



SALUD MENTAL Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BAJO LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTADO DE CHILE

Marcelo Orlando Liborio Mansilla Paillamán y Fernanda Gabriela Montiel Muñoz

Universidad de Valparaíso, Chile.

Tesina de Derecho de la Universidad de Valparaíso, Chile.

Profesor guía: Alejandra Zúñiga Fajuri.

Fecha de entrega: 30 de diciembre, 2021

CONTENIDO

	1
SALUD MENTAL Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BAJO LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTADO DE CHILE	1
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: MARCO LEGAL VIGENTE	8
1.1 NORMATIVA INTERNACIONAL	8
CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO	8
DIRECTRICES DE NACIONES UNIDAS SOBRE MODALIDADES DE CUIDADOS ALTERNATIVOS DE LOS NNA.	10
OTRAS NORMATIVAS INTERNACIONALES	12
1.2 NORMATIVA NACIONAL	13
CAPÍTULO II: POBLACIÓN INFANTO- JUVENIL Y SALUD MENTAL	16
2.1. LA SALUD MENTAL SEGÚN LA OMS.	16
2.2. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL	17
2.3. IMPORTANCIA DE ABORDAR LA SALUD MENTAL DESDE LA INFANCIA	18
2.4. SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN CHILE	20
CAPÍTULO III: RED SENAME Y SALUD MENTAL	23
3.1. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CENTROS DEL SENAME	23
3.2. RED DE APOYO PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO PARA NNA INSTITUCIONALIZADOS	25
3.3. USO DE PSICOFÁRMACOS EN HOGARES DEL SENAME	27
3.4. VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DENTRO DE LOS CENTROS DEL SENAME	28
CONCLUSIÓN	31
BIBLIOGRAFÍA	34

TABLA DE ABREVIATURAS:

- | | |
|-----------|-------------------------------|
| 1. SENAME | Servicio Nacional de Menores. |
| 2. NNA | Niños, niñas y adolescentes. |

3. OMS
Organización Mundial de la Salud.
4. MINSAL
Ministerio de Salud.
5. UNICEF
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
6. CASEN
Caracterización Socioeconómica Nacional.
7. CDN
Convención sobre los Derechos del Niño.
8. CIDH
Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
9. CADH
Convención Americana sobre Derechos Humanos.
10. GES
Garantías Explícitas en Salud.
11. OCDE
Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
12. APS
Atención Primaria de Salud.
13. CIPER
Centro de Investigación Periodística.
14. OCAS
Organismos Colaboradores Acreditados.
15. CREAD
Centros de Reparación Especializada de Administración Directa.
16. INDH
Instituto Nacional de Derechos Humanos.
17. DEPRODE
Departamento de Protección de Derechos.

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto identificar si la normativa y los programas vigentes en Chile, sumado a las condiciones de los centros del Servicio Nacional de Menores (SENAME), son suficientes y eficaces para cubrir las necesidades y problemas de salud mental de los niños, niñas y adolescentes (NNA) que se encuentran bajo el cuidado y protección del Estado de Chile. Esto, en atención a que la estadía de los NNA en los diferentes centros del SENAME tiene una gran influencia en el bienestar integral de los menores y sus procesos de recuperación y reinserción. La investigación se realiza a través del estudio de la protección nacional e internacional a los derechos del niño, especialmente a lo que dice relación con la salud mental de estos, examinando las obligaciones del rol protector que ejerce el Estado, particularmente respecto al cumplimiento de éste en la protección de los derechos de los NNA institucionalizados, utilizando una metodología descriptiva-constructiva. De este modo, se puede observar la efectividad con que el Estado protege la salud mental de los NNA que se encuentran internados en los distintos centros de la red SENAME y determinar si este cumple o vulnera derechos contenidos en la normativa nacional e internacional. De los resultados obtenidos durante el proceso investigativo, se evidencia la sistemática vulneración de derechos de los NNA por parte del Estado de Chile, repercutiendo esto de manera significativa en la salud mental de los mismos, haciendo necesaria la implementación de medidas integrales que permitan la restitución de sus derechos.

PALABRAS CLAVES

Salud Mental - SENAME - Estado - Derechos - NNA

INTRODUCCIÓN

Se estima que, a nivel mundial, entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Según el Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL) en nuestro país los problemas de salud y trastornos mentales constituyen la principal fuente de carga de enfermedad, siendo los niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA) los que resultan más perjudicados, en tanto que este segmento etario es el que presenta las mayores brechas en todos los niveles, especialmente en la atención ambulatoria (MINSAL, 2017). La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la salud pública (Vicente y otros, 2012: pp. 447-457). Los factores determinantes de la salud mental de los y las adolescentes son diversos, habiendo una correlación directa entre la exposición a factores de riesgo y los efectos provocados en la salud mental (OMS, 2019). Para la OMS dentro de las determinantes más importantes se destacan la calidad de vida doméstica, la violencia, y los problemas socioeconómicos y la violencia sexual. El “Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes en Chile”, que data del año 2012, evidenció que las variables asociadas significativamente al aumento de la prevalencia de trastornos son, entre otras, el ser víctima de maltrato, de abuso sexual, vivir bajo la línea de la pobreza, la presencia de historial familiar con psicopatología, vivir con un solo padre o con otras personas, mientras que la deserción escolar aumenta el riesgo del abuso de sustancias en casi siete veces (De la Barra y otros, 2012: p. 524) En este contexto, resulta importante señalar que, según United Nations Children's Fund (en adelante, UNICEF), el 71% de la población infantil y adolescente del país es víctima de algún tipo de violencia. A esto se agrega que según la encuesta de Caracterización Socioeconómico Nacional (en adelante, CASEN) del año 2017 la pobreza en el grupo comprendido entre los 0 y los 17 años de edad alcanza el 28.6%. (Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2019: p. 11).

Por otra parte, si bien el suicidio no es considerado una enfermedad mental, uno de sus principales factores de riesgo es precisamente la presencia de un trastorno mental. Respecto de los adolescentes, el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial y Chile tiene tasas cercanas al promedio. El año 2015, 107 adolescentes entre 15 y 19 años murieron por este motivo en el país (SENAME, 2019: p. 5). Estando así el panorama de la salud infanto-juvenil, resulta especialmente preocupante la situación de los NNA que están en la red del Servicio Nacional de

Menores (en adelante, SENAME). El “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”, evidencia que el 69.1% de los NNA bajo el sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno de salud mental (MINSAL, 2018: p. 13). Lo anterior se explicaría porque son una población especialmente vulnerable, al contar en su biografía con una exposición a entornos y contextos sociales y culturales caracterizados por condiciones de inequidad y violencia, como abuso físico, sexual, abandono, negligencia, pobreza y violencia doméstica, entre otras situaciones (SENAME, 2019: p. 9). Así entonces, cabe preguntarnos si la normativa y los programas existentes en materia de salud mental infanto-juvenil, sumado a las condiciones de los centros de la red SENAME, son suficientes para enfrentar y cubrir las necesidades de los NNA institucionalizados que presentan algún problema de salud mental, en tanto su estadía en dichos centros juega un rol fundamental en su rehabilitación y posterior reinserción social. El presente trabajo se enfoca en exponer de qué manera el Estado chileno resguarda la salud mental de los NNA institucionalizados y si este resguardo es efectivo y suficiente en la práctica, en concordancia con la normativa nacional e internacional vigente.

De esta manera, el primer capítulo será dedicado a exponer las normas reguladoras en materia de salud mental, considerando la legislación nacional y los tratados internacionales firmados por nuestro país que velan por el resguardo y bienestar de los NNA, sobre todo en lo relativo a materia de salud y salud mental en particular, y describir el rol que debería cumplir el Estado Chileno en su calidad de garante de estos derechos. El segundo capítulo se centrará en determinar la importancia de la salud mental en la población infanto-juvenil, principalmente respecto de los NNA que se encuentran bajo el cuidado y protección del Estado de Chile y, la manera en que esta influye en su proceso de rehabilitación y reinserción. Finalmente, el tercer capítulo se enfocará en describir las condiciones de los centros de la red SENAME, considerando temas como el programa de salud mental vigente, el perfil de ingreso de los menores institucionalizados, la cantidad de NNA que presentan algún trastorno de salud mental, la dotación de personal, infraestructura y vulneración de derechos al interior de los centros. Esta etapa nos permitirá realizar un análisis concordante con los hechos señalados en los capítulos anteriores, con el fin de determinar la efectividad de las medidas tomadas por el Estado de Chile en favor de los NNA que se encuentran bajo su alero, principalmente respecto de su salud mental y la influencia de ésta en su estadía y posterior egreso. En consecuencia, este trabajo se desarrolla desde una perspectiva descriptiva y una constructiva, debido a que a partir de la exposición de la normativa tanto nacional como internacional con respecto a la salud mental infanto-juvenil, en conjunto

con el análisis de la información entregada por distintos actores de la sociedad civil, es posible identificar como el Estado otorga efectividad a los derechos de nuestros NNA que se encuentran bajo su protección. Nos daremos cuenta de que la normativa y los programas vigentes, no son suficientes ni efectivos para cubrir las necesidades en materia de salud mental que tienen los NNA institucionalizados y, que lo anterior se ve agudizado producto de la vulneración de derechos al interior de los centros del SENAME, frustrando el proceso de rehabilitación y posterior reinserción de las y los NNA.

CAPÍTULO I: MARCO LEGAL VIGENTE

1.1 NORMATIVA INTERNACIONAL

CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

En materia internacional, la Convención de los Derechos del Niño (en adelante, CDN) es probablemente, la que mayor importancia reviste para nuestro tema de estudio. La CDN fue ratificada por Chile en el año 1990 y se rige por principios rectores de actuación respecto al niño, a saber; la no discriminación, el interés superior del niño su supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten. Por lo tanto, desde su ratificación nuestro país asume la obligación de que las políticas de protección a menores tengan como eje central los pilares establecidos en esta normativa internacional (Defensoría de la Niñez, 2019: p.8). Un cambio de paradigma inicia con la CDN respecto a la relevancia de los derechos de este grupo etario. Esta viene a modificar el panorama social de la niñez e imagen del niño como un sujeto de derecho y la forma en que este se relaciona con la sociedad y el Estado. Ejemplo de ello es el artículo 12 de la CDN, que señala: «La Convención reconoce al niño como sujeto de derechos, y la ratificación casi universal de este instrumento internacional por los Estados parte pone de relieve esta condición del niño» (CDN, 2009: p. 8). Sin lugar a dudas, este cambio de paradigma se ha manifestado en la búsqueda de una prevalencia de la protección integral de los NNA, en concordancia a la noción del niño como objeto de amparo en la sociedad, familia y Estado. Este importante cambio implementado por CDN ofrece una visión del niño como individuo y como miembro de una familia y comunidad con derechos y responsabilidades adaptadas a su desarrollo. Es por esto, que ha sido ratificada ampliamente por la comunidad internacional, pues en ella se establecen reglas mínimas acerca del tratamiento de la infancia, es decir, un marco mínimo de reconocimiento y respeto de los derechos de los NNA que combina en un sólo tratado los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, considerándolos como interdependientes y complementarios para asegurar la protección integral de NNA (Morlachetti, 2013: p. 9). De esta manera, podemos apreciar que los niños tienen los mismos derechos que una persona adulta, es decir, corresponde considerarlos como sujetos de derechos humanos y civiles, con algunas prevenciones especiales referidas al ejercicio de sus derechos, en función de su edad y madurez (Correa y Vargas, 2011: pp. 177-204). Autores como Mickel Freeman

afirman que: “respetar la autonomía de un niño es tratarlo como a una persona y como a un detentador de derechos” (2004: p. 168).

Tomando en consideración las normas de la CDN de los NNA en la que se reconocen derechos esenciales para el desarrollo de los infantes y adolescentes, encontramos que:

→ En su preámbulo reconoce que la familia es fundamental en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (CDN, 1990: p. 1)

→ Lo anterior también se ve reflejado en el artículo 3.2 de la convención por el cual se establece que los Estados parte se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas (CDN, 1990: p.3)

→ En su numeral 5, los Estados parte respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad (CDN, 1990: p. 4). Sin embargo, se dan ciertas particularidades en que la Convención en casos concretos los niños, niñas y adolescentes podrán ser separados de su familia de forma excepcional.

→ El numeral 9 hace referencia a lo anterior, aquel señala que los Estados velarán para que el niño no sea separado de sus padres en contra de la voluntad de estos, pero existen excepciones cuando esa separación sea necesaria para el interés superior del niño tal determinación puede ser necesaria en casos particulares (CDN, 1990: p. 5).

→ En su numeral 20 señala que los NNA temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado (CDN, 1990: p. 9).

→ Para la Convención esto de que los NNA no estén desarrollándose dentro de su círculo familiar es un hecho excepcional, e incluso en su artículo 25 establece que esto tendrá que ser revisado para reconsiderar las medidas adoptadas (CDN, 1990: p. 13).

El programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años del Ministerio de Salud, concentra algunos de los artículos particularmente relevantes en materia de salud mental de la convención sobre los derechos de los niños:

→ El artículo 23: Reconoce que los niños con discapacidades mentales o físicas tienen derecho a disfrutar una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad.

→ El artículo 25: Reconoce el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento para su atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

→ El artículo 27: Reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

→ El artículo 29: Señala que la educación del niño debe estar enfocada en desarrollar la personalidad, las aptitudes y las habilidades físicas y mentales hasta el máximo de su potencial.

→ El Artículo 32: Reconoce el derecho del niño a estar protegido contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

→ El artículo 39: Dispone que los estados adoptarán todas las medidas necesarias para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de vulneración como abandono, abuso o tráfico, entre otros, y La Observación General No. 8 (2006) del Comité de los Derechos del Niño declara el derecho del niño a la protección de los castigos corporales y otros castigos crueles o degradantes (artículos 19, 28, párrafos 2 y 37). (Ministerio de Salud, 2017: p. 15).

Así entonces, podemos notar la manera en que la visión respecto de los NNA ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Gracias a este cambio implementado en gran parte por la CDN, ha tomado especial relevancia la búsqueda y resguardo del desarrollo integral de los NNA, resultando imperativa la consagración de estándares mínimos en los diferentes cuerpos normativos para este efecto.

DIRECTRICES DE NACIONES UNIDAS SOBRE MODALIDADES DE CUIDADOS ALTERNATIVOS DE LOS NNA.

Las Naciones Unidas conforman otra organización fundamental en la evolución del resguardo de los derechos de los NNA. Así, respecto de aquellos infantes que han perdido o están en riesgo de perder el cuidado familiar, las Naciones Unidas han establecido ciertas pautas para

la aplicación de diversos organismos e instrumentos internacionales de protección de aquellos más vulnerables. De esta forma, tal y como señalan autoras como Minerva Gómez y Martha Zanahabria “con la presentación ante la Asamblea General de Naciones Unidas de las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños en diciembre de 2009, arribamos a un momento coyuntural en relación con la población de niñas, niños y adolescentes que no cuentan con el cuidado de sus padres, tema de la agenda internacional sobre los derechos de la niñez que se hace visible y coloca los lineamientos para la construcción de una política pública en materia de protección” (Gómez y Zanahabria, 2014: p. 11). Aquellas directrices establecen parámetros para orientar las políticas, decisiones y actividades de las instituciones que se ocupan de la protección y desarrollo del niño, si bien estas no tienen la misma fuerza obligatoria que un tratado, sin embargo ello no implica que carezcan de relevancia jurídica, en este sentido están destinadas a orientar a los gobiernos a asumir plenamente las obligaciones internacionales respecto del cuidado de los NNA y además iluminar las políticas, decisiones y actividades de todas las entidades que se ocupan de la protección social y el bienestar de estos. El objetivo es establecer los estándares para prevenir la separación entre los NNA y sus familias, sin embargo, si esta resultara necesaria e inevitable, aquellos deben recibir el cuidado y la protección necesaria, privilegiando aquel brindado en entornos familiares.

En el anexo de las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños aprobada por la asamblea general de Naciones Unidas, se establece que estas directrices tienen como finalidad primordial:

→ “Apoyar los esfuerzos encaminados a lograr que el niño permanezca bajo la guarda de su propia familia o que se reintegre a ella o, en su defecto, a encontrar otra solución apropiada y permanente, incluidas la adopción y la kafala del derecho islámico;

→ Velar por que, mientras se buscan esas soluciones permanentes, o en los casos en que estas resulten inviables o contrarias al interés superior del niño, se determinen y adopten, en condiciones que promuevan el desarrollo integral y armonioso del niño, las modalidades más idóneas de acogimiento alternativo;

→ Ayudar y alentar a los gobiernos a asumir más plenamente sus responsabilidades y obligaciones a este respecto, teniendo presentes las condiciones económicas, sociales y culturales imperantes en cada Estado;

→ Orientar las políticas, decisiones y actividades de todas las entidades que se ocupan de la protección social y el bienestar del niño, tanto en el sector público como en el privado, incluida la sociedad civil” (Naciones Unidas, 2010: p. 2).

Si bien, lo ideal es el desarrollo de los NNA dentro de su entorno familiar, muchas veces esto no será posible, resultando inevitable la separación de estos de sus familias. En este contexto y, tomando como base el interés superior del niño, la implementación de directrices que conformen un marco fundamental de referencia para los distintos Organismos y Estados, resulta imperativa.

OTRAS NORMATIVAS INTERNACIONALES

La Corte Interamericana de Derechos Humanos tiene un papel relevante en el desarrollo de sistemas de protección de los derechos de los NNA y, pese a que no hace una referencia a las directrices de cuidado alternativo de las Naciones Unidas, ha desarrollado ampliamente el concepto de *corpus iuris* de derechos de la niñez para establecer un marco de protección holístico bajo el artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, CADH) y VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que integra los estándares internacionales de derechos humanos desarrollados en materia de niñez, incluida la Convención de los niños, niñas y adolescentes (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2013: p. v). La Convención Americana sobre los derechos humanos señala que ante la ausencia de un instrumento interamericano que regule específicamente el derecho de los niño/as, la Convención sobre los Derechos del Niño/a constituye parte del *corpus iuris* que debe servir para fijar el contenido y los alcances de la disposición general definida.

En relación a lo anterior, la CADH en su artículo 19 dispone: “Todo niño/a tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y el Estado”. Por lo tanto, dicha disposición impone a los estados adoptar medidas en favor de los niños, niñas, y adolescentes. En este mismo orden de ideas la CIDH señala que hay que considerar todas las normas de derecho internacional relacionado con los infantes y adolescentes para poder hacer una interpretación de las normas referentes a aquellos. Para finalizar este punto, en el prólogo del informe de la CIDH en “El derecho del niño y niña a la familia” se establece que una de las obligaciones de los Estados que se debe reflejar en los Sistemas Nacionales de Promoción y Protección de Derecho del Niño, es garantizar el derecho del niño a ser criado en su ámbito familiar y comunitario, y dar adecuada atención a los niños que no cuentan

con los cuidados de sus familias, o bien que se encuentran en riesgo de perderlos. Sin embargo, esto no se coincide en la realidad con los estándares fijados por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, pues al no saber con exactitud el número de NNA que se encuentran en cuidado alternativo en un centro o institución, se provocan déficits en la regulación del funcionamiento de los centros e instituciones que acogen a los niños que requieren de protección especial.

1.2 NORMATIVA NACIONAL

En el siglo XX en Chile también se ve un progreso debido al acaecer internacional, pues se dictan las primeras leyes en las cuales aparece una preocupación por la infancia, esto se debe a que el fenómeno de la “cuestión social” de aquel tiempo dejó al descubierto la tremenda vulneración de derechos de los NNA que motivó su dictación (Carretta y Barcia, 2020: p. 14). En 1912 se crea un estatuto de protección de los derechos de la infancia, no estamos refiriendo a la ley N°2.675 sobre Protección a la Infancia Desvalida, “la que si bien contiene un conjunto incipiente y reducido de normas, se puede estimar como el primer estatuto legal de protección de la infancia en Chile” (Carretta et al., 2020: p. 15), se promulgó para regular el abandono paterno, el abuso de menores y algunas formas de explotación, aquella inicio una política estatal guiada hacia los niños en "riesgo social”.

En cuanto a la tutela del pago de los alimentos, hubo un avance desde la Ley N° 5.750 sobre abandono de familia y pago de pensiones alimenticias, de 1935, hasta la Ley N° 14.908, del mismo nombre, que rige hasta estos días. La Ley N° 19.585/1998 sería la que marcaría un cambio en la noción de la niñez. Conocida como la Ley de Filiación, terminaría con la clasificación de los hijos como legítimos, ilegítimos y naturales, dando lugar sólo al estado civil de hijo. Por tanto, sí se han promulgado una serie de normas orientadas al cumplimiento de las obligaciones que Chile ha contraído al ratificar la CDN. Entre dichas reformas destacan aquellas que hacen a la institucionalidad como la Ley 19.968 (modificada por Ley 20.286) que crea los tribunales de familia, La Ley 20.084, (modificada por Ley 20.191) que establece un sistema de responsabilidad penal adolescente; y la Ley 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social y Chile Crece Contigo que es según la propia definición de la ley un subsistema de Protección Integral de la Infancia, cuyo objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se

atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar. La institucionalidad se completa con la creación del Servicio Nacional de Menores el cual fue creado por el Decreto Ley N° 2.465 del 10 de enero de 1979. (Morlachetti, 2013: pp. 21-22)

Una de las tareas que nuestro Estado tenía pendiente era tener un defensor de la niñez, para cumplir con aquello, se promulgó la Ley N° 21.067 que crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez, la cual empezó a funcionar el 29 de junio del 2018. Esta institución es pública, autónoma, con personalidad y patrimonio propio, y tiene por objeto la difusión, promoción y protección de los derechos de que son titulares los niños, de acuerdo con la Constitución Política, la CDN y demás tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes, así como a la legislación nacional. Por otro lado, la ley N° 21.302 crea el Servicio Nacional de protección especializada a la niñez y adolescencia, que depende del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Empezó a funcionar el 1 de octubre del 2021 y su objetivo es la protección especializada para los niños amenazados o vulnerados en sus derechos, poniendo el foco en el bienestar integral de cada joven en el sistema, la restitución de los derechos vulnerados y la reparación del daño causado por dichas vulneraciones. Dentro de los principales cambios que incorpora este nuevo servicio están una mayor supervisión y mejor fiscalización, mayores exigencias al personal público y privado, presupuesto adicional (40% más respecto del SENAME en su área de protección), enfoque familiar, mejoras respecto de la oferta programática, descentralización y mejor coordinación. Aquello antes dependía del SENAME, ahora este último solo se enfocará en jóvenes que infrinjan la ley y pasará a llamarse “Servicio de Reinserción Social Juvenil”. Pese a lo anterior, Chile no cuenta con un sistema de protección integral de la infancia que regule derechos universales y diseñe políticas de infancia generales, para lo cual se deben desarrollar sistemas nacionales que aseguren el total y efectivo goce y ejercicio de sus derechos. Para ello, los derechos contenidos en la CDN deben traducirse en políticas y acciones concretas por parte del Estado. En efecto, “Un abordaje integral a los derechos de la niñez exige no sólo una mirada transversal a los organismos públicos, ya las diversas políticas, programas y prácticas. También demanda una transformación sustancial en el diseño e implementación de esas políticas, incluyendo la definición de competencias a organismos especializados en la protección de la infancia” (Defensoría de la niñez, 2019a: p. 10). En razón de aquello se ha destacado que en nuestro país la institucionalidad existente no está basada en una ley de protección integral ni existe un sistema rector y

articulador de las instituciones y los subsistemas en relación al universo infancia y adolescencia. Es un desafío pendiente para Chile la creación de un sistema integrado particularmente a partir de su rol de garante de los NNA. (Defensoría de la niñez, 2019b: p. 503). En este sentido, el autor Morlachetti ha sostenido que “Chile enfrenta el desafío de revisar su legislación vigente y la promulgación de una ley de protección integral de los derechos de la niñez que garantice el ejercicio efectivo de los derechos de todos los niños y niñas, y que establezca un verdadero sistema de protección integral a la infancia” (2013: p. 22).

Así todo, pese a que nuestro país cuenta con una nueva legislación, que viene a “mejorar” la institución del SENAME y que aquello podría significar cierto avance, sigue habiendo un problema de fondo que se materializa en la falta de un estatuto de protección integral a la infancia.

CAPÍTULO II: POBLACIÓN INFANTO- JUVENIL Y SALUD MENTAL

2.1. LA SALUD MENTAL SEGÚN LA OMS.

El término “salud mental” no resulta fácil de definir, pues incluye un bienestar íntegro que va más allá de la concepción clásica de salud. La Autora Esther Custo señala que “La categoría de salud mental implica tantas definiciones como enfoques epistemológicos y teóricos” (2008: p. 19) y, es por esto que la salud mental ha sido definida de distintas formas, por estudiosos de diferentes culturas pues depende del escenario social, económico, político y del modo de producción y de circulación de dicha sociedad. Para la Organización Mundial de la Salud (1997) - señala Custo- “la salud mental no es simplemente ausencia de enfermedad mental reconocible, sino un estado de bienestar en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad” (Custo, 2008: p. 20). La salud mental incluye el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la independencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental. (Marcos del Cano y Topa, 2012: p. 31).

La OMS señala que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Marcos del Cano y Topa, 2012: p. 31). De esta manera, gozar de una buena salud mental no es simplemente la ausencia de un trastorno mental, sino que es un estado completo de bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias. Así entonces, este bienestar integral resulta primordial en el desarrollo del bienestar individual y del funcionamiento efectivo de la comunidad, pues se refleja en la forma en que interactuamos

con los demás, de pensar, etc., radicando aquí la importancia de la implementación de políticas públicas que mejoren la salud mental de los individuos.

2.2. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

La salud mental en cada individuo está determinada en base a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. En este contexto las determinantes sociales de la salud se encuentran directamente relacionadas con el curso de vida, la acumulación de factores que a la larga generan riesgos, pueden determinar la ausencia o presencia de una o varias enfermedades. Los entornos sociales, económicos y físicos moldean la experiencia de salud mental de las personas, siendo la niñez y la adolescencia en situaciones de vulnerabilidad social la población más expuesta a problemáticas de salud mental (SENAME, 2019: p. 6). El plan nacional de salud mental 2017 -2025 señala que “la desigualdad afecta principalmente la salud mental de los niños y niñas, quienes ostentan las mayores cifras de pobreza y tienen menos acceso a atención especializada.” (MIN-SAL, 2017: p.10). A esto se debe la importancia de tener en cuenta el ambiente en el que se circunscribe los NNA, pues esto permitirá comprender la influencia que tiene el ambiente en los distintos procesos que tiene el ser humano y su entorno inmediato, en tanto que un problema de salud mental o emocional en la infancia o adolescencia puede deberse a las diferentes situaciones que viven en el contexto donde se encuentran inmersos.

En este sentido hay una serie de circunstancias que determinan la salud mental de los NNA en cualquier momento, pues si bien la mayoría de los infantes y adolescentes gozan de una buena salud mental, los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacerlos vulnerables a los problemas de salud mental, motivo de preocupación para la salud pública. Por lo tanto, cuanto más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos los adolescentes, mayor serán las posibles repercusiones en su salud mental. (SENAME, 2019: p. 9). La prevención de factores de riesgo en la familia o en instituciones que tengan a su cuidado NNA que influyan negativamente en los estilos de crianza y en el desarrollo socioafectivo durante la infancia, es una responsabilidad de los distintos profesionales y sectores para lograr un mejor desarrollo de habilidades, competencias parentales, habilidades emocionales y conductas prosociales en los NNA (Cuervo, 2010: p. 117). Entre las determinantes que pueden generar un mayor riesgo de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, se encuentran: su condición de vida, exclusión, falta de acceso a servicios y apoyo

de calidad, enfermedades, relaciones con sus pares, discriminación por razón de etnia, problemas socioeconómicos y exposición a la violencia o entornos frágiles. En estos caso de crisis humanitaria, la desigualdad impacta significativamente la salud mental de los niños y niñas, pues son quienes viven en mayor proporción en pobreza en nuestro país y tienen menor acceso a atención especializada: El 13,9% de los niños y niñas viven en situación de pobreza por ingresos, y un 22,9% lo hace en situación de pobreza multidimensional (Vukusic y Bravo, 2020: p. 102). Así entonces, y considerando todas las razones anteriormente expuestas, los NNA en estas condiciones resultan especialmente vulnerables a la discriminación, estigmatización, dificultades educativas y vulneración de derechos humanos, lo que indudablemente repercute en su salud mental.

2.3. IMPORTANCIA DE ABORDAR LA SALUD MENTAL DESDE LA INFANCIA

Los adultos que somos hoy en día, son el reflejo de nuestras experiencias vividas durante- probablemente- la etapa más crucial de nuestras vidas; la infancia. La salud mental es importante para el crecimiento infantil, puesto que este un “periodo crítico para el desarrollo de la conducta, capacidad de aprendizaje y resiliencia del individuo” (Zúñiga, A. y Zúñiga, M., 2020: p. 74). La infancia es mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta, pues se refiere al estado y la condición de vida de un niño: a la calidad de esos años. Es más, la infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en el cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar futuro, esto se debe a que “las experiencias tempranas de vida impactan de manera significativa en la arquitectura del cerebro del infante, pudiendo fortalecerla o debilitarla permanentemente” (Zúñiga, A. et al., 2020: p. 74). Las primeras experiencias de un niño, los vínculos que forma con sus padres, sus experiencias educativas y su desarrollo emocional, social y físico, afectan profundamente su desarrollo integral en el futuro, y con ello, el adulto en que se convertirá. En este aspecto, la familia influye de manera esencial en el desarrollo socioafectivo del infante, ya que los modelos, normas, valores y habilidades se aprenden durante el periodo de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas prosociales y con la regulación emocional (Cuervos, 2010: p. 111). Se pueden vivenciar muchos logros en las áreas de desarrollo cognitivo, social y emocional, si es que se dan las condiciones para ello. Obtener estos logros y superar las dificultades es fundamental para que un niño o niña enfrente la pubertad y adolescencia con el máximo potencial y bienestar, ya que la adolescencia representa una de las crisis normativas más fuertes de la

vida (MINSAL, 2017: p. 18). Como consecuencia de esto, resulta importante comprender la necesidad de invertir en los niños pequeños. La acción política sobre la salud mental es vital, al igual que la investigación disciplinaria sobre los mecanismos que vinculan la pobreza con la enfermedad mental. En este sentido se requiere compromiso, comunicación y acción como parte de un enfoque integral para promover una buena salud mental para todos los niños, en pos de maximizar su bienestar en el futuro, sobre todo considerando que el desarrollo infantil temprano es un determinante de la salud física, mental y social de poblaciones (Bedregal y otros, 2016: p. 351).

Como señalamos anteriormente la implementación de políticas públicas que brinden oportunidades para un adecuado desarrollo y salud en los primeros años de vida constituyen en la actualidad una inversión crucial. La evidencia científica señala que la formación de habilidades cognitivas y no cognitivas es un proceso que se desarrolla en el curso de la vida. La biología y la psicología del desarrollo han demostrado que este período es clave para el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional, ya que se asientan las bases sobre las que se consolidará el desarrollo humano a lo largo de la vida (Bedregal y otros, 2016: p. 352). Es en esta etapa de nuestras vidas que el desarrollo emocional se encuentra íntimamente ligado al desarrollo sociocognitivo del niño/a. La expresión y comunicación de las emociones es central en el entendimiento de los niños/as con el otro (adulto y/o par) siendo esencial la identificación y comprensión del estado emocional propio y del otro para la construcción vincular. Asimismo, es preponderante el rol de la autorregulación emocional en el ajuste social del infante a las exigencias cotidianas, pues la emoción interviene en el proceso de individuación constituyendo un factor de trascendencia en el desarrollo psicológico del niño/a (Greco, 2010: p. 83). Es prioritario comprender las complejidades de la actualidad y concentrar esfuerzos en atender los efectos de los desafíos contemporáneos, en especial la población infantil, porque la salud mental infantil ha estado generalmente descrita desde el déficit, es decir, cuando se presentan problemas y se asientan los trastornos de salud mental. (MINSAL, 2017: p. 16). La OMS estima que aproximadamente entre el 5-15% de la población infantil presenta problemas psicológicos que, además de afectar a su vida social, disminuyen sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales. Además, existe una continuidad entre los problemas mentales infantiles y los de la vida adulta, por lo que intervenir y prevenir desde la infancia constituye un factor diferencial a la hora de gozar de bienestar emo-

cional y una buena salud mental en la edad adulta, en este sentido ha establecido que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública (Vicente y otros, 2012: p. 447).

Para sintetizar, es esencial visibilizar ya no solo la importancia de desarrollar la educación emocional en las escuelas, sino también de un buen acompañamiento familiar que permita al niño contar con un sistema de apoyo estable y seguro. Es por esto que debemos dejar de considerar a los trastornos mentales (depresión, trastornos ansiosos, hiperactividad, etc.) como solamente una cuestión médica, sino una cuestión social y política que concierne a distintas instituciones (familia, escuela, empresa, etc.) y que habla de transformaciones culturales, procesos de socialización y de la composición de la estructura social. De hecho, como señalamos anteriormente la definición de salud mental, los síntomas no provienen sólo del dominio de la enfermedad, sino de la vida social en general: ellos son la expresión de una dificultad asociada a los criterios de funcionamiento social (Jiménez y Abarzúa, 2014). A su vez, los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia traen consecuencias que se extienden hasta la adultez e implican un alto costo económico y productivo para la sociedad. Abordar a tiempo los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia es una medida preventiva. Ésta, junto con mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas y sus familias, contribuye a reducir la presencia de dichos cuadros mentales en la adultez, siendo una intervención costo-efectiva.

2.4. SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN CHILE

Si analizamos la atención primaria de salud en los últimos años, podemos ver que hay una contribución en el acceso, la cobertura y tratamiento en la salud mental, en este sentido analizaremos algunos programas que hagan referencia a aquello. Desde que se puso en marcha el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, se han ido incorporando gradualmente diversas Garantías Explícitas de Salud (GES) relacionadas con la salud mental como el tratamiento del primer episodio de la esquizofrenia, la depresión (personas de 15 años y más), el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas (personas menores de 20 años) y el trastorno bipolar (personas de 15 años y más). En el año 2008 se elaboró el programa de atención primaria el cual integró los programas anteriormente nombrados, el objetivo principal de este programa

“Fortalecer las actividades de prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad a través del Ciclo Vital”, interactuando con distintos niveles de resolutiveidad (MINSAL, 2021, p.2).

Desde el año 2015 se cuenta con las Orientaciones Generales para la Implementación de Acciones de Salud Mental en la Atención Primaria en Salud (en adelante, APS) como un importante insumo para todo el equipo de salud que realiza acciones de promoción y detección; y fortalece competencias de algunos miembros del equipo que brindan las acciones específicas de atención clínica. En el año 2016, en la APS se da a conocer el plan piloto de acompañamiento a infante y adolescentes de familias con alto riesgo psicosocial, la finalidad de este es contribuir a elevar el nivel de salud mental de esta población, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud mental, a través del acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo (MINSAL, 2016). Además de lo anterior, se crea el programa de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo, el cual enfocado sus esfuerzos a proteger y resguardar diversos factores protectores de la salud mental infantil a través del fortalecimiento del vínculo parento-filial y que los niños y niñas alcancen su máximo potencial favoreciendo las condiciones para su desarrollo, bienestar y aprendizaje integral; en su familia y en el espacio escolar. Por otro lado, tenemos el programa de Apoyo al Aprendizaje Integral, para todos los niños y niñas que ingresan a nivel de transición 1 en los establecimientos de educación municipal el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, dirigido a los niños y niñas de 5 a 9 años para mejorar la brecha de cobertura en la atención de los trastornos de salud mental en la infancia. También colabora con el Programa Habilidades para la Vida, Salud Escolar y promoción de salud (MINSAL, 2017: p. 8).

El plan de salud mental 2017 al 2025, tiene por finalidad promover el bienestar y el óptimo desarrollo de las capacidades psicológicas, afectivas, cognitivas y relacionales, apuntando al logro de metas individuales y colectivas considerando el bien común de los ciudadanos. Su enfoque es ampliar la cobertura del sector público, permitiendo un acceso universal a los que más lo necesitan. La Ley N°21.331 de “Reconocimiento y Protección de Los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental”, se promulgó el 11 de mayo del 2021, aquella reconoce derechos de las personas con enfermedades mentales o discapacidad psíquica o intelectual, y es una legislación específica acerca de la salud mental y de la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental. Esta ley es un gran avance desde la perspectiva de los dere-

chos humanos y por ende de mucha importancia, sin embargo, esta norma no extiende las coberturas del GES, y tampoco implica una reforma al sistema asistencial. Por otro lado no aumenta el presupuesto total del sistema público destinado a salud mental y esto debería ser un aspecto fundamental de la ley pues debe garantizar el financiamiento para aquella, en el sentido de que el presupuesto debe ser progresivo, hasta cubrir las brechas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud mental, eliminando discriminación de cobertura en los seguros público y privado, y garantizando paridad con las enfermedades de otro tipo, por lo que el presupuesto en Chile sobre salud mental es bajo a lo recomendado por la OCDE. Los aspectos de los que esta ley regula no implican una reforma al sistema asistencial, no amplía coberturas GES ni aumenta el presupuesto que el país destina a la recuperación de la salud mental de su población, tampoco destina más recursos al trabajo promocional, preventivo y comunitario.

CAPÍTULO III: RED SENAME Y SALUD MENTAL

3.1. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CENTROS DEL SENAME

La APS se configura como el primer nivel de contacto que los individuos, la familia y la comunidad tienen con el sistema público de salud en un determinado territorio. El objetivo de este nivel es brindar una atención ambulatoria integral centrada en las personas y sus familias, con un enfoque principalmente promocional y preventivo, incluyendo la resolución de tratamiento propiamente tal y rehabilitación para situaciones de salud de menor complejidad, bajo lo descrito en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Según información entregada por el SENAME, del total de niños, niñas y adolescentes vigentes, “un 55% se encuentra con alguna problemática de Salud Mental con diagnóstico asociado, el cual ha sido entregado por facultativos tanto de la red pública de salud como privada” (SENAME, 2018: p. 9). La salud mental resulta particularmente afectada en la población más vulnerable, tanto en aquellos que poseen factores internos que los predisponen a padecer algún desorden psiquiátrico, como en aquellos que viven condiciones externas desfavorables. La evidencia disponible nos permite observar que aquellos niños y niñas que viven en condiciones de pobreza, que son víctimas de violencia en sus hogares, maltrato, abuso, abandono, entre otros, corren más riesgo de desarrollar un trastorno de la salud mental. Esto torna alarmante la situación de los niños y niñas que viven en centros de protección del SENAME, puesto que la mayoría de ellos ha experimentado situaciones como las señaladas, estando predispuestos a padecer trastornos de salud mental. Estudios internacionales confirman lo anterior, señalando que las personas que han crecido en residencias (separados de sus familias), tienen cuatro veces más posibilidades de sufrir un trastorno de la salud mental que las que crecieron con su familia (INDH, 2017: pp. 237-238).

El informe realizado por María Pilar Lambert en el año 2021, sobre “salud mental en niños, niñas y adolescentes” da cuenta de un estudio realizado el año 2004 por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME, donde se evaluó clínicamente a 108 NNA con alteraciones conductuales severas, se afirmó que “un 100% de ellos padecían de algún tipo de trastorno de salud mental” (Lampert, 2004: p. 6). Así mismo, información obtenida del Estudio de Departamento de Protección de Derechos (en adelante,

DEPRODE), da cuenta que más de tres mil NNA padecen problemas mentales severos diagnosticados por especialistas de salud mental (Lampert, 2004: p. 7). Respecto a los menores infractores de ley, de acuerdo al estudio llevado a cabo el 2007 por la Universidad Católica de Chile, sobre prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en esta población: “un 50% de los adolescentes privados de libertad presenta dependencia a sustancias psicoactivas (30% de estos corresponde al consumo de cocaína)”. Esto contrasta con la población ambulatoria, donde la dependencia alcanza un 27% (11% a adicción a cocaína). En relación a estos datos, el estudio informa que aproximadamente 774 adolescentes infractores de ley, tendrían necesidades urgentes de rehabilitación (Lampert, 2004: p.7).

El año 2007 el SENAME clasificó a su población en tres niveles de complejidad, de modo de orientar de mejor manera sus recursos. Los dos primeros niveles (baja y media complejidad), que corresponden al 90% de la población, dan cuenta de niños y niñas que presentan señales de alerta respecto al ejercicio de sus derechos. En ambos grupos se encuentran niños y niñas con diversas patologías psiquiátricas. El nivel de alta complejidad, que corresponde al 10% de los niños y niñas, presentan “situaciones y/o conductas que se constituyen en evidente riesgo o daño, a nivel individual, familiar y social” (Ministerio de Salud de Chile, 2007, p.14). En relación a esto, de un total de 83.000 niños y niñas, la demanda estimada de atención en salud mental en el grupo de alta complejidad sería de 2.905 niños y niñas, los cuales requieren intervenciones con profesionales de alta especialidad y con soportes estructurales específicos. (Ministerio de Salud, 2007: p.15).

Por otra parte, el llamado “Informe Jeldres” que se llevó a cabo el año 2013, señaló que el principal problema respecto a la salud mental detectado en SENAME fue la escasa oferta especializada (tanto en SENAME como en el sector público en general), para abordar estos casos. Se destaca la ausencia de planes para niños y niñas con trastornos psiquiátricos y la falta de residencias para estos niños y niñas (Jeldres, 2013). Esto es ratificado el 2016 en el Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Red SENAME y Privadas, donde se afirma que hay una escasez de horas de atención en el sistema de salud mental público, lo que ha llevado a tener que privatizar algunas atenciones debido a su gravedad. También se recalca la falta de coordinación entre las residencias y los dispositivos de atención primarios y secundarios, lo que se materializa en la falta de atención rápida y oportuna, incluso en casos de urgencia (Poder judicial, 2019: p. 59).

Finalmente respecto a la atención psicológica, los resultados dan cuenta que un 30,8% de los niños, niñas y adolescentes no cuentan con intervención en esta área y, si bien un 53,6% se encuentra con atención, es preocupante que aun contando todos los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (en adelante, CREAD) con el recurso humano de profesional Psicólogo/a, existan NNA sin acceso al apoyo terapéutico que requieren en el centro residencial (SENAME, 2018: p. 23). Nos damos cuenta, entonces, de que existe un número importante de NNA institucionalizados con problemas de salud mental, siendo insuficientes las medidas y planes actuales que buscan pelear dicha problemática, siendo el Estado incapaz de lidiar con la creciente ola de trastornos mentales de los NNA que se encuentran bajo su protección.

3.2. RED DE APOYO PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO PARA NNA INSTITUCIONALIZADOS

Investigaciones realizadas por Poderes Legislativo, Judicial y Contraloría General de la República dan cuenta de que el Estado de Chile vulnera los derechos de los NNA institucionalizados en el SENAME. Con el objetivo de conocer la manera en que los/as psicólogos/as responsables de su cuidado procesan estas vulneraciones, la psicóloga Iris Morales Recabal entrevistó, usando metodología cualitativa, a profesionales de modalidad residencial que concentra mayor volumen de NNA institucionalizados (Morales, 2016: p. ii). Tomando en consideración aspectos como el perfil de los psicólogos residenciales, la formación académica y especialización, la adhesión a modelos teóricos de intervención, la experiencia laboral en el sistema de protección de SENAME y funciones de los psicólogos, la tesis de la profesional revela que los psicólogos/as que trabajan en las residencias del SENAME, lo hacen en condiciones precarias, con alta rotación, sobrecarga de funciones y con responsabilidades que van más allá de sus competencias profesionales, lo que genera agotamiento, desgaste y mecanización de los procesos de intervención, provocando que la atención psicológica directa y personalizada que requieren los NNA internados, se vea drásticamente comprometida.

Según señala Morales, “los psicólogos/as del sistema residencial, coinciden que el sistema de supervisión técnica del SENAME es burocrático, formalista y no les proporciona asesoría técnica y acompañamiento adecuado para guiar los procesos de intervención con los NNA y sus familias” (2016: p. 168). Esto se agudiza aún más con la relación autoritaria y persecutora que

los terapeutas mantienen con sus supervisores, que lejos de generar un ambiente de colaboración, provoca temor y desconfianza en los profesionales de salud mental, lo que no va sino en desmedro de los diseños, procesos, acciones y resultados con los usuarios. (Morales, 2016: p. 168). Podemos observar también que, si bien los psicólogos/as reconocen la importancia de la variable “salud mental” en la intervención con los NNA institucionalizados, “existen déficits conceptuales y técnicos que tienden a reduccionismos paradigmáticos más que a visiones innovadoras e integradoras para intervenir en la complejidad del sujeto de intervención y el contexto que le rodea. Se mantiene la disputa entre lo biomédico y lo psico-social o comunitario, como polos falsamente antagónicos e irreconciliables en las prácticas y conceptualizaciones profesionales.” (Morales, 2016: p. 168).

Por otro lado, pese a que los profesionales cuentan con postítulos y cursos de capacitación, esta formación se centra en problemáticas de abuso sexual y el modelo sistémico ecológico de Barudy. Así mismo, aseguran no haber recibido formación de postgrado ni especialización en formación clínica, psicoterapéutica o de salud mental ni tampoco en Psicología Clínica Infanto-Juvenil acorde con el rango etario de los NNA institucionalizados. Esta carencia de formación especializada en modelos de intervención en salud mental tiene una clara repercusión en la eficacia de la terapia sobre los daños, traumas y trastornos psiquiátricos y emocionales, entregada a la población infanto-adolescente institucionalizada y sus familias. (Morales, 2016: p. 112). Los psicólogos/as que prestan servicios en residencias dependientes de SENAME, donde los NNA enfrentan a diario vulneraciones a sus derechos durante los procesos de institucionalización, están de acuerdo en que la internación no es una respuesta eficaz y deseable para el NNA por parte del Estado representado por SENAME, siendo conscientes de los efectos y daños que genera la institucionalización prolongada en el desarrollo emocional de los NNA atendidos como también de sus familias (Morales, 2016: p. 169). Así, los profesionales de la psicología que se desempeñan en las diferentes residencias de SENAME, lo hacen en un sistema que puede ser denominado “la paradoja de la protección”, en donde un Estado que se dice “protector”, vulnera sistemáticamente los derechos de los NNA. Esto genera prácticas y discursos disociados, negadores y perversos en el ejercicio profesional de los mismos, quienes terminan naturalizando los daños que a su propia salud mental provoca un sistema proteccional insensible a las necesidades humanas de NNA y quienes intentan trabajar con ellos (Morales, 2016: p. ii).

De los antecedentes aportados, podemos notar la falta de personal especializado y capacitado para lidiar con NNA vulnerados. Dicha falencia, si bien tiene muchas aristas -que van desde lo meramente económico a lo psico-social- tiene como elemento clave la responsabilidad en el deterioro de la salud mental de los NNA institucionalizados.

3.3. USO DE PSICOFÁRMACOS EN HOGARES DEL SENAME

En el año 2016 y, tras la muerte de Lissette Villa¹, CIPER dio cuenta del abuso de psicofármacos en menores de edad. Lissette antes de fallecer consumía tres dosis diarias de psicofármacos, lo que causó el paro cardiorrespiratorio que le quitó la vida. Tan solo en la Región Metropolitana se administran 126 mil dosis anuales, lo que promedia más de 10 mil dosis de psicofármacos al mes, repartidos entre antidepresivos, antipsicóticos y tranquilizantes. Respecto al personal que administra estos medicamentos, en 159 centros (de 241 a la fecha de la investigación) un educador de trato directo es el que se encarga de la distribución de los fármacos. Este funcionario requiere solo de cuarto medio para ser contratado, quedando claro el déficit de conocimientos necesarios en salud para la labor en cuestión. (Albert y Sepúlveda, 2016)

Profesionales dependientes del SENAME son enfáticos en señalar las falencias que presenta la atención médica al interior de los centros. La medicina no es acompañada por tratamientos psiquiátricos, lo que expone y deja en peligro la salud de los NNA. Así mismo, psiquiatras no permanentes en los centros, dan cuenta de que la falta de controles físicos y psiquiátricos, la inexistencia de protocolos frente a descompensaciones y crisis y la falta de asesoramiento de profesionales de la salud mental son parte de los factores que afectan directamente la situación de dichos centros.

Con todo, el rol que ocupan los psicofármacos resulta abrumador; la carencia de personal especializado y preocupado por los niños contribuye a la administración arbitraria de medicamentos, que busca justificación en la necesidad de controlar el comportamiento y conducta de los y las menores. Antecedentes aportados por investigaciones periodísticas como la realizada por Alejandra Acosta y Sofía Aliaga, visibilizan una problemática relevante respecto al uso de

¹ Lissette Villa, niña de 11 años que murió el 11 de abril de 2016 estando bajo la custodia del Estado, al interior del Centro de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) dependiente del Servicio Nacional de Menores (SENAME). Aquel hecho dejó en evidencia la brutal realidad en la que vivían muchos niños, niñas y adolescentes en centros del SENAME a lo largo de Chile, levantando con fuerza la urgencia de investigar a nivel nacional las condiciones de vida en las que estaban los niños, niñas y adolescentes bajo la custodia del Estado”.

psicofármacos en dependencias del SENAME. Las entrevistas realizadas a egresados(as) del SENAME dan cuenta de la preocupación respecto a la utilización de medicamentos psiquiátricos como medio coercitivo, situación que resulta alarmante considerando la alta cantidad de dosis de antidepresivos, antipsicóticos y tranquilizantes que se reparten a los NNA internados. Específicamente, se hace referencia a tres aspectos preocupantes respecto a los psicofármacos; la posible sobre medicalización que se ejerce desde la institución hacia los NNA, cómo esta práctica se sitúa como una respuesta ante situaciones de descontrol de NNA, sin mediar otras alternativas de intervención y, finalmente, cómo la dependencia generada por los psicofármacos puede ser utilizado para coaccionar a los NNA. (Observatorio para la Confianza, 2020: p. 23)

Estos tres antecedentes aparecen como un problema estructural, donde la institucionalización pareciera suponer un diagnóstico psiquiátrico y, por ende, la medicamentación. Esto puede ser síntoma de un gran problema al interior de la red SENAME, caracterizado por la poca preparación que reciben los funcionarios a cargo del cuidado directo de los NNA. Lo anterior, sumado a condiciones materiales como el hacinamiento o la insuficiencia de personal, provoca un contexto absolutamente adverso para cumplir con el objetivo que se persigue, a saber, el cuidado, protección y contención a los NNA (Observatorio para la Confianza, 2020: p. 21).

De los párrafos anteriores, podemos apreciar el uso excesivo de psicofármacos dentro de los centros de la red SENAME, que lejos de tener una justificación, da cuenta de un problema mucho mayor, que dice relación con la incapacidad de los funcionarios para manejar y relacionarse con los NNA que deben proteger.

3.4. VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DENTRO DE LOS CENTROS DEL SENAME

Aunque el objetivo declarado del SENAME es velar por la seguridad y resguardo de los derechos de los NNA que se encuentran bajo la protección del Estado, las cosas en la realidad distan mucho de aquello. Los maltratos por parte del personal y el castigo como medida disciplinaria son pan de cada día y, es innegable la repercusión que aquello tiene en la conducta de los NNA institucionalizados, sobre todo considerando el perfil de ingreso de estos y los antecedentes de violencia que poseen. Actualmente, SENAME regula la contención física por un protocolo de actuación en centros residenciales frente a situaciones de crisis que permite la “sujeción

de extremidades, así como la cabeza, con el fin de evitar agresiones físicas hacia sí mismo o hacia los demás” (SENAME, 2016: p. 29). El uso de la fuerza para la actuación en situaciones de crisis en centros residenciales, según el INDH en su observación de 2017, ha sido vivida o atestiguada por un 23,72% de los niños y niñas y, si bien el propio INDH ha señalado que la contención física es un mecanismo de acción médica que debe ser aplicada como un mecanismo de último recurso, los castigos impuestos al interior de los hogares del SENAME son utilizados indiscriminadamente bajo una supuesta “contención” de NNA aparentemente alterados o descompensados (INDH, 2017: p. 16).

Un análisis realizado por expertos del “Observatorio para la Confianza” a inicios de 2018, arrojó múltiples falencias en la estructuración y en el nivel de delimitación, definición de ámbito de uso y detalle mayor del procedimiento de contención física llevado a cabo dentro de los centros del SENAME. Algunos expertos incluso llegaron a cuestionar su regulación como mecanismo factible, en tanto que, como procedimiento médico, no corresponde su uso en centros residenciales, sobre todo considerando que es una acción altamente contraindicada en niños y niñas con alta experiencia de trauma, cómo es el caso de los NNA institucionalizados. Pese a lo anterior, el uso de la contención física, y también farmacológica, es un mecanismo que se utiliza frecuentemente cuando no es pertinente y de forma no especializada. Según relatos obtenidos por el Observatorio, estos mecanismos han sido incluso utilizados contra recomendación médica, convirtiéndose en un mecanismo de control al interior de los centros. (Observatorio para la Confianza, 2018: pp. 32-33).

Siguiendo la línea anterior, el “Informe de la investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones” del año 2018, realizado por el Comité de los Derechos del Niño de la ONU, constata la vulneración grave y sistemática de los derechos de los NNA que se encuentran en centros de protección residenciales en Chile bajo control directo o indirecto del SENAME. El informe en cuestión da cuenta de la violación de diversos derechos de los NNA y, con ello, de las diversas obligaciones del Estado de Chile derivadas de la Convención, relativas a los NNA privados de entorno familiar. En consecuencia, algunos de las obligaciones vulneradas por parte del Estado de Chile, son: la no discriminación, el interés superior del niño, la obligación de asegurar el respeto de las normas por las instituciones encargadas de protección, las medidas generales de aplicación, la protección contra la violencia, el derecho al más alto nivel

posible de salud, el derecho a la educación, el derecho al descanso, esparcimiento y cultura y, la protección contra la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (ONU, 2018: pp. 5-16).

Así las cosas, podemos darnos cuenta de la gravedad de los resultados obtenidos, siendo el Estado de Chile directamente responsable de las violaciones sistemáticas de los derechos de los NNA bajo su protección. Resultan profundamente preocupantes las condiciones en que viven los menores al interior de los hogares del SENAME y, es imposible pensar en su efectiva recuperación cuando aquellos que deben velar por seguridad son, justamente, los primeros en vulnerar sus derechos. Tal y como se ha señalado en los acápites anteriores, son muchas las variables que confluyen en el bienestar mental y emocional de los NNA institucionalizados y, resulta imposible pensar en el efectivo resguardo de este derecho, cuando otros son gravemente vulnerados.

CONCLUSIÓN

La salud mental de los NNA institucionalizados, juega un rol fundamental en su proceso de rehabilitación y posterior reinserción en la sociedad, debiendo el Estado asegurar el resguardo de este derecho a todos los menores que se encuentran bajo su cuidado y protección. Así mismo, la estadía de los NNA al interior de los centros del SENAME, influye de manera significativa en su salud mental, siendo imperativo para el Estado de Chile el resguardo efectivo de sus derechos y el establecimiento de condiciones dignas, que se condigan con la normativa nacional e internacional. De la investigación realizada, resulta innegable que el Estado ha vulnerado de manera sistemática los derechos de los NNA que se encuentran bajo su cuidado y protección, viéndose profundamente afectada la salud mental de estos.

Entre los problemas identificados tenemos, en primer lugar, que el Estado de Chile tiene una visión tutelar de la infancia y esto se debe a que se considera a los NNA como objeto de protección y no como sujetos de derechos, es decir que haya una protección integral (Cillero, 1999: pp. 69-85). Esto se debe a un desconocimiento de la expectativa subjetiva que los niños deben ser reconocidos como sujetos capaces de formarse juicios morales progresivos, ser escuchados en la toma de decisiones que les afectan y participar activamente en discusiones públicas. Lo anterior, es lo que se denomina la autonomía progresiva y que está consagrada en el artículo 5 de la convención sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes. Efectivamente, hay grandes diferencias en el grado de desarrollo físico e intelectual y en la experiencia e información que tienen los niños y, es por ello que debe matizarse razonablemente el alcance de la participación del niño en los procedimientos con el fin de lograr una protección integral y efectiva de su interés superior.

Es en este sentido que en el medio judicial, así como también en el administrativo para tener una mayor participación del menor según corresponda se debe tener en consideración las condiciones específicas del menor y su interés superior, es decir, que la autonomía progresiva de un menor debe ser evaluada caso a caso, porque se tiene que atender a su grado de madurez tanto psíquica como social pero además se tienen que tomar en cuenta parámetros como su entorno familiar, el lugar que vive, su desarrollo educacional, situación económica. Además, la capacidad progresiva del menor no solo comprende sus derechos sino también el ejercicio de sus obligaciones de acuerdo a su edad, ello conlleva a que los niños, niñas y adolescentes, son responsables de sus actos a medida que van adquiriendo madurez. (Vargas, 2018: pp. 117-137)

Uno de los temas que más se le ha criticado a Chile por parte de la UNICEF, la comunidad internacional y nacional, es que aún mantiene vigente la antigua Ley de Menores, la cual es incompatible con la Convención y la consideración de los niños como sujetos que gozan de derechos plenos. Y esto se debe a que la Ley de Menores núm. 16618 de 1967 considera a los niños, niñas y adolescentes como “objetos de protección”, frente al cambio de paradigma de la Convención, que los considera como “sujetos de derecho”. El Comité, en sus observaciones finales de 2015 a Chile, manifestó su preocupación por este enfoque tutelar incompatible con un marco jurídico que reconozca y garantice los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes. Este enfoque ha provocado la ausencia de políticas preventivas de la vulneración de derechos y ha considerado que la filantropía, el proporcionar “techo y comida” o “separar de la familia” son suficientes para proteger a los niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados, sin preocuparse por una visión integral que permita poner en funcionamiento mecanismos claros de participación, defensa y protección de sus derechos (Comité de los Derechos del Niño, 2018: p. 18).

En relación con lo anterior, es necesario que se apruebe una ley de protección integral de la infancia que sea concordante con los estándares internacionales relacionado con la niñez y adolescencia, establecer programas para detectar abusos, o violaciones a los derechos de este grupo etario, establecer programas de asistencia a las familias para el cumplimiento de sus obligaciones parentales con el fin de reducir los cuidados alternativos, y en este sentido promover el interés superior del niño. El proceso constituyente podría cambiar la perspectiva adulto céntrico de la niñez, pues se pueda dar la situación de que los niños aparezcan reconocidos como sujetos de derechos en la nueva constitución, y darle finalmente este reconocimiento a la niñez.

Otro factor que afecta la protección de los niños es el carácter subsidiario del Estado de Chile, pues aquel trajo como problema que el Estado dejara mayoritariamente en manos de instituciones privadas la atención a los niños, niñas y adolescentes en situación de desamparo, y esto genera vicios que afectan la calidad de las intervenciones, pues no se exigen estándares de calidad a estos centros privados subvencionados por el estado ya sea en el número del personal calificado, en la calidad de las instalaciones y en el desarrollo de rehabilitación de los niños, niñas, y adolescentes ampliando a un programa hacia las familias igualmente, y no existe una fiscalización y supervisión eficaz a estos centros privados (OCAS). En este sentido el comité de los derechos del niño en su informe acerca de la investigación relacionada con Chile en virtud del artículo 13

del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones señala que los Estados tienen tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos, y nada impide que un Estado se apoye en el sector privado para el cumplimiento de dichas obligaciones. Pero el Comité enfatiza que es al Estado al que corresponde el diseño, implementación, ejecución y evaluación de políticas públicas y sociales en materia de niñez y, aunque puede apoyarse en la sociedad civil para el cumplimiento de las metas trazadas, no puede delegar su responsabilidad (Comité de los Derechos del Niño, 2018: p. 18). Es en este sentido que Chile debería actuar como un estado garante de los derechos de la niñez, sobre todo en ámbito tan importante como lo es la salud.

Por otro lado, según los antecedentes recopilados, es innegable el rol que cumplen los trabajadores dentro del proceso de rehabilitación de los menores institucionalizados. Los propios profesionales dan cuenta de las dificultades y carencias con que deben realizar sus labores y, ante esto, se hace preponderante realizar ciertos cambios. En primer lugar, se hace imperativo el aumento de la dotación de profesionales de la salud que prestan servicios en los distintos centros del SENAME, pues varios de los problemas actuales dicen relación con la sobrecarga laboral y la carencia de trabajadores respecto de la creciente cifra de menores con trastornos de salud mental. Así mismo, es necesario también el establecimiento de una red de apoyo integral, que abarque no solo a los NNA, sino también a sus familias y a los propios profesionales que se encargan del proceso de rehabilitación de estos. Dentro de los problemas institucionales, uno de los más grandes dice relación con la violencia que se vive dentro de los centros del SENAME. Gran parte de esa violencia es ejercida por los mismos trabajadores, ya sea por medio de castigos o bien por el uso excesivo de psicofármacos, lo que da cuenta de la clara dificultad que los trabajadores tienen para relacionarse con los menores y de la necesidad de contar con apoyo psicológico y psiquiátrico que los ayude y los guíe en el ejercicio de sus labores, en pos del bienestar integral de los menores que están bajo su cuidado. Finalmente, y tomando como base la opinión de varios actores civiles, se hace necesaria la revinculación de los menores institucionalizados con sus familias. Muchos de los menores que se encuentran al interior del SENAME, no tienen contacto con sus familias y, de tenerlo, éste no resulta suficiente. Lo anterior no se condice con la idea de institucionalización como último recurso y más que beneficiar a los menores, sólo hace que su salud mental se vea drásticamente deteriorada.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud (2017): Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Organización Mundial de la Salud (2020): Salud mental del adolescente. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, de la Barra, Flora, Melipillán, Roberto, Valdivia, Mario, & Kohn, Robert (2012): “Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias” en *Revista Médica de Chile*, vol. 140 N° 4, pp. 447-457.

Servicio Nacional de Menores (2019): Orientaciones Técnicas Residencia Alta Especialidad. Disponible en <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-RAE-v2.pdf>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Defensoría de la Niñez (2019): Mecanismos de Monitoreo de centros de cuidados alternativos y de privación de libertad. Disponible en https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2020/05/Estudio_mecanismos_monitoreo_2019-VF.pdf. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Convención sobre los Derechos del Niño (2009): Observación General N° 12 sobre El derecho del niño a ser escuchado. Disponible en <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/OG12.pdf>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Morlachetti, Alejandro (2013): “Sistemas nacionales de protección integral de la infancia: fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe”, en *Proyecto CEPAL-UNICEF Sobre Pobreza Infantil, Desigualdad y Ciudadanía en América Latina y el Caribe (UNI/12/001)*, María Nieves Rico, Nadine Perrault (coords.), Naciones Unidas, Santiago de Chile, pp. 09-88.

Vargas Pávez, Macarena y Correa Camus, Paula (2011): "La voz de los niños en la justicia de familia de Chile", en *Ius et Praxis*, Vol. 17 N° 1, pp. 177-203.

Galvis Ortiz, Ligia (2009): "La Convención de los Derechos del Niño veinte años después" en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol. 7 N° 2, pp. 587-619.

Ministerio de Salud (2017): Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años. Disponible en <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/11/OT-PASMI-VERSION-FINAL-5enero.pdf>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Gómez Plata, Minerva y Zanabria Salcedo, Martha (2014): "La infancia en situación de desamparo ante nuevas modalidades y alternativas de atención", en *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*, N° 4, pp. 9-14. Disponible en https://programainfancia.uam.mx/pdf/p_investigacion/dfensor_2014_4.pdf. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2010): Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños: un marco de Naciones Unidas. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8064.pdf?file=fileadmin%2FDocumentos%2FBDL%2F2010%2F8064>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2013): El derecho del niño y la niña a la familia: Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. pp. 1-25. Disponible en <https://www.oas.org/es/cidh/infancia/docs/pdf/informe-derecho-nino-a-familia.pdf>. Fecha última consulta: 27 de diciembre de 2021.

Carretta Muñoz, Francesco y Barcia Lehmann, Rodrigo (2021): *Convención de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el Contexto Judicial*, Tomo 1, enero 2021, DER Ediciones, Santiago de Chile, pp. 8-49.

Custo, Esther (2008): *Salud mental y ciudadanía*, Espacio Editorial, Buenos Aires.

Marcos del Cano, Ana Maria (2012): *Salud mental comunitaria*, UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

Cuervo Martinez, Angela (2010): “Pauta de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia” en *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, Vol. 6 N°1, pp. 111-121.

Zúñiga, Alejandra y Zúñiga, Mónica (2020): “Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile”, en *Acta Bioethica*, Vol. 26, N°1, pp. 73-80.

Bedregal, Paula, Hernández, Viviana, Mingo, Verónica, Castañón, Carla, Valenzuela, Patricia, Moore, Rosario, de la Cruz, Rolando y Castro, Daniela (2016): “Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile”, en *Revista Chilena Pediatría*, vol. 87, N° 5.

Greco, Carolina (2010): “Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia” en *Revista Liberabit*, Vol. 16, N°1, pp. 81-93.

Encina, Esteban (2014): “Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile” en *Revista Mad - Universidad de Chile*, N° 30, pp. 131-147.

Haquin, Carlos, Larraguibel, Marcela y Cabezas, Jorge (2004): “Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama” en *Revista Chil. pediat.*, Vol. 75, N° 5, pp. 425-433.

Vukusic, Valentina y Bravo, Patricia (2020): “Salud mental en Chile, determinantes sociales de la salud y desigualdad: ¿Cuáles son los alcances de la ley de protección a la salud mental?” en *Revista clínica y psicosocial*, N° 5, pp. 100-108.

De la Barra, Flora, Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra y Melipillan, Roberto (2012): Estudio de epidemiología en niños y adolescentes en Chile. Estado actual, en *Revista médica clínica las condes*, Vol. 23, pp. 521-529.

Jiménez, A., Abarzúa, M. (2014): “Deuda pendiente: Desigualdad y trastornos mentales de niños”. *Ciper*, 26 de marzo. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2014/03/26/deuda-pendiente-desigualdad-y-trastornos-mentales-de-ninos/>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Servicio Nacional de Menores (2018) *Informe Auditoría Social*. Disponible en <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2018/05/Informe-Auditoria-Social-Centros-Sename.pdf>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2017) *Informe Misión de Observación Centros Residenciales de Protección de la red SENAME*. Disponible en <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1148/mision-sename-2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Poder judicial de Chile (2019) *Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Red SENAME*. Disponible en <https://ipj10-110.poderjudicial.cl/documents/396588/0/informe%20residencias%20sept%202019.pdf/137636ae-8189-4702-a2b7-b356bb2b954f>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Morales, I. (2016) *Un acercamiento a las experiencias de los psicólogos que realizan intervenciones en la salud mental en niños, niñas y adolescentes institucionalizados en residencias de protección dependientes del Servicio Nacional de Menores*. Tesis para optar Grado de Magister en Psicología. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Observatorio para la Confianza (2018): Situación de los Derechos Humanos de niños, niñas y adolescentes bajo protección del Estado de Chile. Santiago de Chile. Disponible en <https://www.paralaconfianza.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Anual-2018-completo.pdf>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Comité de los Derechos del Niño de la ONU (2018): Informe de la investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones. Disponible en <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/2018-Informe-del-Comit%C3%A9-de-los-Derechos-de-la-Ni%C3%B1ez.pdf>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Observatorio para la Confianza (2020): Consejo Consultivo Egresados/as del Servicio Nacional de Menores. Octubre del 2020. Santiago de Chile. Disponible en <https://www.paralaconfianza.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-8-Consejo-Consultivo-Egresado-del-Servicio-Nacional-de-Menores.pdf>. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Organización Mundial de la Salud (2013): Informe sobre la salud en el mundo: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=470CB75B828D103CF72618680CFA8C5A?sequence=1. Fecha última consulta: 30 de diciembre de 2021.

Cillero, Miguel (1999): *El Interés Superior del Niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*, Tomo I, Segunda Edición, Editorial Temis y Depalma, Bogotá.

Vargas, Maricruz Gómez de la Torre (2018): “Las implicancias de considerar al niño sujeto de derechos” en *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, (18), pp. 117-137.