidades de salud mental, la cual aumenta progresivamente cada año³.

En la atención, el equipo clínico multidisciplinario desarrolla las intervenciones¹³ en un entorno de déficit de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, variabilidad en las calidades contractuales, déficit de capacitación, de formación de pregrado y perfeccionamiento, afectando la satisfacción de los usuarios/as¹².

En cuanto a la gestión clínica desarrollada en los establecimientos de salud mental, se ve mermada por las brechas mencionadas, especialmente por la falta de un modelo de gestión actualizado a la

demanda, siendo el último creado el año 2001, presentando dificultad en la estandarización y calidad de los centros, especialmente en los HDI. Este es un rol y función importante en salud mental, que permite planificar, dirigir, coordinar, negociar, monitorear y evaluar los procesos internos de atención clínica, asegurando puntos de mejoras para obtener calidad en el proceso de atención en los usuarios/as, cumpliendo con los objetivos planteados en el Plan Nacional de Salud Mental, lo cual podría ser demostrado por medio de indicadores, que permiten monitorear e impulsar la mejora continua, convirtiendo datos en información relevante e influyente en la toma de decisiones clínicas e incluso de salud pública¹⁴⁻¹⁶.

La complejidad en la atención es amplia, por ello las intervenciones se desarrollan con enfoque integral otorgando respuestas a la enfermedad, lo socioeconómico, cultural y vincular, donde la complejidad de la enfermedad incluye la gravedad, intensidad del cuadro clínico, vulnerabilidad personal y contexto comunitario¹².

Empíricamente, en un centro español, se muestran actividades asistenciales, coordinación, formación continua, supervisión y actividades de educación¹⁷. A su vez, un estudio en HDI describe que los adolescentes con trastornos psicóticos perciben una mejoría a los 6 meses de ingreso que, con intervenciones en red educativas y sociales, aumentaría la eficacia y disminuiría el tiempo de estancia en los centros, aumentando el beneficio terapéutico¹⁸.

Otra investigación destaca la capacidad y sensibilidad del equipo clínico para identificar signos de alarma, realizar derivaciones oportunas y actuar bajo el modelo de comunidad terapéutica¹⁹ y atención psicosocial. La polarización entre enfoques biomédico y biopsicosocial puede influir significativamente en el desenlace clínico de los pacientes y sus familias²⁰. Asimismo, se reportan mejoras importantes en la carga sintomática, con aumento en la calidad de vida y altos niveles de satisfacción con el tratamiento. Entre los factores influyentes se encuentran la gravedad de la enfermedad y la relación terapéutica, siendo esta última altamente valorada tanto por padres como por profesionales²¹.

Las experiencias de usuarios y del personal, también han sido positivas, destacando especialmente el valor terapéutico de las intervenciones y el fortalecimiento del contacto social²². Desde el punto de vista clínico, se observa una reducción de síntomas en problemas de externalización, así como mejoras funcionales en el hogar, escuela, las relaciones con pares y en actividades recreativas²³. En la misma línea, se evidencia una disminución significativa de la gravedad de los síntomas depresivos y un mejor funcionamiento general. Los adolescentes reportan alta satisfacción con los tratamientos individuales, grupales, el trabajo con sus familias y la articulación con el sistema escolar²⁴.

Por otro lado, el rol de afrontamiento es crucial, un entorno familiar con mayor dificultad se asocia con una menor búsqueda de apoyo centrado en la emoción y reestructuración cognitiva²⁵. En la misma línea un estudio alemán ofrece un tratamiento innovador, comunitario y preventivo, con enfoque multidisciplinario, grupal, psicoterapéuticos para padres y terapias familiares; y asistencia de video para observar las interacciones²⁶. Siendo necesario para el cambio, el cumplimiento del tratamiento, el establecimiento de relaciones buenas y solidarias con los compañeros²⁷.

Teóricamente, la teoría de Marjory Gordon revela diferencias en el funcionamiento global entre el ingreso (49%) y el alta (81%), destacando mejoras en la conciencia sobre la enfermedad, la higiene del sueño, arreglo personal, la memoria, así como una disminución en las conductas de riesgo y un incremento en estrategias de adaptación frente al estrés y la ansiedad²⁸. De manera similar, un estudio

realizado en Madrid mostró la eficacia de la valoración de enfermería para detectar problemas de salud susceptibles, contribuyendo significativamente al trabajo interdisciplinario y a una relación terapéutica más efectiva²⁹.

En Chile, se destaca asociación de trastornos de ánimo y esquizofrenia con maltrato y dificultades con el vínculo, probablemente frente a la presencia de situaciones familiares con antecedentes de maltrato y vulneración de derechos³⁰. En Canadá, los HDI han demostrado efectividad de programas intensivos de tratamiento psiquiátrico diurno multimodal con reducción de síntomas, evidenciando una mejoría significativa funcional en el hogar, escuela, relaciones interpersonales con compañeros y tiempos de esparcimiento³¹.

En términos de magnitud, existe una brecha de 73 dispositivos de salud en comparación con el estándar de 85. En América Latina, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, niñas y adolescentes (NNA) es del 22,5%, siendo más frecuente en niños de entre 4 y 11 años. Además, un 24,8% de estos presentan algún trastorno, aunque menos de la mitad de la población que requiere atención médica, la busca³². Esta demanda ha continuado en aumento; en 2018, un 16,5% de los adolescentes presentaban algún tipo de enfermedad mental, y un 11,5% mostraron dificultades con la higiene del sueño. Asimismo, 1 de cada 4 jóvenes reconoció haberse sentido triste, desanimado o deprimido durante el último mes, mientras que un 3% declaró tener ideación suicida "siempre" o "casi siempre", especialmente en el grupo de 15 a 19 años³³.

La pandemia COVID-19, exacerbó los síntomas en NNA con trastorno psiquiátrico previo. Y la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en NNA se ha duplicado durante la pandemia^{9,34}, en un entorno que trabaja con gestores terapéuticos, a cargo de cuidados integrales (PCI) o plan de tratamiento individual (PTI), visitas domiciliarias de salud mental e intervención en crisis con contención emocional, ambiental, farmacológico y contención física en caso de necesidad³⁵.

Al ser una temática en Chile, aún novata en su investigación y desarrollo, se selecciona el sustento teórico, por la Filosofía del Cuidado, de Patricia Benner³⁶, en donde la práctica y teoría establecen un diálogo, desarrollando la enfermería conocimiento a partir de la práctica, mediante la investigación, observación, registro y desarrollo del saber práctico del trabajo clínico experto^{36,37}. Lo cual motivará a los profesionales de Enfermería a generar puntos de mejora continua en esta área que cada vez tiene mayor demanda y de la cual son protagonista en su gestión. A su vez también se apoya en la Teoría del Pensamiento complejo de Edgar Morin, en donde la complejidad del cuidado busca respuesta por medio del modo transdisciplinar, buscando establecer conexiones entre los conocimientos científicos, filosóficos, ideológicos y artísticos entre las ciencias diversas, ya sea humanas o naturales^{38,39}, integrando diferentes dimensiones para abarcar estas problemáticas que competen una magnitud mayor. Es por ello, que se ejecuta esta investigación como estudio cualitativo con enfoque fenomenológico inspirado en Van Manen, quien permite comprender la experiencia vivida y explora su profundidad, permitiendo comprender la realidad en su naturalidad.

Develar la percepción de la gestión clínica brindada a niños, niñas y adolescentes (NNA) con diagnósticos de salud mental adscritos a Hospitales de Día Infanto-Adolescentes (HDI) del sistema público de Chile. El estudio se desarrolló durante el año 2023, en el contexto de dispositivos especializados en salud mental comunitaria destinados a la atención intensiva ambulatoria de NNA, cuyo funcionamiento se basa en la articulación de equipos interdisciplinarios que abordan de manera integral las necesidades biopsicosociales de esta población.

Materiales y Métodos

Se desarrolló un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, cuyo propósito es comprender la realidad en su contexto natural, interpretando los fenómenos a partir de los significados que tienen para quienes los viven, explorando en profundidad la experiencia vivida⁴⁰⁻⁴⁴.

El estudio se realizó durante el año 2023, en el contexto de atención de salud mental para NNA en un Servicio de Salud del sistema público chileno. Incluye Hospital de Día Infanto-Adolescente (HDI) y Departamento de Salud Mental, en los cuales participan equipos clínicos interdisciplinarios y referentes técnicos a nivel de gestión.

La elección del diseño fenomenológico respondió a la necesidad de explorar las experiencias subjetivas de profesionales y directivos vinculados a estos dispositivos, captando los significados construidos en torno a su práctica clínica y de gestión, particularmente en relación con la implementación de modelos centrados en activos en salud mental.

Según Van Manen, la experiencia vivida hace referencia a la experiencia humana desde una conciencia reflexiva, con el objetivo de rescatar la esencia de lo vivido. La descripción fenomenológica busca expresar dicha experiencia a través del lenguaje, respondiendo así a la esencia del fenómeno descrito⁴⁵.

El análisis fenomenológico propuesto por Van Manen se estructura en tres momentos interrelacionados, los cuales conforman un proceso circular y continuo de reflexión^{45,46}.

En el **primer momento**, se recolecta la información mediante entrevistas fenomenológicas, centradas en lo lingüístico. Este proceso incluye la transcripción detallada de cada relato, lo que permite una posterior codificación rigurosa de los datos⁴⁵.

El **segundo momento** consiste en una reflexión reiterativa sobre la experiencia vivida. En esta fase, se identifican temáticas generales a partir del contenido narrado, las cuales se organizan en dos niveles: **reflexión macrotemática**, que aborda el significado fundamental de la experiencia, y **reflexión microtemática**, que descompone el relato en frases o unidades de significado específicas. Estas unidades permiten desvelar el sentido profundo de la vivencia relatada⁴⁵.

En el **tercer momento**, corresponde a una descripción-reflexión que profundiza en las unidades de significado previamente identificadas. Esta etapa incluye una integración operativa de los significados a través de mapas conceptuales, visualizando las relaciones entre las distintas unidades y temáticas emergentes⁴⁵.

La población objetivo estuvo conformada por funcionarios del área de salud mental infanto-adolescente, adscritos a un Servicio de Salud, incluyendo equipos clínicos y directivos pertenecientes al Hospital de Día Infanto-Adolescente (HDI) y al Departamento de Salud Mental.

La unidad de análisis correspondió a los relatos de directivos y equipos clínicos vinculados a los Hospitales de Día Infanto-Adolescente, así como referentes técnicos de residencias, hogares protegidos y jefaturas del Departamento de Salud Mental.

Se utilizó un muestreo de conveniencia, complementado con la técnica de bola de nieve^{41,42,47}, hasta alcanzar saturación de datos. La muestra final estuvo constituida por 12 participantes: un profesional de enfermería, un/a trabajador/a social, un/a psicólogo/a, un/a psicopedagogo/a,

un médico psiquiatra infantojuvenil, un/a terapeuta ocupacional, un/a técnico/a en enfermería de nivel superior (TENS), una coordinadora del HDI, una directora técnica del HDI, tres referentes técnicos del Departamento de Salud Mental y una jefatura del mismo departamento.

Se incluyeron profesionales con funciones directivas (como jefaturas, director/a técnico/a o referentes) vinculadas a la salud mental, con al menos un año de experiencia en el cargo; coordinadores/as de centros de salud mental comunitarios con una experiencia mínima de un año; y profesionales clínicos tales como trabajadores/as sociales, psicólogos/as, enfermeros/as, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionales, técnicos/as en enfermería de nivel superior y psicopedagogos/as o educadores/as diferenciales, que se desempeñaran en Hospitales de Día Infanto-Adolescente o de Adultos, con una antigüedad mínima de un año en dichas funciones.

Se excluyeron funcionarios de Hospitales de Día Infanto-Adolescente cuyas funciones se limitaban exclusivamente a labores administrativas o de apoyo institucional (por ejemplo, secretaría, estafeta, auxiliar), así como profesionales que se encontraban con licencia médica continuada por un periodo superior a un año.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad, empleando una guía semiestructurada diseñada para facilitar la exploración de la experiencia vivida de los participantes en relación con los Hospitales de Día Infanto-Adolescente (HDI). La entrevista fue conducida a partir de una pregunta orientadora general: "¿Me podría contar todo lo que usted sabe sobre los hospitales de día infanto-adolescentes desde su experiencia?". Esta pregunta permitió abrir el relato desde la vivencia subjetiva, posibilitando la profundización posterior a través de subpreguntas flexibles según el desarrollo del discurso.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial, en una sala de reuniones del HDI que ofrecía condiciones de privacidad, favoreciendo un ambiente cómodo y confidencial. Se privilegiaron horarios posteriores a la jornada laboral habitual de los participantes, atendiendo a su disponibilidad y bienestar. Cada encuentro tuvo una duración aproximada de una hora.

Con el objetivo de garantizar la fidelidad interpretativa, se realizaron notas de campo paralelas a las entrevistas, las cuales estuvieron a cargo de un ayudante de investigación. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado firmado por cada participante. Posteriormente, fueron transcritas de manera manual, asegurando mayor fidelidad interpretativa. En concordancia con el principio de confidencialidad, los nombres personales y referencias identificatorias fueron sustituidos por códigos alfanuméricos, tanto en las transcripciones como en los resultados expuestos.

La recolección de datos se llevó a cabo hasta alcanzar la saturación teórica, es decir, el punto en que la información recogida comenzó a volverse reiterativa y no aportó nuevas categorías o significados relevantes para el fenómeno estudiado⁴⁰⁻⁴².

Se asumió una actitud teórica coherente con la fenomenología, adoptando una posición reflexiva frente a la experiencia bajo estudio, orientada a retornar a la vivencia original y sus significados. En este contexto, se aplicó el principio de epoché (término del griego antiguo que significa "suspensión"), entendido como una postura deliberada de abstención de juicios, teorías o conocimientos previos, permitiendo que la experiencia se manifieste por sí misma, sin ser mediada por interpretaciones preconcebidas^{43,46,48}.

Una vez completadas las transcripciones, se avanzó en el análisis fenomenológico a partir del segundo y tercer momento propuesto por Van Manen, descrito por Guerrero-Castañeda⁴⁵. En el segundo momento, se identificaron unidades de significado mediante codificación abierta y axial, apoyados por el software Atlas.ti versión 23. Este programa permitió la segmentación sistemática de los datos en unidades significativas, facilitando la organización temática y conceptual del corpus analizado.

Posteriormente, se desarrolló la reflexión macrotemática, centrada en los significados fundamentales, y la reflexión microtemática, que profundiza en frases o fragmentos clave de los relatos. En el tercer momento, se integraron las unidades de significado, identificando relaciones temáticas y, cuando fue pertinente, representándolas mediante mapas o gráficas conceptuales, favoreciendo una comprensión estructurada de la experiencia vivida^{41,45}.

Durante todo el proceso se aplicaron los criterios de rigor propuestos por Guba y Lincoln: credibilidad, transferibilidad, dependencia (consistencia) y confirmabilidad (reflexividad)^{49,50}. Con el fin de asegurar la validez de los hallazgos y minimizar posibles sesgos derivados de una única fuente o de la interpretación individual del investigador, se utilizó la técnica de triangulación. En este estudio se aplicó la triangulación de investigadores, lo que permitió contrastar y enriquecer el análisis a partir de distintas perspectivas, agregando rigor, amplitud y profundidad a los resultados. De este modo, un segundo investigador revisó y analizó los datos de forma independiente, fortaleciendo la consistencia y conformabilidad del estudio⁵¹. Asimismo, se resguardaron los principios éticos conforme a los siete requisitos propuestos por Emanuel et al.⁵²: valor social, validez científica, selección equitativa de los participantes, relación favorable riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto por los sujetos incluidos en la investigación⁵²⁻⁵⁵. Los datos recogidos en su totalidad se disponen para libre acceso y consulta en Mendeley Data⁵⁶.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Los Ríos en Chile, bajo el Ordinario N° 241.

Resultados

Se responde a la esencia del fenómeno, por medio de 12 entrevistas en profundidad a informantes del área clínica, micro gestión, jefatura y referentes del HDI, hogares y residencias protegidas, perteneciente al área de mesogestión. Todos los entrevistados cuentan con experiencia mayor a 5 años de trabajo en salud mental y se encuentran en un rango etario entre 29 años y 55 años.

Se desprenden 4 meta categorías principales, de las cuales se organizaron con sus respectivas subcategorías, detallado a continuación:

- 1. Mesogestión:** Compuestas por 2 subcategorías: 1.1 Cuidados de intersector; 1.2 Cuidados desde Referencia.
- 2. Microgestión:** Compuesta por 4 subcategorías: 2.1. Coordinación; 2.2 Vinculación con el intersector; 2.3 Educación; 2.4 Contexto comunitario.
- 3. Calidad.**
- 4. Desafíos en relación con los cuidados.**

A continuación, se desarrollan cada una de ellas.

En la [Figura 1](#), se puede observar a nivel de Cuidados otorgados y Gestión, las tres meta categorías principales: mesogestión, microgestión y calidad.

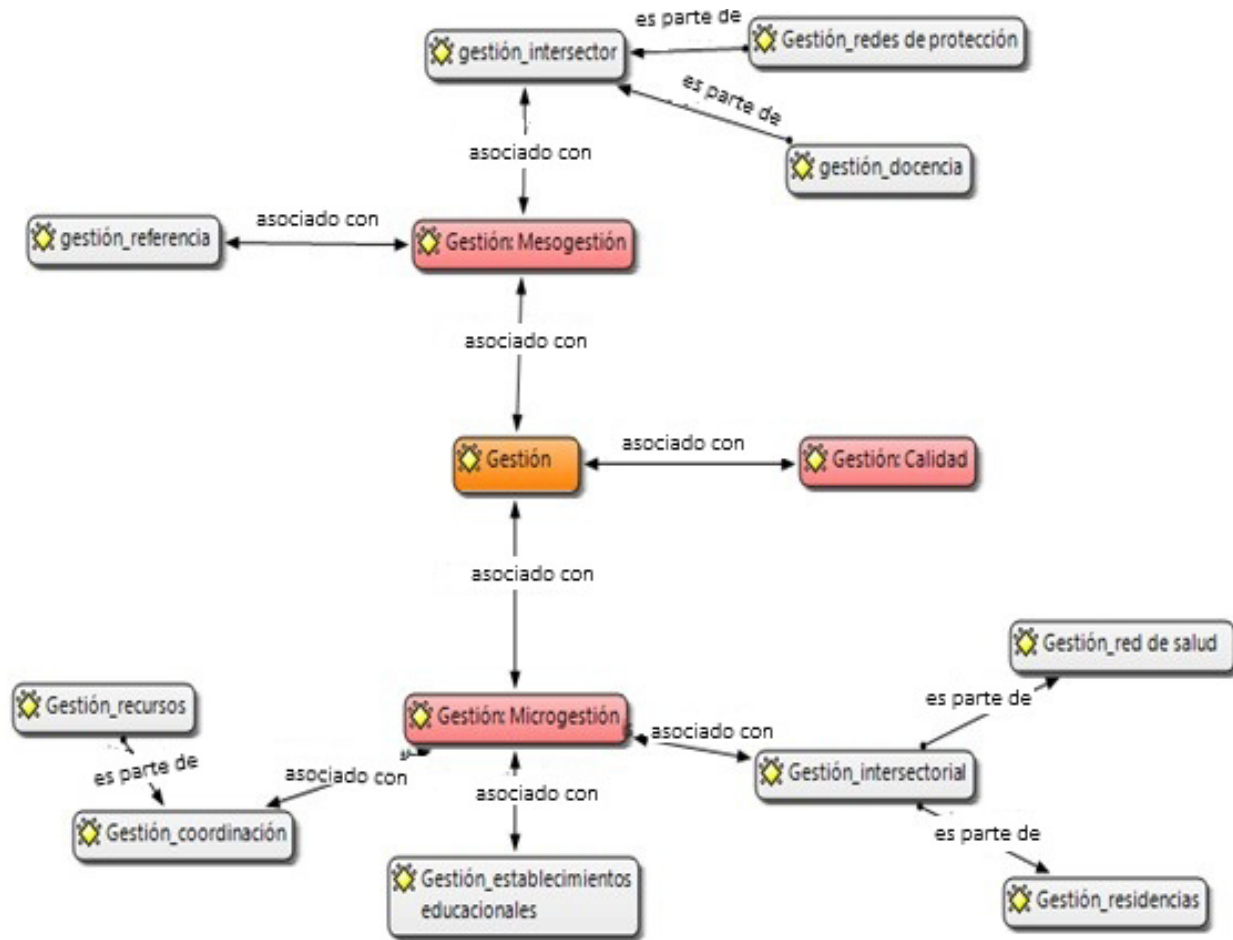


Figura 1. Gestión clínica– mesogestión, gestión calidad y microgestión

Nota: Figura realizada con el uso de Software Atlas.ti.

1. Mesogestión

Se orienta a la organización relacionada con las redes asistenciales, siendo esta metacategoría vinculada a uno de los niveles de gestión el cual se relaciona con gestores de la red, incluyendo a Servicios de salud y Departamentos respectivos de la red de salud. En mesogestión, se puede observar el desarrollo de gestión en supervisión, acompañamiento desde referentes técnicos, gestión de recursos y gestión con la red intersectorial (de salud, redes de protección, programas sociales, entre otros). Se pueden visualizar 2 subcategorías: cuidados intersector y desde referencia.

[Me puedo relacionar con las universidades, con otros dispositivos, por ejemplo, cuando hay que hablar del flujo de derivación, podemos sostener reuniones con otros referentes técnicos o con otras instituciones u otros centros como el CESAMCO, el hospital de día adulto, puedo ayudar a hacer la gestión con el hospital base, pero siempre el límite es que no interrumpa la propia gestión del hospital de día...] E9 US15

1.1. Cuidados intersector: existe acompañamiento y supervisión de metas e inexistencia del modelo de gestión actualizado para los Hospitales en estudio, siendo la última versión del año 2001, lo que dificulta la funcionalidad en la gestión, especialmente en destinación de recursos humanos y materiales.

[Se administran los centros apoyando a los equipos en la gestión. La gestión puede ser atención clínica; y tiene que ser supervisada, ver si cumplen las metas del ministerio; tienen que hacer bajadas de las políticas, asociadas al área; hacer seguimiento a los profesionales; o si hay dificultades, por ejemplo, licencias médicas o permisos...] E9 US8

1.2. Cuidados desde referencia: centrados en acompañamiento, comunicación continua, coordinación, generando instancias participativas. Bogar por problemáticas del hospital ante jefaturas (casos clínicos, recursos humanos, materiales) en búsqueda de soluciones. Siendo la de mayor intervención el área judicial, ya que los casos judiciales o con sistemas residenciales, ameritan mayor gestión y coordinación con agentes de redes de protección.

[La visión del referente es necesaria cuando los casos quedan sin movilidad o se requiere desde la red, hacer coordinaciones, a veces los equipos se entrampan y la referente tiene avanzar ...y los terapeutas también debiésemos tener supervisores terapeutas...o cuando cumpliste un objetivo del nivel] E11 US2

2. Microgestión

Se orienta a la organización de redes asistenciales, en donde esta meta categoría vincula a uno de los niveles de gestión en relación con la gestión clínica, donde se visualizan las atenciones y cuidados directos por parte de los equipos de salud. En esta etapa se desarrollan gestiones de coordinación, intersector, gestión escolar, en área comunitaria y gestión de recursos (materiales y humanos).

2.1. Coordinación: Inserto en el rol de la coordinadora del HDI, funciona como rol de conexión entre mesogestión y entidades participantes, activando el flujo frente a directivas y participando en mesas temáticas, velando por las necesidades. Se gestionan los recursos (recurso humanos y materiales), económicos, insumos de farmacia y calidad, realizados por enfermera y coordinación.

[Gestionar los recursos humanos, materiales para el buen funcionamiento del hospital...realizar todas las coordinaciones del extrasistema con otras entidades, derivaciones intra como extra, gestionar los cupos, el grupo humano, cumplir todos nuestros roles] E3 US36

2.2. Vinculación con el intersector: Se generan gestiones con (CESFAM, policlínico, CESAMCO), con la red de protección y el Servicio de Protección de la niñez y adolescencia (ex "SENAME" o "Mejor niñez") siendo una de las redes más complejas, al existir escasa concientización del proceso de salud mental en los NNA por parte de equipos judiciales y además despersonalización del cuidado en las residencias, lo cual se contradice con los cuidados sugeridos y otorgados por el equipo de profesionales del HDI.

[Los chicos en residencias cursan largos procesos y muchas veces no son altas terapéuticas...y los procesos de intervención tienen mayor éxito cuando los chicos cuentan con contexto familiar...y red de apoyo. Cuando no está, es muy difícil avanzar] E1 US 35

[La rotación de personal que tiene "mejor niñez" dificulta mucho el trabajo, porque se van cambiando los referentes significativos de los niños, las coordinaciones quedan en la mitad y se debe recordarse. Hay algunas prácticas que son cuestionables desde la lógica institucional de "mejor niñez", que también permea las prácticas profesionales...Es una situación bien compleja cuando vienen de residencia, es un desafío para nosotros como hospital] E3 US42

2.3. Educación: En gestión escolar, se observa la comunicación directa con los establecimientos educacionales a los que pertenecen los NNA que asisten al HDI, y el rol de la psicopedagoga, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogo y Enfermera, quienes otorgan psicoeducación activa y personalizada a los docentes y funcionarios en manejo para con el usuario/a. En la primera fase del tratamiento, no asisten al establecimiento educacional, con el fin de condensar atenciones clínicas y estabilizar la fase aguda. También existen dificultades en la comprensión de los casos en los establecimientos educacionales, como discriminación y rechazo hacia los NNA que se encuentran en fase aguda de salud mental.

[Harta concientización de salud mental y la estrategia de manejo, sin caer en la exclusión, que es algo que se tiende a realizar como uno de esos espacios por el desconocimiento y por la falta de estrategias de manejo en situación de crisis, o cuando el cuadro está agudizado, la tendencia es poder sacar. Hay que ir mostrando el tema de la de la salud mental para evitar la estigmatización y la discriminación] E1US12

[Se realizan reuniones de coordinación con los colegios y adecuaciones curriculares, para el mejor manejo y organización de los usuarios(arias) para la revinculación progresiva en los contextos escolares. Muchos de los usuarios que tienen dificultades o han tenido dificultades en la integración escolar, por su problemática salud mental] E6 US28

2.4. Contexto comunitario: Se generan gestiones motivadas por los profesionales clínicos con el objetivo de promover inserción social de los usuarios/as, en actividades dentro de la comuna, por ejemplo: asistencia a museos, parques, conexiones con universidades, centro de jóvenes, programas de cultura, entre otros. Cabe destacar que estas actividades no se encuentran incluidas dentro del programa del hospital, son una iniciativa de sus participantes, por lo cual son autogestionadas.

[Estamos constantemente tratando de vincularnos con el medio para que los adolescentes tengan la oportunidad de conocer las diferentes actividades u oportunidades que se desarrollan dentro de la ciudad, para abrir un poquito sus áreas de interés] E7

3. Calidad en la atención

La unidad de calidad está a cargo de enfermera, creando protocolos ajustados a las necesidades del hospital (protocolo de riesgo suicido, agitación psicomotora, administración de medicamentos, entre otros), velar por la seguridad de los usuarios(as) y de que se ejerza una atención de calidad durante la intervención. También es donde se reportan los eventos adversos, generando medidas de mejora continua para ello, sin embargo, existe déficit o nulo flujograma para atender estas necesidades hacia el personal directivo y así poder crear estrategias en relación a la mejora del dispositivo, esto se vincula a que en el nivel de mesogestión, no existe unidad de calidad en el departamento de Salud Mental, que supervise y genere lineamientos transversales de calidad a través de todas los dispositivos de salud mental. Una parte importante del nivel de calidad es ayudar en la formulación de la resolución sanitaria en conjunto con la dirección técnica, ítem que se viene desarrollando hace años, sin embargo, no ha podido tener éxito a la actualidad, existiendo dificultades burocráticas en relación con el departamento de salud mental e infraestructura.

[Estamos en el proyecto de tener resolución sanitaria, lo estamos intentando desde el 2018 y no ha resultado por diferentes razones...tenemos que ir a pedir nuestros controlados a la farmacia del CESAMCO] E5US57

[La enfermera es clave en esto y está encargada de ejecutar y velar porque los protocolos locales se cumplan, ver que se cumplan los indicadores de calidad...reportar todos aquellos eventos centinelas... hacer un plan de trabajo, para evitar repeticiones. Está a cargo también de la unidad de farmacia, que se cumplan los protocolos de farmacia, que se vele por entregar los medicamentos a tiempo, que no existan efectos adversos tanto en la dispensación como en la administración de fármacos] E7

Tabla 1. Desafíos en relación con los cuidados otorgados a NNA con cuadros agudos de salud mental

Desafíos en relación con los cuidados	Visibilizar	Educación comunitaria
	Políticas públicas	Mejora en recursos, disponer de centros de salud mental especializados y en políticas o lineamientos.
	Formación pregrado	Incorporación

4. Desafíos en relación con los cuidados

Se identifica la concientización de este tipo de establecimientos de salud, fomentando difusión, visualización y educación, permitiendo reconocimiento desde diferentes redes y la comunidad. La mejora de políticas públicas enfocadas en las necesidades actuales a nivel nacional y regional, mejorar los lineamientos influirá directamente en la organización y permitirá velar por recursos. Bajo esta misma concepción, el aumento de los centros de salud mental especializados disminuirá brechas o factores obstaculizadores, permitiendo una atención de calidad de acuerdo con su complejidad, evitando agotamiento de los equipos ya existentes y destinación de recursos en otras estrategias que no solucionan. Se observa como desafío el aumento de formación en pregrado en salud mental y su aplicación en áreas agudas, esto generaría mejor disposición e interiorización al aplicar los cuidados, aprendiendo de la experiencia, pero con base formativa clara y concisa, siendo clave en procesos de gestión de estas entidades de salud.

[Es necesario que se visibilice... para disminuir las brechas en la intervención de equipos, brechas estructurales que se tienen que subsanar, para generar mejores condiciones de trabajo y trabajar con pacientes agudos en su estabilización...y evitar que esos pacientes lleguen a internación 24/7 y permitir insertarse en el sistema familiar o residencial estable] E5 US79

[¿Cómo poder seguir avanzando? en la implementación y en la difusión y perfeccionamiento del modelo y, posicionarse en los espacios de formación profesional...ayuda para que existan más profesionales con experiencia y que puedan ir avanzando en la implementación en otros lugares]E6 US15

[La salud mental es como el hermano pobre de la salud y la salud mental infanto juvenil es como el hermano pobre del hermano pobre, o quizás el hijo pobre del hermano pobre de la salud. Y en ese sentido yo creo que nos faltan más dispositivos de este tipo] E6 US72

La vinculación de la Teoría del pensamiento complejo de Edgar Morin, le otorga valor, al involucrar desafíos contemporáneos y emergentes, con una demanda compleja que debe centrarse en intervenciones en el ser humano y en la organización de las entidades. De igual forma, la filosofía de Patricia Benner lograr visualizar y categorizar a los profesionales en nivel de competente y eficiente, priorizando la atención en las planificaciones y en gestiones, aumentando el nivel de eficiencia con los NNA y familia³⁷⁻³⁹.

Discusión

Respecto de cuidados en el intersector y déficit del modelo de gestión, un artículo refiere desafíos en la ejecución de programas, en la gestión de calidad y en la desinstitucionalización, déficit en procedimientos estandarizados e instrumentos para el manejo de las crisis (agresividad, intento suicida, prevención y manejo de abandonos, gestión de altas y derivaciones)⁵⁷.

A su vez, en relación a la microgestión, complejidad en la vinculación y gestión en el intersector, la mayoría de las residencias se encuentran carentes de personal sanitario, sin presencia de enfermero(a), expresando déficit en supervisión, educación y desarrollo de estrategias de intervención en crisis, siendo las educadoras de trato directo encargadas del área farmacológica, resultando, brechas en coordinación, manifestadas como tardanzas, desinterés o falta de comprensión, junto a alta rotación de personal, limitando la atención de los NNA, inclusive en la entrega de información clínica médica respecto al cuidado de salud mental⁵⁸. En esta misma línea un manual de procedimientos de

enfermería en salud mental comunitaria aborda la planificación estratégica, gestión clínica, plan de cuidados describiendo el funcionamiento y estándares de cuidados y atenciones, para establecer garantizar la continuidad de cuidados⁵⁹.

Y un artículo destaca, la complejidad y abordaje terapéutico con trabajo multidisciplinario, polimodal y coordinado muy necesario en patologías graves como las psicosis, lo que es coincidente a nuestros resultados⁶⁰. En cuanto a lo educacional, las gestiones descritas se manifiestan en personas con problemas de salud mental, vulnerables, que experimentan estigma, discriminación, abuso y violencia y pueden ser excluidas de las oportunidades educativas y de empleo, coincidiendo con los estigmas en NNA, que generan poca aceptación y dificultades en su reinserción social, comunitaria y escolar⁶¹.

En relación con la calidad, una investigación destaca que es clave en el cuidado en salud mental, orientando a la mejora de la efectividad, si bien esta dimensión presenta lineamientos similares, se observa un retraso en las estrategias de implementación, siendo un área poco visualizada, similar a los resultados, manifestado en la inexistencia de resolución sanitaria y deficiencia en protocolos transversales en las unidades de la región⁶².

En desafíos, la ampliación de la cobertura de salud mental infantil en Chile enfatiza otorgar prioridad a la salud mental de los niños, para evitar que las experiencias tempranas de vida impacten significativamente en la arquitectura del cerebro del niño, ya que las inversiones de promoción, prevención y tratamiento temprano son *rentables y eficaces* y es la estrategia más eficiente y justa de desarrollo del capital humano⁶³. El Consejo Internacional de Enfermería refiere la esencialidad en la investigación de salud mental, abordando disparidades en acceso a la atención, aumentando eficacia en los cuidados, y con ello, favorecer construcción de políticas que mejoren prestaciones y acceso equitativos, siendo coincidente con la metacategoría de desafíos en relación con los cuidados⁶⁴.

En formación en pregrado y especializaciones o masters en salud mental, son fundamentales, para la reducción del estigma y comprender las complejidades de los niños con sufrimiento emocional⁶⁵. Con respecto a los desafíos y rol profesional, autores proponen la Teoría basada en roles en Salud Mental, favoreciendo el cuidado integral, apoyando la proactividad, motivación y capacidad de autogestionar^{65,66}.

Para finalizar, la población estudiada es determinante por su vulnerabilidad, gran parte de los NNA sufren dificultades socio-económicas, experiencias de abusos, violencia intrafamiliar, escasa red de apoyo, cuidadores altamente desgastados, antecedentes de consumo de drogas en círculo cercano, experiencia de traumas complejos, usuarios pertenecientes a sistemas residenciales, entre otros. Por ello, una de sus características identitarias es la complejidad, que a la vez puede ser un factor obstaculizador en la atención. Aquí la vulneración de derechos y el déficit sociocultural son gatillantes, en los NNA adscritos a programas de protección de la Infancia e implica aumento de tareas en gestión y mesogestión, que requieren de profesionales especializados.

Conclusiones

Se cumplió el objetivo planteado, evidenciando que los cuidados otorgados en los Hospitales de Día Infanto-juveniles (HDI) están determinados por la gestión de los equipos profesionales y el desarrollo de acciones preventivas, aun en una población altamente vulnerable y compleja desde lo social. La metodología planificada se concretó de forma exitosa, permitiendo la obtención y análisis de resultados. Los Hospital de Día Infanto Adolescente cumplen un rol fundamental al responder a necesidades específicas de su población objetivo, en un contexto marcado por la creciente demanda de atención

en salud mental infanto-juvenil y la precariedad del sistema. Esto exige que las instituciones gubernamentales implementen estrategias que reduzcan las listas de espera, favorezcan la continuidad del cuidado, disminuyan las recaídas y fortalezcan la rehabilitación social. En este escenario, el trabajo con las familias y la gestión clínica resultan cruciales, destacando especialmente el aporte de la Enfermería en conjunto con equipos multidisciplinarios, al articular distintas dimensiones del cuidado necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Asimismo, se releva la importancia de la microgestión y mesogestión en la atención, ámbitos donde muchas veces el esfuerzo de los equipos no es suficientemente visibilizado. Potenciar procesos internos de calidad permitiría avanzar hacia una cultura de seguridad, disminuir brechas y consolidar unidades especializadas en gestión de calidad, un campo aún poco desarrollado en salud mental. En este sentido, los profesionales de Enfermería poseen competencias integrales para liderar dicha implementación y orientar la mejora continua. A la par, se hace necesario enfrentar la despersonalización del cuidado en dispositivos residenciales mediante recursos adecuados, protocolos claros, capacitación permanente y acceso a especialidades en salud mental.

Finalmente, se insta a las instituciones gubernamentales, gestores y autoridades a reconocer las brechas existentes en la red de salud mental, priorizando políticas públicas basadas en evidencia que respondan a las demandas actuales. Ello impactará positivamente en la salud pública, la asignación de recursos y el ejercicio profesional de los equipos clínicos.

En cuanto a las limitaciones, este estudio se centró en un único establecimiento de la zona sur, sin incluir otros centros de la red nacional. Por ello, se recomienda ampliar futuras investigaciones a distintos contextos y utilizar diversos diseños metodológicos, con el fin de fortalecer la base disciplinar en salud mental infanto-juvenil y generar evidencia más robusta sobre los cuidados otorgados.

Conflicto de interés: No se presentan conflictos de interés por parte de los autores de este artículo.

Financiación: Autónoma de las investigadoras.

Agradecimiento: Al Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera.

Referencias

1. **Jiménez Pascual AM.** Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2001;21(77):115-124. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n77/n77a08.pdf>
2. **Etienne CF.** Mental health as a component of universal health. *Rev Panam Salud Publica*. 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
3. **Ministerio de Salud (MINSAL).** Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la red general de salud. 2018.
4. **Ministerio de salud (MINSAL).** Red de servicios de salud mental y psiquiatría. 2000. Consulta: Septiembre 17, 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>
5. **Ministerio de salud (MINSAL).** Plan de acción de salud mental 2019-2025. Consulta: Agosto 20, 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025.pdf>
6. **Organización Mundial de la Salud.** La salud mental de los adolescentes. 2021. Consulta: Septiembre 15, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

7. **Pupo-González L, Nogueras-Reyes Y, de-Prada-Justel ME, Labrada-Pupo D.** Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2018;43(6). <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1687>
8. **Organización Mundial de la Salud.** Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Notas descriptivas. 2022. Consulta: Agosto 20, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
9. **Paiva Mack I, Barriga Muñoz F.** Salud mental infanto juvenil en Chile. Recomendaciones de política pública. Toda mejora. Universidad Adolfo Ibañez. 2021. Consulta: Septiembre 23, 2023. Disponible en: <https://todomejora.org/media/pages/bibliodiversa/salud-mental-infanto-juvenil-en-chile-durante-el-covid-19-recomendaciones-de-politica-publica/9edd1a2c14-1643235271/recomendaciones-de-politica-publica-salud-mental-infanto-juvenil.-cod-covid1006.pdf>
10. **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Por lo menos 1 de cada 7 niños y jóvenes ha vivido confinado en el hogar durante gran parte del año, lo que supone un riesgo para su salud mental y su bienestar. [Comunicado de prensa]. 2021. Consulta: Agosto 17, 2023 . Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/1-cada-7-ninos-jovenes-ha-vivido-confinado-hogar-durante-gran-parte-ano>
11. **Ministerio de Salud (MINSAL).** Plan Nacional de Salud Mental. Subsecretaría Salud Pública. 2017. Chile. Consulta: Octubre 20, 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
12. **Ministerio de Salud (MINSAL).** Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. 2018. Chile. Consulta: Octubre 10. 2023 . Disponible en: <https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/biblioteca/251/20210412-modelo-de-gestion-centro-de-salud-mental-comunitaria.pdf>
13. **Ministerio de Salud (MINSAL).** Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de día en Psiquiatría. 2002. Chile Consulta: Noviembre 11, 2023. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1540326>
14. **Armijos J, Núñez Mondaca A.** Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. *Revista médica de Chile*. 2020;148(5):626-643. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626>
15. **Iza-Mayorga RF, Ventura-Seclén GA, Mendizabal-Anticona WJ, Saldaña-Millán JM, Gonzales-Vigo MA, Albarrán-Gil JL.** La gestión administrativa y los sistemas de salud. Antecedentes y perspectivas. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2023;27(6). http://scielo.sldcu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700018&lng=es&tlng=es
16. **Lima IB de, Bernadi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, et al.** The use of indicators for the management of Mental Health Services. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2021;29:e3409. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>
17. **Villero Luque S, Fuertes Beneítez P, León Allué L, Rodríguez Pérez E, Sánchez Carpintero AA, Jiménez Pascual AM.** Evaluación del Hospital de día Infanto Juvenil. IV Jornada Nacional de Hospitales de día y terapias intensivas con niños y adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del adolescente. Bilbao. 2016. Consulta Septiembre 15, 2023. Disponible en: <https://sepyrna.com/evaluacion-del-hospital-de-dia-infanto-juvenil/>
18. **Villarreal B, Moreno O, Gol L, Bilbao A, Soriano A.** Estudio longitudinal prospectivo de los cambios clínicos en adolescentes tratados en hospital de día. *Psicopatol. Salud Ment*. 2013;21:9-17. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Villarreal-Berna-21.pdf>
19. **Buiza Aguado C, Uría Rivera T, Serrano Coello de Portugal A, Ahijado Guzmán Z, Delfa Álvarez A, Frigolet Mayo P, et al.** El Hospital de Día -Centro Educativo Terapéutico Pradera de San Isidro. Un dispositivo para el tratamiento intensivo de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16(61):e19-e32. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100004>

20. **Weber CA, Juruena MF.** Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Rev Assoc Med Bras* 2016;62(4):361-7. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.04.361>
21. **Thun-hohenstein L, Weltjen F, Kunas B, Winkler R, Fritz C.** Outcome quality of inpatient and day-clinic treatment in child and adolescent psychiatry-a naturalistic Study. *Children*. 2021;8(12):1175. <https://doi.org/10.3390/children8121175>
22. **Morant N, Davidson M, Wackett J, Lamb D, Pinfold V, Smith D, et al.** Acute day units for mental health crises: a qualitative study of service user and staff views and experiences. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33691668/>
23. **Balvardi S, Rahbari N, Jolicoeur-Martineau A, Rudy L, Arnovitz M, Laplante DP, et al.** Effectiveness and Predictors of outcomes in a psychiatric day treatment program for elementary-age. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2022;67(4):269-279. <https://doi.org/10.1177/07067437211000627>
24. **Bradic Z, Kosutic Z, Mitkovic Voncina M, Jahovic S, Todorovic D, Maravic M, et al.** Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A case of good practice. *Psychiatric Services*. 2016;67(9):943-945. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600089>
25. **Rodriguez EM, Donenberg GR, Emerson E, Wilson HW, Brown LK, Houck C.** Family environment, coping, and mental health in adolescents attending therapeutic day schools. *Journal of Adolescence*. 2014;37(7):1133-42 <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.07.012>
26. **Furniss T, Muller JM, Achtergarde S, Wessing I, Averbeck-Holocher M, Postert C.** Implementing psychiatric day treatment for infants, toddlers, preschoolers and their families: a study from a clinical and organizational perspective. *International Journal of Mental Health Systems*. 2013;7(1):12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-12>
27. **Kennedy J, Hembry P, Green D, Skuse D, Lewis S.** Predictors of change in global psychiatric functioning at an inpatient adolescent psychiatric unit: a decade of experience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2020;25(2):471-482. <https://doi.org/10.1177/1359104519898215>
28. **Murias Quintana A, Serrano García A.** La enfermería en un Hospital de Día de Salud Mental: evolución según las valoraciones de enfermería. *Rev. Presencia*. 2019;15:e12549. <http://ciberindex.com/p/p/e12549>
29. **García M, López E.** La valoración en Hospital de día de adolescentes desde e paradigma del autocuidado y la recuperación en salud mental. En XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. 2015. Consulta 24 enero 2024. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/32%20Burgos-2015.pdf>
30. **Castillo-Vera F, Baeriswyl-Lautz K.** Características sociodemográficas y diagnósticas de los usuarios del Hospital Diurno Infanto Juvenil de Viña del Mar, entre los años 2002 y 2016. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2016;27(3): 8-19. <https://www.sopnia.com/noticias/revistas/vol-no27n3/>
31. **Balvardi S, Rahbari N, Jolicoeur-Martineau A, Rudy L, Arnovitz M, Laplante DP, et al.** Effectiveness and Predictors of Outcomes in a Psychiatric Day Treatment Program for Elementary-Age. *Can J Psychiatry*. 2022;67(4):268-279. <https://doi.org/10.1177/07067437211000627>
32. **Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al.** Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of child psychology and Psychiatry*. 2012;53(10):1026-1035. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>
33. **Ministerio de Desarrollo Social y Familia.** La salud mental de los jóvenes en Chile: claves y perspectivas para abordar la problemática. *Injuv*. 2019. Consulta 20 enero 2024. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_30.pdf
34. **Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP.** Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49(4):279-288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>

35. **Raile Alligood M.** Modelos y Teorías en Enfermería. 8a ed. España: Elsevier; 2015.
36. **Carillo Algarra A, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N.** La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*. 2013;32:346-361. <https://scielo.icsiii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>
37. **Moral Jiménez MV.** Conceptos básicos del paradigma de la complejidad aplicados a la cuestión del método en psicología social. *Summa Psicológica UST*. 2017;14(1):12-22. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6068360.pdf>
38. **Barberousse P.** Fundamentos teóricos del pensamiento complejo de Edgar Morin. *Revista Electrónica Educare* 2008;12(2):95-113. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194114586009.pdf>
39. **Taylor SJ y Bogdan R.** Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. España: Ediciones Paidós; 1987. https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05_taylor_mc3a9todos.pdf
40. **Rodríguez G, Gil-Flores J, García-Jiménez.** Metodología de la Investigación Cualitativa. 2a ed. Ediciones Aljibe; 1996.
41. **Hernández-Sampieri R.** Metodología de la Investigación. 6aed. Mc Graw-Hill; 2014.
42. **Castillo-Sanguino N.** Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 2020;20(10):7-18. https://www.researchgate.net/publication/344659548_Fenomenologia_como_metodo_de_investigacion_cualitativa_preguntas_desde_la_practica_investigativa
43. **Van-Manen M.** Investigación Educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad. Idea Books, S.A. 2003;26-86.
44. **Guerrero-Castañeda RF, González-Soto CE.** Experiencia vivida, Van Manen como referente para la investigación fenomenológica del cuidado. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2022;19(3):112-120. <https://doi.org/10.22463/17949831.3399>
45. **Silva-Pereira P.** Fenomenología de la Práctica: investigación en Enfermería de la experiencia vivida. *Revista de Enfermería UFPE*. 2015;9(10):9608-15. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10907/12180>
46. **Martínez-Salgado C.** El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):613-619. <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?lang=es&format=pdf>
47. **Beyoda-Rodas CA.** El carácter fenomenológico de la investigación cualitativa en Max Van Manen y la "ciencia del origen de la vida" de Martin Heidegger. *Escritos*. 2022;30(65): 249-268. <http://doi.org/10.18566/escr.v30n65.a05>
48. **Lincoln YS, Guba EG.** *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications. 1985.
49. **Guba EG, Lincoln YS.** Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications.1989.
50. **Denzin NK.** The research act: a theoretical introduction to sociological methods. *Englewood Cliffs*. 3rd ed. NJ: Prentice Hall. 1989.
51. **Emanuel E.** ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. 1999;39:83-96. <https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/258/submission/proof/files/assets/basic-html/index.html#page84>
52. **Pérez-Rodríguez M, Palacios-Cruz L, Rivas-Ruiz R, Talavera JO.** Investigación clínica XXIV. Del juicio clínico a la ética en la investigación en humanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(6):666-672. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7380687/>
53. **Suárez-Obando F.** Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Persona y Bioética*. 2015;19(2):182-197. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2>

54. **Viorato N, Reyes V.** La ética en la investigación cualitativa. *Cuidarte*. 2019;8(16):35-43. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2019.8.16.70389>
55. **Mondaca Pavié LE, Rivas Riveros EE, Sepúlveda Rivas CC.** Clinical management in the pediatric-adolescent population with acute mental health conditions. *Mendeley Data V1*. 2026. <https://doi.org/10.17632/b8k786xzsp.1>
56. **Vaccari Jiménez P, Astete Cereceda M y Ojeda P.** Desinstitucionalización de la salud mental pública en Chile: nuevos desafíos y algunos ejemplos sobre las experiencias del centro comunitario de salud mental (COSAM) y del hospital de día (HD) en la comuna de Concepción. *Revista Pequén*. 2012;2(1):83-107. <https://revistas.ubiobio.cl/index.php/RP/article/view/1835/1779>
57. **Castelblanco Sánchez R, Rivas Riveros E, Campillay MC.** Crisis de reparación: brechas y gestión del cuidado en Niños, Niñas y adolescentes institucionalizados (as). *Horizonte de Enfermería*. 2023;34(2):306-20. <https://cuadernos.info/index.php/RHE/article/view/60501>
58. **Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.** Manual de procedimientos de Enfermería de Salud Mental. 2da ed. Madrid. Coordinación autoría: Caminero Luna, P, Villalba Borruel AM, Luna Navarro ML. Madrid. 2021. Consulta: Septiembre 20, 2024. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050728.pdf>
59. **Alazraqui HF.** Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica*. 2017;22(2):32-47. https://dspace.uces.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/4333/1/Historia_Alazraqui.pdf
60. **García LL.** Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2020;37(2):3-5. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/357/290>
61. **Sánchez Balcells S, Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Roldán Merino JF.** Evolución del concepto de calidad de los cuidados en salud mental. *Rev ROL Enferm*. 2020;43(1):46-50. https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/12/46_Evolucion-del-concepto-de-calidad-de-los-cuidados-en-salud-mental-2020.pdf
62. **Zúñiga-Fajuri A, Zúñiga F. M.** Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile. *Acta bioethica*. 2020;26(1):73-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100073>
63. **Consejo Internacional de Enfermeras-CIE.** Directrices sobre la enfermería de salud mental. 2024. Consulta: Octubre 12, 2024. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-03/ICN_MentalHealthNursingGuidelines-2024_FINAL_SP_0.pdf
64. **Rey Mourelle B, Maeztu Ugarte R, Martínez Esteban VT.** Teoría basada en roles en Salud Mental: una propuesta para la reflexión. *Metas de Enfermería*. 2022;25(2):65-72. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081880>
65. **Cruz Mendes A, Marques MI, Monteiro AP, Barroso T, Quesada MH.** Education in mental health and psychiatry nursing in the undergraduate nursing course. *Rev. Electrónica Saúde Mental Álcool Drog*. 2018;14(2):73-83. https://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/en_03.pdf
66. **Bonilla González D, Robles Sigindioy MY.** Rol de la enfermera durante la promoción en salud mental en los desafíos de la actualidad. En: Memorias Diplomado en Pensamiento Investigativo para Estudiantes. 2023 p.18-25. Segunda edición. Consulta: Octubre 12, 2024. Disponible en: <https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/3820/SegundaEdicion.pdf?sequence=3&isAllowed=y#page=18>