

# CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, ADOLESCENTES DESPROTEGIDOS Y CUIDADORES, NECESIDAD Y REALIDAD.

**José VILLAFANE-ALVA**

Centro de Salud Mental Comunitario "La Banda de Shilcayo",

Red de Salud San Martín.

ORCID 0000-0003-4790-1757

ronaldv330@hotmail.com

## RESUMEN

Con el advenimiento del nuevo modelo de atención a la salud mental de enfoque comunitario iniciado en 2012, se pasó a centrar la atención a las necesidades de los individuos en su entorno social, recuperando de la enfermedad, así como promoviendo la salud. De esta manera los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) se constituyen en el eje articulador de los servicios de salud mental en su jurisdicción. En dicho contexto una población con alta vulnerabilidad social y riesgo de desarrollar trastornos mentales es aquella de adolescentes albergados en Centros de Acogida Residencial (CAR) donde la investigación que ligue los sistemas de salud y de protección a poblaciones vulnerables es escasa. El presente estudio toma los testimonios de primera mano del personal de salud de los CSMC de regiones representativas a nivel nacional para dar cuenta del trabajo que vienen realizando con los CAR. Se exponen las dificultades que encuentran en el trabajo con esta población y la carencia de programas de intervención específicos a pesar de contar con normativa que establece dichas intervenciones. Finalmente se examina la opinión de los propios albergados y sus cuidadores sobre las expectativas que tienen en relación a las atenciones sobre su salud mental.

## PALABRAS CLAVE

Centros de salud mental comunitarios, centros de acogida residencial, cuidadores, adolescentes en desprotección.

# COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS, TEENAGERS WITHOUT PARENTAL CARE AND THEIR CAREGIVERS, NEED AND REALITY

## ABSTRACT

The new model of bringing mental health services, the community model, started in 2012, focuses on the demands of the people in their social context, recovering the illness as well as promoting the wellbeing. The Community

Mental Health Centers (CMHC) were born with the new model and are the liaison axis of all the mental health services in the catchment area. In this context, a high vulnerability group are the teenagers without parental care living in Residential Care Facilities (RCF), they have a high risk for development of mental disorders. Research bonding health and welfare public systems is scarce. In this qualitative research the points of view of the CMHC staff of representative regions of the country are taken, considering the difficulties in the work with the RCF and the lack of specific intervention programs even though the legislation exists. Finally, the opinion of the teen residents and their caregivers regarding the expectation of the mental health services provided are also taken.

## KEYWORDS

Community mental health centers, residential care facilities, caregivers, teenagers without parental care.

Recibido: 13/02/2024

Aprobado: 24/04/2024

## INTRODUCCIÓN

La atención de niños y adolescentes en situación de desprotección es un constante reto para el Estado y la sociedad. Cuando, por orden judicial, los menores de edad son, excepcionalmente, separados de sus familias, se asume que se está obrando siguiendo el interés superior del niño y que las instituciones que los acogen también seguirán dicho precepto. Para proteger a esta población el sistema peruano ha organizado y reglamentado tipos de acogimiento, entre ellos, el acogimiento residencial, que vela por el cuidado físico y mental, la educación y la crianza de los menores durante el tiempo dispuesto por la autoridad. Producto de múltiples factores psicosociales, además del propio carácter cerrado de los centros de acogida, muchos de sus usuarios son a su vez usuarios del sistema de salud, específicamente, del sistema de salud mental demandando atenciones por problemas conductuales y trastornos mentales que ameritan investigación.

Los estudios acerca de las intervenciones para el cuidado de la salud mental en este tipo de poblaciones institucionalizadas y sus cuidadores en el Perú son escasos. El carácter restringido de la información, la protección judicial y el poco enlace con el sistema de salud hacen que el acceso a las necesidades de los menores sea poco visibilizado, siendo los menores en desprotección altamente sensibles a ver comprometida su salud mental, traducida en peor adaptación social, incremento de problemas escolares y conductas disruptivas. (Fernández et. al, 2009)

Los menores en estado de desprotección e institucionalizados son un grupo de especial vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales (Sainero, Del Valle y Bravo, 2015) ya que llevan muchos de los aspectos de su vida social solo

dentro de la institución: la educación formal, la recreación y la interacción con familiares quienes los visitan. Debido a que en nuestro país las instituciones que acogen a esta población son heterogéneas en la gestión, recursos humanos y materiales, el acceso a los servicios de salud mental no es uniforme y la información, específicamente sobre el estado de su salud mental, ha sido poco estudiada en nuestra realidad.

En la última década el sistema oficial de atención de la salud mental ha virado hacia un modelo comunitario que tiene como características principales el centrarse en las necesidades particulares de las personas a lo largo de su vida, a la vez que aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental demandando la participación activa de la persona, su familia y comunidad. Sin embargo, siendo el modelo comunitario de atención en salud mental una política pública (Congreso de la República, 2019), no se cuenta con información sobre cómo éste es aplicado en los usuarios de los Centros de Acogida y en quienes se encargan de su cuidado, radicando allí el problema que aborda la presente investigación.

La presente investigación pretende describir el estado actual de la intervención en salud mental que se destina a los usuarios de los Centros de Acogida Residencial y a sus cuidadores por constituir ambos grupos vulnerables, contrastar si los hallazgos se ajustan al modelo comunitario y dilucidar los principales obstáculos que limiten las intervenciones. Esclarecer esta problemática contribuirá, como un primer paso, en el sustento para la mejora de políticas públicas de atención a la salud mental de menores en estado de desprotección familiar.

Los objetivos de la investigación fueron:

- 1) Identificar los tipos de intervención existentes que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios en los usuarios adolescentes de los Centros de Acogida Residencial de menores y en el personal cuidador permanente.
- 2) Describir los factores que limitan u obstaculizan la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida.
- 3) Identificar los factores que influyen en la existencia de programas específicos para la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida.
- 4) Documentar la opinión que tienen los usuarios adolescentes y los cuidadores de los Centros de Acogida Residencial sobre las intervenciones que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios.

## ***Panorama y antecedentes de investigación***

### **• La intervención del modelo comunitario en salud mental**

Iniciado en Inglaterra, el sistema de atención en salud mental de enfoque comunitario nació luego de la segunda guerra mundial, con el gran número de afectados y la necesidad de reagrupar a los pacientes cuyos nosocomios habían sido destruidos por los bombardeos. Al volver a sus lugares de origen muchos

pacientes volvían a actividades que antes realizaban y lograban insertarse parcialmente a su sociedad. Es así como nace la corriente del modelo comunitario de atención en salud mental con insignes ejemplos tanto en Inglaterra como en Italia que pasó por un proceso de desinstitucionalización, no sin altibajos, por el estigma imperante. El abordaje de los determinantes sociales, el estar centrado en las necesidades del usuario, su familia y comunidad son las características principales de este modelo. (OPS, 2009)

A pesar que en América Latina se viró hacia el modelo comunitario en el siglo pasado plasmándolo en la Declaración de Caracas de 1990, el Perú, a diferencia de otros países de la región, adoptó el modelo con significativo retraso recién a partir de la Ley de Reforma de Salud Mental en 2012. (Congreso de la República, 2012)

El actual modelo peruano de atención en salud mental de base comunitaria, descansa sobre el enfoque de derechos humanos el cual se fundamenta en la igualdad, la no discriminación, la inclusión, el acceso a la información y a la justicia, promueve la participación de la familia y el empoderamiento del propio usuario en el ejercicio de sus derechos. El modelo de atención de salud mental comunitaria incluye la continuidad del cuidado integral, la normalización de la vida cotidiana en la comunidad, la corresponsabilidad y participación del usuario y su familia, la adecuación de intervenciones según el curso de vida, la integración de las organizaciones sociales de base en el cuidado y la consideración del patrón intercultural y de género del usuario. (MINSa, 2018)

La reforma de salud mental plantea que la responsabilidad sobre el cuidado recae tanto sobre una red de servicios de salud mental como en la comunidad organizada. Dentro de la red señalada se crean en el Perú y comienzan a funcionar desde el 2015 los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) que son establecimientos del primer nivel de atención especializados que funcionan como eje articulador en el ámbito de su jurisdicción desarrollando acciones de participación de asociaciones de personas afectadas por trastornos de salud mental, así como atenciones de promoción de la salud mental, recuperación y rehabilitación de problemas y trastornos.

Los documentos normativos que emanaron del Ministerio de Salud comenzaron a dar forma a los principios expresados en la ley, entre ellos se destaca el Plan de Fortalecimiento de servicios de salud mental (MINSa, 2018) en el cual se incluye como una actividad a desarrollar la implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y control de problemas de salud mental priorizados. Uno de los programas priorizados es el de atención a la violencia contra niños, niñas y adolescentes, siendo la desprotección familiar una forma de maltrato por negligencia. (Congreso de la República, 2015)

- **La organización contemporánea del cuidado a la niñez desprotegida.**

La desprotección familiar es, en la actualidad, una figura reconocida por ley entendida como los hechos causados por el incumplimiento, imposibilidad o inadecuado desempeño de los deberes de cuidado a menores de edad

que afecten gravemente su desarrollo integral (MIMP, 2016). Para evitar ello o disminuir sus consecuencias el Estado enfoca una serie de instancias: el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el sistema de Justicia, los gobiernos locales (Defensorías Municipales del Niño y del Adolescente – Demuna), y la Policía Nacional.

Las cifras de niños en situación de desprotección son solo aproximadas. A partir del 2007 una ley reglamenta el funcionamiento de los albergues para atender a la niñez en situación de desprotección o imposibilidad de cuidado por parte de los padres. Se crea así la denominación de Centro de Atención Residencial (CAR), pudiendo ser públicos o privados (Congreso de la República, 2007). A marzo del 2021 había 1403 residentes en los 53 CAR autorizados y supervisados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a nivel nacional (Inabif, 2021). Sin embargo, esta cifra es ampliamente superada al obtener datos de aquellos centros aún no acreditados por el MIMP, muchos dependientes de los Gobiernos Regionales, órdenes religiosas u organizaciones no gubernamentales quienes superan en número a los CAR administrados por el Programa Integral Nacional para el Bienestar Infantil – INABIF. Censar los centros de acogida residencial activos y su población residente a nivel nacional es una tarea compleja, continua y urgente. Bajo las potestades de la Defensoría del Pueblo el año en que se pudo supervisar el mayor número de CAR fue el 2015, con 296 establecimientos visitados entre públicos y privados. Las últimas cifras publicadas corresponden a junio del 2019 donde se supervisaron 233 centros de acogida registrando una población de 6291 menores institucionalizados. (Defensoría del Pueblo, 2019)

Distintos autores coinciden en que si sumáramos a toda la población de niños y adolescentes en situación de desprotección institucionalizada a nivel nacional la cifra real se aproximaría a los 16 – 17 mil menores de edad. (Chunga et al. 2016) (Defensoría del Pueblo, 2011)

Los CAR deben estar organizados siguiendo un modelo de funcionamiento como si de un hogar se tratase. Sobre ello, los primeros informes de la Defensoría del Pueblo (2010 y 2011) dieron cuenta de una situación distinta donde predominaba el enfoque benéfico-asistencial, por lo que la planificación de acciones e identificación de responsabilidades resultaba limitada. Los controles médicos no eran universales (solo encontrados en el 61% de los CAR) a pesar de que más de la cuarta parte de los CAR reconocieron tener residentes con problemas de salud como adicción a sustancias o trastornos mentales.

De acuerdo a ley, los menores tienen como medida de protección el apoyo psicológico, tanto en los aspectos emocionales, cognitivos, de comportamiento y relacionales (MIMP, 2018), sin embargo, la forma específica de cómo se interviene con este apoyo es heterogénea. No se han encontrado intervenciones estandarizadas nacionales publicadas, siendo la literatura en español igualmente escasa. Galán (2014) lista las características más frecuentes a intervenir: la resistencia y carencia afectivas, el déficit en habilidades para manejar sus emociones y el déficit en el manejo simbólico. Existen abordajes basados en la evidencia para el manejo del niño abandonado (NCTSN, 2021); sin embargo, el

acceso a dicha información y su aplicación en los CAR es una incógnita que la presente investigación pretende comenzar a develar.

A nivel global, los menores de edad en cuidado fuera del hogar y en especial aquellos bajo la modalidad de cuidado residencial representan un grupo vulnerable, se ha determinado que la mitad ellos presentan problemas a nivel emocional y del comportamiento que pueden ya ser catalogados clínicamente. Los estudios longitudinales han demostrado que esta población suele tener menores logros académicos, mantenerse sin hogar o convertirse en padres adolescentes; incluso al llegar a la adultez la probabilidad de estar involucrados en actividades delictivas es mayor (Bifulco, 2016).

Siguiendo las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas, los sistemas de cuidado alternativo para los niños y adolescentes en estado de desprotección deben priorizar la agrupación familiar, siendo los sistemas tipo albergue residencial la excepción, no la norma (ONU, 2010). Sin embargo, en el Perú la mayoría de los niños en estado de desprotección siguen estando en instituciones de residencia.

Los estudios que muestran las intervenciones en los menores están centrados qué actividades aprenderán como parte de su reintegración, posterior desinstitucionalización y preparación para la vida adulta, por ejemplo, a través de programas de inclusión sociolaboral que les permitan la autonomía futura. (UNICEF, 2013) Sin embargo la investigación en las intervenciones que promuevan o restablezcan la salud mental para la población de menores provenientes de instituciones de acogida son escasos centrándose principalmente en la descripción de los problemas de conducta de los menores y no en qué intervenciones se ofrecen.

En España, donde se ha desarrollado ampliamente la investigación sobre la población en centros de acogida residencial se cuenta con experiencia en la evaluación de los procesos de acogimiento, así como de los resultados en los menores. En una de las comunidades autónomas (regiones) de dicho país el 26% de los menores entre 6 y 18 años recibían algún tratamiento por un trastorno mental, aunque el rango de posibles niños con sintomatología llegó al 44% mientras que el 17% tenía ya una discapacidad mental. (Sainero, Bravo y Del Valle, 2014)

El Ministerio de Sanidad español financió un estudio para obtener la opinión de los menores de 45 centros de acogida residencial alrededor de todo el país (Ministerio de Sanidad, 2012), donde pudieron expresar su perspectiva sobre los programas donde habían sido incluidos (primera acogida, extranjeros, adolescentes con problemas severos, preparación para la independencia). Los aspectos relacionados con el apoyo escolar, la dieta que reciben o el recibimiento que les proporcionaron obtuvieron altas puntuaciones positivas, mientras que la participación de los adolescentes en su propio proyecto de intervención individual obtuvo los promedios más bajos. Estudios como este que valora las intervenciones –entre ellas las de salud mental– de los centros de acogida por los propios usuarios no son comunes, aunque muy necesarios puesto que dan muchas luces sobre la metodología de trabajo.

En un estudio binacional Fernández Daza y Fernández Parra (2017) describen que los problemas de comportamiento, emocionales y el déficit de atención son mayores en niños venezolanos y colombianos institucionalizados al compararlos con sus pares escolares que viven con sus padres. A pesar de la rigurosidad con que se midieron los síntomas en los menores no se expuso cómo es el afronte de los problemas encontrados en los lugares de acogida.

En el Perú los estudios también se han centrado en las conductas de los residentes de los Centros de Atención Residencial, así se han medido las formas de afrontamiento (León y León, 2020 – CAR Cajamarca), el nivel inteligencia emocional (Torreblanca, 2017 – CAR Huarochiri) o incluso la adaptación social (Suarez, 2015 – CAR San José, Trujillo); las muestras incluyen población sin trastornos psiquiátricos diagnosticados.

Una de las descripciones más completas encontradas sobre la vida dentro de un centro de acogida y lo que ofrece en el tema de estilos de crianza es el de Salvador y Pérez en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul, Huancayo (2019) donde las entrevistas con los menores y el análisis posterior da cuenta de un clima de organización lo más cercano a una familia, con un manejo conductual basado en el sistema de recompensas/consecuencias conforme los usuarios van reaprendiendo la vida en comunidad. Estudios de este tipo son escasos en nuestro medio siendo necesaria la investigación sobre las intervenciones en salud mental de menores provenientes de centros de acogida.

#### • Estudios en el personal al cuidado de los menores

Para el caso de los cuidadores, la atención de su salud mental es igual de necesaria. El estudio de Bridger, Binder y Kellezi (2019) en el Reino Unido, mostró, sobre una muestra de 187 cuidadores de instituciones de acogimiento familiar y residencial que estos obtuvieron puntajes por encima de los puntos de corte para estrés traumático secundario (al exponerse a las historias traumáticas de los menores que cuidan) y para síndrome de agotamiento (burnout) ubicándose en el 25% más alto de la distribución.

En Brasil (Santos, 2015) se estudió el impacto de una intervención breve en cuidadores de instituciones de acogimiento para prevenir el síndrome de agotamiento, mostrando una reducción de los niveles de indolencia y culpa a través de estrategias de afrontamiento, resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.

En nuestro medio los estudios se han centrado en evaluar el agotamiento de cuidadores de niños con discapacidades físicas y adultos mayores como en el estudio de Arias et al. (2019) en Arequipa donde tomando a las propias madres cuidadoras como muestra se encontró que un 97,7% tienen riesgo de padecer el síndrome de agotamiento.

## MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio siguió un diseño cualitativo de tipo de estudio de casos múltiples. Dada la multiplicidad de clasificaciones (Rodríguez, Gil y García, 1999), el estudio se orientó a una tipología descriptiva-explicativa.

**Elegibilidad y muestra.** Se obtuvo información sobre las intervenciones que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales en funcionamiento a nivel nacional. Para considerar a un CSMC en el presente estudio se tomaron aquellos que contaban con un mínimo de 2 años de funcionamiento a la fecha de la presente investigación, esto debido a que, como toda institución pública nueva y especializada en salud mental, el primer año se centra en la difusión de la cartera de servicios y el desembalse de la demanda (que hasta entonces solo cubrían los hospitales), durante el segundo año de funcionamiento el trabajo de un CSMC se va consolidando y los planes y programas comienzan a tomar forma. Tomando en cuenta que los primeros CSMC comenzaron a funcionar en 2015 se seleccionaron aquellos que realizaron intervenciones entre el 2017 y el 2021. Posteriormente se subdividió a los CSMC en aquellos con un tiempo de funcionamiento de 24 a 48 meses “en proceso de consolidación” y aquellos de 48 meses a más “consolidados”. Los CSMC debían contar con el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS).

De acuerdo a los criterios de elegibilidad del párrafo anterior, de los 203 CSMC a nivel nacional existentes al inicio del estudio, 89 cumplieron los criterios.

Para obtener la información sobre la intervención de los centros de salud mental comunitarios se utilizó un muestreo estructural de acuerdo a la ubicación geográfica. De esta forma se identificaron cinco hábitats: CSMC ubicados en la Amazonía, Macroregión Norte, Macroregión Sur, Macroregión centro y trapezio andino y Lima. Debido a que la capital concentra la mayor cantidad de CSMC del país entonces se dividió en dos hábitats: Lima I (sectores sur y este) y Lima II (sectores norte y centro). Se tomó a dos CSMC por cada hábitat de acuerdo al tiempo de funcionamiento según la siguiente distribución:

Para el caso de los CAR se tuvo acceso a tres de ellos en: Lima Metropolitana, Cañete (Lima provincia) y la Amazonía. Se decidió entrevistar a adolescentes entre 12 y 18 años de edad debido a su capacidad de respuesta y juicio de opinión. Se escogieron a aquellos que tenían como mínimo un año en el CAR. Se incluyeron tanto a menores pacientes directos del CSMC y aquellos que no. Los cuidadores a considerar fueron aquellos que tuvieron como mínimo un año de trabajo continuo en el CAR.

Debido al contexto COVID y al muestreo a nivel nacional las entrevistas a los profesionales de los CSMC fueron realizadas a distancia. Para el caso de los adolescentes y cuidadores de los CAR se realizaron entrevistas presenciales en uno de los albergues y mediante videollamada en los otros dos casos.

**Instrumento.** Se desarrolló una Ficha de Registro donde se obtuvieron los datos generales de cada centro de salud mental comunitario: ubicación geográfica, años de funcionamiento, profesión del encargado de la jefatura del

establecimiento. De igual forma las características generales de los cuidadores en los CAR: Edad, sexo, tiempo de trabajo, grado de instrucción y denominación dentro de la institución. Para los adolescentes: Edad, tiempo en el albergue y su condición de paciente en salud mental o no.

**Procedimiento.** Se realizó una entrevista a profundidad al profesional responsable de la gestión del Centro de Salud Mental Comunitario y de la atención clínica de los adolescentes tratando en lo posible de incluir al médico psiquiatra del establecimiento. Para ello se desarrolló una guía de preguntas diferenciada tanto para el personal de salud, para los adolescentes quienes eran usuarios del CSMC y para quienes no lo eran y para los cuidadores del CAR. Esta guía se sometió a una prueba piloto para aclarar las preguntas, mejorar la redacción y asegurarse de que el lenguaje sea entendible.

Una vez realizadas las entrevistas se procedió a la transcripción de las mismas agrupándolas según hábitat y de acuerdo al tiempo de funcionamiento del CSMC. La información se procesó en una hoja de cálculo donde la información se tabuló de acuerdo a las siguientes áreas temáticas:

- **Para el caso de los CSMC:**

**Tabla 1: Áreas temáticas para las entrevistas a los profesionales de los CSMC**

Temas	Subtemas
Conocimiento sobre menores en desprotección	Experiencia en la atención de menores Morbilidad Sentimientos desarrollados hacia los menores
Conocimiento sobre los albergues (CAR)	Conocimiento de las características del CAR Forma de contacto Nivel de coordinación con el personal del CAR
Intervenciones en salud mental	Tipos de intervención Experiencia en la interacción con los cuidadores Problemática de los cuidadores Intervención en los cuidadores Actitud del personal del CAR hacia el tratamiento Factores limitantes
Programas de intervención	Experiencia en general Inconvenientes para su elaboración Inconvenientes para su ejecución Propuestas de mejora

Fuente: Elaboración propia

Esta tabulación se realizó por separado para los CSMC de menos de 48 meses y aquellos de 48 meses a más de funcionamiento.

• **Para el caso de los CAR**

**Tabla 2: Áreas temáticas para las entrevistas**

A los cuidadores		A los adolescentes	
Panorama laboral		Percepción de la convivencia	
Conocimiento sobre las intervenciones en salud mental a los albergados	Ambiente institucional	Intervenciones sobre las emociones y el comportamiento dentro del CAR	
Intervención hacia su propia salud mental	Conocimiento sobre servicios extramurales de salud mental (solo para quienes no eran pacientes de un CSMC)		
Interacción con el CSMC de la jurisdicción	Receptividad de las intervenciones del CSMC (solo para los que eran pacientes)		

Fuente: Elaboración propia

De esta forma se procedió a la reducción de la información obtenida para identificar y extraer las siguientes categorías propuestas de acuerdo a los objetivos de la investigación:

- Tipos de intervención de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en los Centros de Acogida Residencial (CAR): Preventivo promocional a menores / a cuidadores; recuperativo a menores / a cuidadores.
- Factores que limitan u obstaculizan la intervención de los CSMC en los CAR: dependientes del CSMC / del CAR / del sistema MINSA-MIMP.
- Factores que influyen en la existencia de instrumentos para dirigir intervenciones hacia los CAR: factores normativos / formativos del gestor(es) / organizacionales.
- Valoración de la opinión de usuarios adolescentes y sus cuidadores.

**RESULTADOS**

- Características de los sujetos

**Tabla 3: Características de los CSMC en proceso de consolidación (< 48 meses de funcionamiento) y del personal entrevistado**

Hábitat	Localidad	Profesión del entrevistado	Cargo y función	Tiempo laborando
Amazonía	Jaén	Psicólogo	Jefatura	3 años
		Psicólogo	Equipo tratante	3 años
Macro Región Norte	Chiclayo	Psicólogo	Jefatura / Equipo Tratante	1 año, 7 meses
		Médico Psiquiatra	Equipo tratante	3 años

(Continúa Tabla 3)

(Continúa Tabla 3)

Macro Región Sur	Cusco	Médico Psiquiatra	Jefatura / Equipo Tratante	1 año
		Psicólogo	Equipo tratante	3 años
Centro y Trapezio Andino	Apurímac	Psicólogo	Equipo tratante	2 años y medio
		Médico Psiquiatra	Equipo tratante	1 año
Lima I	San Juan de Miraflores	Médico Psiquiatra	Jefatura	4 años
		Médico Psiquiatra	Equipo tratante	4 años
Lima II	Comas	Médico Psiquiatra	Equipo tratante	1 año, 9 meses
	Los Olivos	Médico Psiquiatra	Jefatura / Equipo Tratante	3 años

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la tabla N°3, se logró que cada hábitat fuera representado por uno o, en el caso de Lima II, dos, CSMC. En ciertos casos, como Chiclayo, Cusco y Los Olivos la jefatura del establecimiento era ejercida por un profesional quien al mismo tiempo era parte del equipo que trataba clínicamente al adolescente. Solo el CSMC de Jaén no contó con psiquiatra que atendiera a población adolescente al momento de la realización del presente estudio. En el caso de Comas (Lima II) sólo se pudo acceder a entrevistar al psiquiatra encargado de la atención.

**Tabla 4: Características de los CSMC consolidados (48 meses a más de funcionamiento) y del personal entrevistado**

Hábitat	Localidad	Profesión del Personal	Cargo y función	Tiempo en el CSMC
Macro Región Sur	Arequipa	Lic. Trabajo Social	Jefatura	6 años y medio
		Médico Psiquiatra	Equipo tratante	5 meses
Centro y Trapezio Andino	Huancayo	Médico Psiquiatra	Jefatura / Equipo Tratante	4 años
Lima I	Villa María del Triunfo	Lic. en Psicología	Jefatura / Equipo Tratante	4 años
		Médico Psiquiatra	Equipo tratante	1 año
Lima II	Pueblo Libre	Médico Psiquiatra	Jefatura	6 años
		Lic. en Psicología	Equipo tratante	6 años

Fuente: Elaboración propia

Como ya se había descrito anteriormente en la sección de muestreo, solo la Amazonía no estuvo representada al no contar con CSMC de más de 48 meses de funcionamiento al momento del planteamiento de la presente investigación. También aquí se encuentra que quien ejerce la jefatura puede, al mismo tiempo, formar parte del equipo de atención clínica (CSMC en Huancayo y Villa María del Triunfo, Lima I). Cabe resaltar que en el CSMC de Arequipa es una licenciada en Trabajo Social quien ejerce la jefatura del establecimiento.

**Tabla N°5: Características de los cuidadores entrevistados de acuerdo al CAR**

Ubicación del CAR-albergue	Edad	Tiempo laborando	Grado de Instrucción	Denominación en el CAR
Tarapoto (Región San Martín)	53 años	12 años	Superior técnica incompleta (Secretariado)	" <i>Mamá</i> "
Villa El Salvador (Lima Metropolitana)	71 años	7 años	Superior (Educación Religiosa y Matemáticas)	" <i>Hermana</i> " + su nombre propio
Cañete (Lima provincias)	43 años	3 años	Superior técnica (Educación)	" <i>Tía</i> " + su nombre propio

Fuente: Elaboración propia

En el caso de las cuidadoras entrevistadas se encontró que todas fueron del sexo femenino, el tiempo de trabajo en el CAR llegó hasta 12 años. Todas tuvieron un grado de instrucción superior, aunque solo en el CAR de Tarapoto ésta fue incompleta. Llama la atención lo variable de la denominación de la cuidadora dentro del albergue, es de esta forma como es llamada por los menores e incluso por parte del personal clínico y administrativo del CAR. No se ha encontrado recomendación sobre cómo debe ser denominada la cuidadora dejándolo a la usanza de cada CAR.

**Tabla N°6: Características de los adolescentes entrevistados de acuerdo al CAR**

Ubicación del CAR-albergue	Condición de salud mental	Edad	Tiempo en el albergue
Tarapoto	No paciente	14 años	5 años
Villa El Salvador - Lima	No paciente	14 años	7 años
Cañete	No paciente	15 años	10 años
Tarapoto	Paciente	16 años	5 años
Villa El Salvador - Lima	Paciente	15 años	9 años
Cañete	Paciente	16 años	14 años

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el cuadro N° 8, se encontró población adolescente en todos los CAR a los que se tuvo acceso, siendo su rango de edad entre 14 y 16 años. Llama la atención la prolongada estadía de los menores, habiendo ingresado, todos, cuando niños. Esto contrasta con el carácter temporal que debería tener el acogimiento residencial según la legislación peruana y las recomendaciones internacionales de cuidado alternativo.

## DISCUSIÓN

- **El lento avance comunitario dentro de un CAR**

*Las intervenciones de los Centros de Salud Mental Comunitarios hacia los Centros de Acogida Residencial son escasas, dispersas, y requieren ser sistematizadas y supervisadas.*

El análisis de la relación entre los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y los Centros de Acogida (albergues o CAR) fue el tema central del presente trabajo de investigación. Como se ha señalado, la investigación nacional y regional en poblaciones cerradas, como las de un centro residencial es escasa precisamente por el carácter reservado de los casos donde los menores tienen antecedentes no solo de violencia por abandono sino, muchas veces, una historia previa de maltrato físico, psicológico e incluso sexual.

El modelo comunitario de atención a la salud mental aborda los determinantes sociales que predisponen, agravan o perpetúan la enfermedad mental (MINSA, 2018). Este postulado es de especial importancia en la población de menores bajo cuidado institucional puesto que están allí justamente por el desamparo familiar el cual obedece a multiplicidad de factores, entre ellos, la pobreza, violencia y la disfuncionalidad y desestructuración del seno familiar, que en vez de constituir un medio protector se ha convertido en un entorno riesgoso merecedor de la actuación judicial. Son los CSMC quienes articulan las acciones con los servicios de salud y con las organizaciones sociales y comunitarias de su territorio para todos sus usuarios, incluyendo a los menores albergados.

A nivel internacional los países que han implementado el modelo comunitario en salud mental reciben usuarios derivados por el sistema judicial. El Perú contaba al 2020 con 203 CSMC (OMS, 2020a), Chile, con una población equivalente al 58% de la población peruana, reportó para el mismo año, 102 centros comunitarios de salud mental (COSAM) en funcionamiento, reconociendo, aun así, las dificultades en el trabajo intersectorial con otros servicios del Estado (Lampert- Grassi, 2018). Brasil cuenta con una vasta red de centros de salud mental, tiene 6 veces y media la población del Perú, pero cuenta con 9 veces y media el número de establecimientos en la comunidad llamados Centros de Atensão Psicossocial (CAPS) llegando a 1948 centros repartidos en todo su territorio, entre ellos cuenta con una subvariante, los CAPSi, específicamente para la población de niños y adolescentes (OMS, 2020b), (WHO, 2021)

Los centros comunitarios de salud mental proveen apoyo y cuidados fuera de un ambiente institucional (hospitalario) y en la proximidad de los hogares, entonces ¿cómo brindarlos cuando los adolescentes se encuentran internados en un albergue? Es allí donde radica el trabajo articulado con sus autoridades. Como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud (2021) el trabajo comunitario hace énfasis en la inclusión social y la participación de la vida comunitaria bajo un enfoque de derechos, los CSMC coordinan activamente la derivación de los usuarios a diferentes servicios comunitarios y el acceso a oportunidades de educación, esparcimiento e incluso empleo.

En el presente estudio todos los CSMC atendieron usuarios provenientes de albergues, siendo éste un criterio de inclusión para el muestreo. La forma de contacto fue en su mayoría a petición del propio albergue quien enviaba a los adolescentes como parte de las consultas externas, principalmente de Psiquiatría y Psicología. Solo un CSMC de los ya consolidados y uno de los nuevos acudieron al albergue como forma de presentación y oferta de sus servicios. En un caso (Lima I) la solicitud de atención provino de la Unidad de Protección Especial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

La mayoría de las coordinaciones fueron directas entre el personal solicitante del CAR y el profesional al momento de atender al menor. No hubo una presentación diferenciada para trabajar con los usuarios de los albergues, siendo atendidos de acuerdo a la demanda. En uno de los CSMC consolidados (Lima II), fueron los estudiantes de último año de Psicología (internos) los únicos informantes ante el profesional que atendió al menor, sin la presencia de cuidadores u otro profesional del albergue.

En el 100% de los casos las atenciones fueron recuperativas, es decir el tratamiento ya sea utilizando medicamentos o técnicas psicoterapéuticas. La mayoría de los CSMC en proceso de consolidación ofrecieron, además, intervenciones de rehabilitación en terapia ocupacional o de lenguaje y tan solo 2 llevaron a cabo actividades preventivo promocionales. Esta última clase de actividades, destinadas a promover la salud de los adolescentes, es aquella en la que los lineamientos internacionales hacen hincapié. Las Naciones Unidas en sus lineamientos de cuidado alternativo señalan que el personal cuidador debe promover la salud de quienes albergan, promover el desarrollo mediante el juego y las actividades de esparcimiento; se puntualiza el fomentar y facilitar los contactos con niños y otras personas de la comunidad además de contribuir activamente en la reintegración familiar de los menores en tanto sea posible (Aldeas Infantiles, 2010).

*Categoría identificada:* Intervención predominantemente del tipo recuperativo y dirigido solo a los menores.

- **Las dificultades de un sistema sobrecargado**

*Factores intrínsecos al sistema de salud y al sistema de protección a poblaciones vulnerables, así como la articulación entre ambos sistemas limitan u obstaculizan la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida.*

Al explorar cuáles eran los factores que limitan un mayor involucramiento de los CSMC en los CAR se encontró: En dos de los CSMC, uno consolidado y otro nuevo, reconocieron que la presión por la producción numérica de atenciones dependiente de las directivas del Ministerio de Salud provocaba que todo el tiempo se invirtiera en las consultas ambulatorias, dejando escaso o nulo tiempo para la coordinación de actividades preventivo promocionales o de intervención recuperativa extramuros. Ello a pesar que la atención ambulatoria es solo una de las tres funciones normadas para un CSMC, las otras dos son: el fortalecimiento de las capacidades del primer nivel de atención no especializado en salud mental y la articulación de acciones con los actores sociales de la comunidad, esto último implica la creación o activación de la red social y comunitaria para la promoción y prevención de problemas de salud mental (MINSa, 2017).

Aunque administrativamente se exijan metas en relación al número de atenciones, la propia gestión del CSMC, podría hacer prevalecer sus principios fundamentales, sin embargo, esto tampoco ocurría. Los profesionales

entrevistados reportaron que el tiempo limitado y la falta de personal influían al momento de querer acercarse a los albergues, esto debido a que se utilizaban los recursos humanos y el tiempo en cumplir las metas impuestas. “No es una meta institucional” fue el crudo argumento de un profesional entrevistado en uno de los CSMC al referirse sobre su actuación dirigida hacia los albergues. La rotación del personal de salud, es decir, el recambio constante en el recurso humano provocaba que la continuidad de las intervenciones se vea interrumpida. Las recomendaciones de la Asociación Psiquiátrica Mundial (Thornicroft et al., 2010) ya advierten de estos problemas en la implementación del modelo comunitario. Entre las situaciones que se remarcan es que las partes interesadas para la gestión del modelo son, no solo los funcionarios del sector salud, sino también los beneficiarios directos: el personal clínico, entre ellos los psiquiatras, los propios usuarios y cuidadores. Se deben sumar las asociaciones profesionales y representantes de colectivos. Todos ellos deben estar involucrados en el desarrollo, monitoreo y los ajustes necesarios de los planes de acción en salud mental. Para el caso que nos atañe, no se cuenta con documentos de gestión interinstitucional para los CAR entre el MINSA y el sistema de protección de poblaciones vulnerables – MIMP, a diferencia de otros grupos priorizados como es el caso de las víctimas de violencia de género. De ello se desprende que la atención a la salud mental de menores albergados no sea, aún, una prioridad.

El estudio del Banco Mundial sobre la aplicación del modelo comunitario en el Perú (2018) también da cuenta sobre la poca participación de la sociedad civil o grupos que representen a los pacientes invocando que se construya un movimiento inclusivo con la convocatoria de las autoridades locales, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil. Los menores institucionalizados necesitan tener una voz en el diseño de programas para ellos y en la forma en cómo se ofrecen los servicios de salud mental del cual son beneficiarios.

El estudio tampoco encontró capacitaciones impartidas por los CSMC a los establecimientos del primer nivel de atención en el tratamiento específico de niños y adolescentes albergados. Uno de los CSMC consolidados reconoció que su propio personal requería ser capacitado en esta temática.

A través de las consultas, el personal de los albergues que acompañó a los menores pudo dar a conocer su realidad y en qué medida dificulta la correcta integración con el sistema de salud comunitario: ellos también tienen una alta rotación en relación a sus cuidadores y profesionales de planta, situación a evitar de acuerdo a las recomendaciones internacionales (Aldeas Infantiles, 2010). Se suma a ello las limitaciones económicas que derivaban en no poder transportar a los menores al CSMC e incluso el riesgo de fuga de los mismos. Se reportó limitación en la disponibilidad de tiempo de los propios cuidadores.

*Categoría identificada:* Limitan principalmente la intervención clínica en los CAR factores dependientes del CSMC, como la no priorización de dicho grupo vulnerable. Así mismo la ausencia de articulación y visibilidad del sistema MINSA-MIMP en esta población específica es factor incidente para que los CSMC y CAR se relacionen limitadamente.

- **El reto de ser un sistema nuevo**

*Factores relacionados a la gestión y organización de los Centros de Salud Mental Comunitarios influyen en la existencia de programas específicos aplicables a los Centros de Acogida.*

Como se ha observado la atención a menores provenientes de albergues no ha tenido, en su mayoría, una focalización o especial diferenciación del resto de las atenciones llevadas a cabo en los CSMC. Para evaluar el grado de interés en dicho grupo se exploró la existencia de programas de intervención específicos, los cuales ya están señalados en el documento técnico de guía como “programa de salud mental comunitaria para la prevención y control de la violencia contra niños, niñas y adolescentes” (MINSA, 2018). Ninguno de los CSMC entrevistados tenía un programa o proyecto para trabajar específicamente con los albergues. Si retrocedemos a explorar en las capacidades de los gestores en la elaboración de programas en general, la mayoría de los CSMC en proceso de consolidación refirió tener experiencia parcial en ello, solo en el caso de una jefatura de un CSMC (de la Amazonía) tenía experiencia en la elaboración de programas dirigidos a la niñez en situación vulnerable. El 50% de los CSMC consolidados refirió tener experiencia en la generación de programas.

El obstáculo más frecuente para elaborar un programa específico fue la no disponibilidad o programación de horas para su diseño puesto que son las horas asistenciales las que abarcan la mayor cantidad de tiempo de trabajo. Esto se pudo apreciar tanto en los CSMC en proceso de consolidación como aquellos ya consolidados. Llamó la atención que en uno de los CSMC consolidados (Macro Sur) la realización de programas “no se encontraba en los términos de referencia” del psiquiatra contratado, esto denota el desconocimiento del trabajo en salud para los funcionarios de aquella red, limitando el accionar médico solo al trabajo asistencial.

Un programa de salud mental es una intervención dirigida hacia un objetivo determinado en un plazo establecido, sigue los lineamientos de los planes y políticas del sector priorizando una problemática específica. Como lo recomienda la OMS (2006), se deben establecer estrategias y antecedentes, indicadores y objetivos, delinear las actividades principales y los responsables, planificar el uso de recursos disponibles y crear procesos de seguimiento y evaluación. La población de adolescentes albergados, al estar institucionalizados, facilitaría el planeamiento y seguimiento, incluso la investigación. La priorización de esta población está en consonancia con cuanto trabajo extramural e intersectorial realiza el CSMC. El equipo de gestión del CSMC y los funcionarios de las redes de salud requieren trabajar coordinadamente para no invisibilizar a esta población que, en el Perú, no tiene visos de disminuir.

Si bien no abunda la literatura en nuestro idioma sobre los programas aplicables en población de menores en acogimiento residencial, aquellos publicados se adecúan al modelo comunitario de atención a la salud mental. Bravo y Del Valle (2009) describen un programa de “promoción del desarrollo personal y social” el cual tiene una base preventiva dirigida a potenciar el desarrollo social y emocional de los adolescentes. Otro programa de interés es aquel dirigido

a la preparación para la vida independiente con el objetivo de una futura integración sociolaboral cuando cese la protección del CAR. Los CSMC tienen los profesionales (psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional) idóneos para intervenir coordinadamente con los albergues en programas como estos.

*Categoría identificada:* Factores organizacionales del CSMC, como la disponibilidad de tiempo, afectan significativamente la (no) existencia de instrumentos de intervención (programas específicos) dirigidos a los CAR. Otro factor de incidencia parcial es el formativo de los gestores de los CSMC en cuanto a su capacidad de crear programas.

- **La voz de los más necesitados**

*La opinión de los usuarios y cuidadores de los Centros de Acogida no se ha tomado en cuenta para los programas de intervención propuestos por parte de los Centros de Salud Mental Comunitarios.*

El personal de salud mental de los CSMC reportó que el contacto con los cuidadores fue predominantemente durante las atenciones a los menores sin intervenciones para evaluar o dar seguimiento a la salud mental de los primeros. Los cuidadores entrevistados corroboraron esta realidad. No se encontraron diferencias en este aspecto entre los CSMC consolidados y aquellos en proceso. En dos de los casos no hubo contacto con los cuidadores puesto que quien llevaba a los menores al CSMC fue el personal de Psicología del albergue o incluso los practicantes del último ciclo de dicha carrera. Solo dos de los CSMC refirieron haber participado en actividades preventivo promocionales movilizándose a los albergues de su jurisdicción, estas acciones fueron puntuales, en uno de los casos, en campaña, dando a conocer la cartera de servicios del CSMC. En el segundo caso (Lima II, en consolidación) existieron sesiones grupales con los cuidadores donde expresaron su problemática emocional, esta intervención fue interrumpida cuando el personal del CSMC pasó a laborar en otros establecimientos.

Aunque las consultas psiquiátricas o psicológicas no estuvieron dirigidas hacia los cuidadores, el presente estudio mostró que en 2/3 de los casos los profesionales de los CSMC pudieron tomar nota de los principales problemas en la labor de aquellos: rotación de personal, falta de competencias para el manejo de los menores y cansancio emocional.

Esta última, el cansancio emocional, es el componente principal del Síndrome del quemado o burnout descrito como el conjunto de síntomas que presenta el personal con alta exigencia, en este caso en la ayuda a otros, presentando sentimientos de ira, frustración, desesperanza y una sensación de ser ineficiente en el trabajo que se realiza. Así mismo el personal desarrolla un estrés traumático secundario al oír frecuentemente sobre el trauma sufrido por los adolescentes, si a esto se le suma el burnout entonces se desarrolla la llamada "fatiga o hastío de la compasión" (del inglés "compassion fatigue") caracterizado por insensibilidad, represión de sus sentimientos y actitud a la defensiva hacia los acontecimientos narrados por los menores. Cerca de 2/3 de los cuidadores de niños en modalidad alternativa de cuidado muestran niveles moderados a

severos de burnout y estrés traumático secundario (Ottaway & Selwyn, 2016) lo cual hace necesaria mayor investigación, atención y protección a este grupo específico para asegurar el bienestar de los menores a su cargo.

Al obtener testimonios de cuidadores de menores en situación de cuidado alternativo la literatura identifica que los principales tópicos de su interés son: las estrategias para el manejo de la conducta violenta o retadora y la percepción de que el soporte de los servicios de salud mental es insuficiente o inaccesible. (Hiller RM et al. 2020)

En la presente investigación el testimonio de una de las cuidadoras da luces sobre estas necesidades: "...nosotros somos tutores en la especialidad de profesores, enfermeros u otros cargos, no nos alcanza a comprender tanto la situación psiquiátrica de los jovencitos que padecen estas situaciones..."

Esta situación es descrita también por Fergeus et al. (2018) quien al entrevistar a cuidadores evidenció que casi ningún participante había recibido capacitación suficiente en temas de promoción de la salud mental o habilidades para manejar las necesidades emocionales de los niños. La comunicación con las autoridades sanitarias se identificó como uno de los principales nudos críticos. Así mismo la información sobre cómo acceder a los recursos de apoyo disponibles fue inadecuada.

Los resultados del presente estudio muestran que 1/3 de los cuidadores reportaron que escasamente tenían una supervisión en cuanto a su propia salud mental, dependiendo de evaluaciones esporádicas; en ninguno de los casos los psicólogos de los CSMC en la jurisdicción del albergue habían intervenido en ellos lo cual evidencia la aun poca penetración del sistema público de salud mental comunitario en instituciones con regímenes cerrados.

Los adolescentes en el estudio refirieron que su soporte emocional provenía de diferentes fuentes ya sea de los profesionales de Psicología o Educación pertenecientes al staff del propio albergue, así como también de sus cuidadores asignados. Los entrevistados quienes no tenían un diagnóstico en salud mental conocían solo muy vagamente la existencia de servicios que atendieran problemas de salud mental en su comunidad fuera del albergue. Una de las adolescentes manifestó: "... ¿un centro de salud mental? he visto en películas, pero aquí no hay." Argumentos como estos ejemplifican la aún poca conexión entre los sistemas de salud y de protección a poblaciones vulnerables.

En cuanto a los adolescentes que sí asistían a un CSMC, estuvieron satisfechos con las intervenciones, cabe precisar que todas las atenciones implican que fueran ellos quienes se desplazaron al establecimiento. Las atenciones recibidas fueron eminentemente recuperativas sin oportunidad de intervenir en forma preventiva o trabajar articuladamente para la asesoría en temas de crianza o convivencia, tan necesarios en los albergues.

*Categoría identificada:* La opinión de los cuidadores de los CAR no ha sido valorada para las intervenciones de los CSMC dirigidas hacia los albergues, tampoco la de los adolescentes puesto que las intervenciones preventivas son escasas y el contacto con ellos se da prioritariamente en el consultorio y no en su propio CAR.

## CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo el propósito de describir el nivel de intervención realizado por los Centros de Salud Mental Comunitarios en adolescentes que se encuentran en situación de desprotección familiar albergados en Centros de Acogida Residencial. La ventana de tiempo considerada incluyó intervenciones realizadas entre el 2017 y el 2021. El estudio siguió una metodología cualitativa realizando entrevistas a profundidad a representantes de siete CSMC de menos de 48 meses en funcionamiento y cuatro CSMC con más de 48 meses en servicio, distribuidos a nivel nacional y escogidos según muestreo estructural. Además, se tomaron las apreciaciones de adolescentes y cuidadores de CAR ubicados en tres regiones diferentes.

En relación al objetivo de identificar los tipos de intervención se concluye que hay una tendencia de actividades del tipo recuperativo sobre aquellas de tipo preventivo promocional y recuperativas a pesar de que estas últimas son también funciones del CSMC y muy necesarias en los adolescentes de los CAR al encontrarse institucionalizados. Las intervenciones preventivo promocionales y de rehabilitación fueron escasas y dispersas sin importar el tiempo en funcionamiento del CSMC. La tendencia general fue de intervención solo en los menores, no así en el personal cuidador.

La población residente de los CAR, tanto adolescentes como personal cuidador, no fue priorizada por los gestores de los CSMC. Esta situación dependió tanto de la sobredemanda a la cual responden los CSMC como a la falta de protocolos que articulen las acciones del sector salud, específicamente salud mental, con el de poblaciones vulnerables. Se concluye así que estos factores fueron la principal causa de limitación y obstaculización a intervenir en los CAR.

La organización interna de los CSMC incluye un Servicio dedicado a la atención de los trastornos de niños y adolescentes, pese a ello no se encontró algún programa de intervención específico para los usuarios del albergue. Se concluye de ello que los usuarios de los albergues, incluyendo sus cuidadores, no han sido visibilizados en la medida suficiente como para desarrollar un programa específico. La capacidad en la gestión de programas está poco desarrollada y el tiempo dedicado a la elaboración de los mismos no es tomado en cuenta por los gestores.

No se encontraron diferencias entre los CSMC consolidados y aquellos en proceso de consolidación tanto para las dificultades en la creación de programas como en la problemática que enfrentan ante la sobredemanda de atenciones. Se concluye así que, independientemente del tiempo en funcionamiento, la tendencia de los CSMC es responder de manera similar a las exigencias del entorno.

El no tomar en cuenta las opiniones directas de los usuarios de los CAR y de sus cuidadores es una situación de gravitante importancia, ya que el modelo de atención comunitaria propugna como característica central tomar las necesidades y demandas de las personas y abordarlas con su participación activa. De ello podemos concluir que el modelo de atención comunitaria aún no está integrado en las intervenciones de protección de los adolescentes de los CAR.

## REFERENCIAS

- Aldeas Infantiles SOS Internacional (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*. Marco de las Naciones Unidas. Innsbruck: Aldeas Infantiles SOS Internacional. [https://www.aldeasinfantiles.org/getmedia/31d4f63e-3139-450a-ad76-ee54d9fa6924/Espanol\\_Directrices\\_aprobadas\\_CDDHH.pdf](https://www.aldeasinfantiles.org/getmedia/31d4f63e-3139-450a-ad76-ee54d9fa6924/Espanol_Directrices_aprobadas_CDDHH.pdf)
- Arias-Gallegos, W., Cahuana-Cuentas, M., Ceballos-Canaza, K. & Caycho-Rodríguez, T. (2019). Síndrome de Burnout en Cuidadores de Pacientes con Discapacidad Infantil. *Interacciones*, 5(1), 7-16. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n1.135>
- Bifulco A., Jacobs C., Ilan-Clarke Y., Spence R., Oskis A. (2016). Adolescent attachment style interview and vulnerable attachment style questionnaire. *British Journal of Social Work*. 0, 1-14. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw117>
- Bravo A. & Del Valle J. (2009). Intervención socioeducativa en acogimiento residencial. Dirección General de Políticas Sociales y Centro de Estudios de la Administración Pública Regional de Cantabria. [https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Interv%20Socioeducativa\\_Acogimiento%20Residencial.pdf](https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Interv%20Socioeducativa_Acogimiento%20Residencial.pdf)
- Bridger, K., Binder, J., Kellezi, B. (2019). Secondary Traumatic Stress in Foster Carers: Risk Factors and Implications for Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 29:482–492. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01668-2>
- Chunga Lamonja F, Chunga Chávez L, Chunga Chávez C. (2016). Comentarios al Código de los Niños y Adolescentes. La infracción penal y los derechos humanos. Lima: Editora y Librería Jurídica Grijley EIRL.
- Congreso de la República (2007). Ley N° 29174. Ley general de centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes. Diario oficial El Peruano, 22 de diciembre del 2007.
- Congreso de la República (2012). Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Diario oficial El Peruano, 24 de junio del 2012.
- Congreso de la República (2015). Ley N° 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Diario oficial El Peruano, lunes 23 de noviembre del 2015.
- Congreso de la República. (2019). Ley N° 30947. Ley de Salud Mental. Diario oficial El Peruano. Jueves 23 de mayo del 2019.
- Defensoría del Pueblo. (2011). Niños, niñas y adolescentes en abandono: aportes para un nuevo modelo de atención. Serie de Informes Defensoriales – Informe N°153. Lima. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/ID-153.pdf>

- Defensoría del Pueblo. (2019). Condiciones de las niñas, niños y adolescentes privados de libertad. Serie Informes Especiales N° 03-2019-DP-DMNPT. Dirección del mecanismo nacional de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Lima. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/01/Informe-Especial-N3-NNA.pdf>
- Fergeus, J., Humphreys, C., Harvey, C. & Herrman, H. (2018). Supporting foster and kinship carers to promote the mental health of children. *Child & Family Social Work*. 1-7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12583>
- Fernández J., Hamido-Mohamed A. y Ortiz M. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), n° 18, págs. 715-728. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v7i18.1321>
- Fernández-Daza M. y Fernández-Parra A. (2017). Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial. *Psychologia. Avances de la disciplina*. Vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 57-70. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862017000100057](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862017000100057)
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia – UNICEF (2013). La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. <https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>
- Galán, Antonio (2014). Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención. *Papeles del psicólogo*, 35(3, pp. 201-209). <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2440.pdf>
- Hiller, RM., Halligan, S., Meiser-Stedman, R., Elliott, E. & Rutter-Eley, E. (2020). Supporting the emotional needs of young people in care: a qualitative study of foster carer perspectives. *BMJ Open*. 10:e033317 <doi:10.1136/bmjopen-2019-033317>
- Inabif en cifras, consultas de usuarios y usuarias. (2021). Recuperado de: <https://bit.ly/2YhH309>
- Lampert-Grassi, M. (2018). Modelos comunitarios en salud mental: Chile, España e Inglaterra. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. Asesoría Técnica Parlamentaria. Chile. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25973/1/BCN\\_\\_modelos\\_comunitarios\\_en\\_salud\\_mental\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25973/1/BCN__modelos_comunitarios_en_salud_mental_FINAL.pdf)
- León J. y León C. (2020). Estilos de afrontamiento en adolescentes albergados según modelos de acogimiento residencial: tipo familiar y tipo institucional en la ciudad de Cajamarca. (Tesis de bachiller). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrello, Perú
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP (2018). Decreto Supremo n.º 001-2018-MIMP. Reglamento del decreto legislativo n.º 1297,

decreto legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diario oficial El Peruano, 8 de febrero de 2018.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP / Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – MINJUS (2016). Decreto Legislativo n.º 1297 para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diario oficial El Peruano, viernes 30 de diciembre de 2016.

Ministerio de Salud (2017). Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima.

Ministerio de Salud (2018). Documento técnico: Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Lima.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). La perspectiva de niños y adolescentes sobre la calidad del acogimiento residencial. Informes, estudios e investigación. Madrid. [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4070\\_d\\_Perspectiva-adolescentes-calidad-acogimiento-residencial.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4070_d_Perspectiva-adolescentes-calidad-acogimiento-residencial.pdf)

Organización de las Naciones Unidas – ONU (2010). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Recuperado el 9 de diciembre del 2020, de <https://uni.cf/3aAGLHw>.

Organización Mundial de la Salud (2006). Política, planes y programas de salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental (M. Santirso, Trad.). Editores Médicos, S.A. EDIMSA (Obra original publicada en 2005)

Organización Mundial de la Salud (2020a). Mental Health Atlas 2020. Member state profile [Peru]. Cortesía de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2020-country-profile-peru>

Organización Mundial de la Salud (2020b). Mental Health Atlas 2020. Member state profile [Brazil]. <<https://shorturl.ae/qHEqn>>

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2009). Salud Mental en la Comunidad. Segunda edición. Washington. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463>

Ottaway, H., & Selwyn, J. (2016). “No-one told us it was going to be like this”: Compassion fatigue and foster carers summary report. Fostering Attachments Ltd. <<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33955.45606>>

Rodríguez G., Gil J., García E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, España: Ediciones Aljibe.

Sainero A., Del Valle J. y Bravo A. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. Journal of

- Emotional and Behavioral Disorders. Vol. 22(1) pp. 16–26. <https://doi.org/10.1177/1063426612470517>
- Sainero A., Del Valle J. y Bravo A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, vol. 31, nº 2 (mayo), 472-480. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>
- Salvador H., Perez M. (2019). La situación de niños y niñas desprotegidos por la familia en la provincia de Huancayo, 2016 – 2018. (Tesis de bachiller). Universidad Nacional del Centro del Perú. Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12894/5521>
- Santos Da Costa, V. (2015). Desenvolvimento e avaliação de impacto de intervenção preventiva para síndrome de burnout em cuidadores residentes. (Tesis de Magister en Psicología), Pontícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Psicologia. Porto Alegre. <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8126/1/000478285-Texto%2BParcial-0.pdf>
- Suarez M. (2015). Influencia de la adaptación social del menor en el proceso del acogimiento familiar del Centro de Atención Residencial “San José”, Inabif – Trujillo: 2015. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- The National Child Traumatic Stress Network – NCTSN (2021). Trauma Treatments. Recuperado de <https://bit.ly/3pqlqs5>
- Thornicroft et al. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(67-77). <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>
- Torreblanca, N. (2017). Inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados de un centro de atención residencial Aldeas Infantiles SOS de Huarochirí. (tesis de licenciatura). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1408>
- World Bank Group (2018). Healing minds, changing lives. A movement for community-based mental health care in Peru. Delivery innovations in a low-income community, 2013-2016. Lima and Washington, DC. <<http://bit.ly/43jUdsZ>>
- World Health Organization (2021). Community mental health centres: promoting person-centred and rights-based approaches. (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches). Geneva: World Health Organization. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025769>>