

## TABLA DE CONTENIDOS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>LISTA DE TABLAS.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>CAPÍTULO 1. SALUD MENTAL.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.1 Introducción.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.2 Antecedentes .....</b>  | <b>4</b>  |
| 1.2.1 ¿Por qué es relevante un abordaje de la salud mental desde la infancia? .....                        | 5         |
| 1.2.2 Iniciativas en Chile para abordar la salud mental de los NNA desde una perspectiva de derechos ..... | 6         |
| 1.2.3 Prevalencia de trastornos mentales en la población infanto-juvenil en Chile.....                     | 9         |
| 1.2.4 Prevalencias de Trastornos de Salud Mental en NNA del SENAME .....                                   | 10        |
| <b>1.3 Resultados .....</b>  | <b>12</b> |
| 1.3.1 Salud mental de los NNA en centros SENAME .....  | 12        |
| 1.3.2 Acceso a ayuda informal .....  | 14        |
| 1.3.3 Acceso a ayuda formal .....  | 15        |
| 1.3.4 Uso de medicamentos.....   | 16        |
| <b>1.4 Discusión de resultados y sugerencias .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>1.5 Referencias .....</b>   | <b>23</b> |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1.1. NNA que contestaron que sí a las preguntas de GES depresión, total y por sexo ..... | 13 |
| Gráfico 1.2. Tipo de medicamento psicotrópico que los NNA reportaron consumir .....              | 17 |

## LISTA DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1.1. Número de respuestas afirmativas dadas por los NNA a las preguntas GES de pesquisa de depresión (por sexo).....              | 13 |
| Tabla 1.2. ¿Hace cuánto tiempo te has estado sintiendo así? (por sexo) .....  | 14 |
| Tabla 1.3. ¿Has podido hablar con alguien sobre cómo te estás sintiendo? (por sexo) .....   | 14 |
| Tabla 1.4. Personas con las que los NNA reportaron haber hablado sobre cómo se sentían .....  | 14 |
| Tabla 1.5. Número de personas que los NNA reportan haber hablado por sexo.....  | 15 |
| Tabla 1.6. Acceso a ayuda formal para salud mental de los NNA por sexo.....   | 15 |
| Tabla 1.7. Consumo de medicamentos psicotrópicos por sexo y por edad de los NNA .....   | 16 |
| Tabla 1.8. Número de medicamentos que los NNA reportan que consumen diariamente por sexo y edad   | 17 |
| Tabla 1.9. Conocimiento del NNA de quién le recetó los medicamentos por sexo y edad .....   | 18 |
| Tabla 1.10. NNA que reportan que se les dio una explicación de por qué se les estaba recetando el medicamento por sexo y por edad ..... | 18 |
| Tabla 1.11. NNA que reportan que los medicamentos los han hecho sentir mejor por sexo y edad .....                                      | 19 |

# CAPÍTULO 1. SALUD MENTAL

## 1.1 Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo realizar un primer diagnóstico de la situación de salud mental de los NNA en residencias de protección del SENAME. Esto incluye la pesquisa de sospecha de depresión usando preguntas GES (Garantías Explícitas en Salud)<sup>1</sup>, la evaluación del acceso que tienen los niños y niñas a ayuda informal y tratamiento formal, y una estimación de los medicamentos psicotrópicos más consumidos por los niños y niñas.

## 1.2 Antecedentes

En el ámbito de la salud mental, la infancia y adolescencia son etapas vitales en el desarrollo que requieren de una consideración, comprensión y abordaje específico. Desde la perspectiva de los derechos humanos, esta consideración particular sólo cobró relevancia en 1989 con la aprobación, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Convención sobre Derechos de los Niños (UNICEF, 1989). En ella, se estableció que los niños y niñas debían dejar de ser considerados como ‘propiedad’ de sus padres (o cuidadores), para considerarlos como seres humanos titulares de sus derechos, señalándose que los niños/as, “por su falta de madurez física y mental, necesitan protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (UNICEF, 1989 p. 1). Son cuatro los principios fundamentales que rigen la Convención:

- No discriminación
- Interés superior del niño/a,
- Supervivencia, desarrollo y protección del niño/a,
- Participación del niño/a en las decisiones que les incumben (UNICEF, s.f).

En Chile, la Convención fue ratificada en 1990, lo que implicó que el Estado de Chile se comprometiera a asegurar para todos los niños, niñas y adolescentes del país, ciertas medidas de protección y asistencia, que les permitan crecer en un ambiente de amor y cuidados, donde puedan desarrollar su personalidad y habilidades, asegurando el acceso a la educación y la salud

---

<sup>1</sup> Las Garantías Explícitas en Salud (GES), son un conjunto de beneficios garantizados por Ley para todos aquellos afiliados a Fonasa y a Isapres. Las Garantías incluyen ciertas patologías, frente a las cuales las personas pueden exigir: acceso a la prestación, otorgada por un prestador acreditado o certificado, con tiempos máximos de espera y protección financiera. El salud mental, las Garantías son para los siguientes casos:

- Esquizofrenia primer brote
- Depresión en personas de 15 años y más
- Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
- Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más

(Superintendencia de Salud, s.f.)

y proporcionando información para que puedan ejercer sus derechos y participar en el proceso (UNICEF, s.f).

En el ámbito específico de la salud, y tomando la definición de la OMS de salud, la cual dice que ésta es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 7), se desprende que Chile, al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), se compromete a establecer políticas públicas y planes de acción para proporcionar a los niños y niñas del país un acceso adecuado y de calidad a la salud y, particularmente, a la salud mental, que es parte integral de su bienestar, respetando el interés superior del niño o niña, fomentando su protección y no discriminación y dando espacio para que su opinión sea tomada en cuenta (Organización Mundial de la Salud, 2002). Todo lo anterior en concordancia con los estándares ya descritos en la primera parte de este informe, particularmente con el artículo 24 de la CDN que consagra el derecho del niño, niña y adolescente al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Frente a esto, se hace relevante el preguntarse por la salud mental de los niños y niñas en Chile y por las iniciativas existentes en el país en torno a este tema. Se presentará a continuación una revisión de estudios que dan cuenta, en primer lugar, de la importancia de abordar este tema a temprana edad; en segundo lugar, de las iniciativas a nivel país para abordar la salud mental de los niños y niñas desde una perspectiva de derechos y, finalmente, una revisión de los estudios de prevalencia de trastornos mentales en niños y niñas en Chile. Finalmente se presentarán los datos disponibles respecto a la situación de la salud mental en los niños y niñas del Servicio Nacional de Menores (SENAME), basándose en estudios nacionales anteriores, que han abordado el tema.

### 1.2.1 ¿Por qué es relevante un abordaje de la salud mental desde la infancia?

La prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia es alta. Según la OMS, alrededor de un 20% de los niños y niñas en el mundo presentan trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, s.f). En América Latina y El Caribe, una revisión de estudios epidemiológicos en la región mostró que la prevalencia de trastornos mentales en esta edad varía entre 12,7% y 15,0%, siendo los más frecuentes los cuadros de ansiedad y de conducta, los que a su vez se inician a edades más tempranas (Benjet, 2009). Cabe considerar, adicionalmente, que junto a los casos de niños y niñas que reciben un diagnóstico psiquiátrico, muchos otros tienen problemas que están “bajo el umbral detectable”, es decir, que no alcanzan los criterios diagnósticos de los manuales estadísticos, pero que, sin embargo, también están sufriendo y requerirían de atención. Esto lleva a considerar que la cantidad de niños y niñas con problemas de salud mental es considerablemente más alta (World Health Organization, 2005).

Además de haber una alta prevalencia, existe suficiente evidencia que afirma que gran parte de los trastornos mentales de la adultez tienen su inicio en la infancia. Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de la mitad de los trastornos mentales comienzan sus manifestaciones antes de los 14 años (Organización Mundial de la Salud, s.f). Respecto específicamente al suicidio, un estudio en América Latina y El Caribe plantea que el riesgo de conductas suicidas comienza a los 10 años, con su tasa más alta a los 15 años de edad (Benjet, 2009), constituyéndose esto en la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, s.f). Según un estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y niñas en Chile (Vicente et al., 2012), alrededor de un 80% de los individuos con cuadros depresivos, ansiosos o con consumo de alcohol

y drogas, informaban haber iniciado sus síntomas antes de los 20 años. A su vez, dicho estudio plantea que el riesgo de inicio de depresión, manía, trastornos obsesivos compulsivos, fobias y abuso de alcohol y drogas, se da en la niñez y adolescencia. Este estudio describe además dos grupos de trastornos, los de inicio en la niñez (trastorno de déficit atencional, trastornos del espectro autista y generalizados del desarrollo, angustias de separación, fobias y trastorno opositor desafiante) y, los de inicio en la adolescencia (fobia social, trastorno de pánico, abuso de sustancias, depresión y trastorno alimentarios). Otros estudios respaldan estos datos, señalando que un 75% de los trastornos mentales de los adultos tienen su inicio antes de los 18 años y que la mitad de los adultos diagnosticados con desórdenes mentales a la edad de 26 años, presentaban un trastorno mental antes de los 15 años (Kim-Cohen et al., 2003).

Los trastornos mentales que se inician en esta etapa de la vida implican un importante sufrimiento para los niños y niñas y sus familias, afectan su desempeño educacional, el establecimiento de relaciones interpersonales y el desarrollo de las propias potencialidades, alterando también las dinámicas familiares. 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 (Ansoleaga & Valenzuela, 2014; Benjet, 2009, World Health Organization, 2005).

### 1.2.2 Iniciativas en Chile para abordar la salud mental de los NNA desde una perspectiva de derechos

Como se señaló anteriormente, Chile al ratificar la Convención de Derechos del Niño adscribió un compromiso con la infancia y el respeto de sus derechos. En el ámbito específico de la Salud Mental, dicho compromiso se plasma en la existencia de planes y guías programáticas para el abordaje de los trastornos mentales. Sin embargo, no existe en Chile hasta la fecha un plan específico para la salud mental en la infancia y adolescencia, sino que ésta se aborda reducidamente en el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental 2001 (PNPSM), en guías clínicas de algunos desórdenes mentales y, en programas generales de salud. A continuación, se dará cuenta del abordaje de la infancia y adolescencia y los planes y programas de salud chilenos, para luego proporcionar datos respecto al acceso que tienen los niños y niñas en Chile a la atención en salud mental.

En Chile, la Salud Mental se organiza en función del PNPSM, el cual es el segundo plan nacional en este tema, siendo el primero el de 1993 (Minoletti & Zaccaria, 2005). El propósito de dicho plan es “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Ministerio de Salud de Chile, 2001, p. 11). El fundamento tras el cual se diseña el PNPSM se basa en la idea de que “...la salud mental, no sólo depende de factores biológicos inherentes a las personas o grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven” (Ministerio de Salud de Chile, 2001, p. 11).

En el PNPSM se propone una intervención intersectorial, es decir, se definen actividades para desarrollar desde el sector salud, junto con otros sectores del gobierno y la sociedad civil, de modo de contribuir a elevar el bienestar psicosocial, el cual depende de diversas causas que se escapan únicamente del ámbito de la salud mental. Sus ejes se orientan a la promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación y, reinserción social (Ministerio de Salud de Chile, 2001).

Específicamente respecto a la salud mental infanto-juvenil, el abordaje que se le da en el PNPSM es mínimo. Entre las guías específicas de prioridades programática que propone el PNPSM para el abordaje de temas de salud mental, sólo dos se enfocan específicamente en la salud mental de niños y niñas, a saber:

- La guía para el abordaje de trastornos mentales asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política 1973 – 1990 y,
- La guía para el abordaje de trastornos de hiperactividad/de la atención en niños y adolescentes

Las otras guías son: promoción de salud mental y prevención de riesgos; depresión; trastornos psiquiátricos severos (esquizofrenia); alzhéimer y otras demencias y, abuso y dependencia de alcohol y drogas, ninguna de ellas orientada específicamente al abordaje de dichos trastornos en la infancia o adolescencia (Ministerio de Salud de Chile, 2001).

Junto con esto, las guías GES que rigen en Chile desde el 2005, incorporan la salud mental infanto-juvenil en los casos de esquizofrenia primer brote (Ministerio de Salud de Chile, 2005) y tratamiento del consumo perjudicial o dependencia de alcohol en menores de 20 años (Ministerio de Salud de Chile, 2007a). En el caso de la depresión, la guía GES incluye sólo a los mayores de 15 años. Existe una Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de entre 10 y 14 años con depresión que es parte de las guías no GES en Chile, con orientaciones para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión en esa población (Ministerio de Salud de Chile, 2013). A esto se suma la Guía Clínica para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual (Ministerio de Salud de Chile, 2011) y, una guía con orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental en atención primaria (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

Es posible observar que con estas guías clínicas y de orientaciones técnicas se ha intentado complementar el PNPSM en Chile, el cual dista mucho de ser uno que represente las necesidades de la población infanto-juvenil. Otros esfuerzos por establecer directrices para el abordaje de la salud mental en la infancia y adolescencia en Chile, se ven graficados en programas nacionales de salud dirigidos a la población infantil y adolescente que, si bien no son específicos en salud mental, incorporan indicaciones generales en esta área:

- En el caso de la infancia (niños y niñas menores de 10 años), el Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013) del MINSAL, se orienta a la población de mayor riesgo psicosocial. Plantea que, a los 7 años, en el control de salud escolar se lleve a cabo el primer screening de salud mental y propone intervenciones especializadas en salud mental (psicodiagnóstico, psicoterapia individual y/o familiar, intervención psicosocial grupal y visita integral de salud mental). A su vez, plantea que, en casos de

niños o niñas en situación de vulneración de derechos, se realice detección de abuso y maltrato (Ansoleaga & Valenzuela, 2014).

- En el caso de la adolescencia, el Programa Nacional Salud Integral Adolescentes y Jóvenes 2012-2020 del MINSAL, dirigido a adolescentes de entre 10 y 19 años, y jóvenes de entre 20 y 24, se orienta principalmente a la prevención. Se propone como metas “disminuir en un 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años, disminuir en un 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante el último año en población de 12 a 64 años y disminuir en un 15% la tasa proyectada de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años” (Ministerio de Salud de Chile, Programa Nacional Salud Integral Adolescentes y Jóvenes 2012-2020, 2012, en Ansoleaga & Valenzuela, 2014, p. 392).

Junto con lo anterior, el Ministerio del Interior y el Ministerio de Justicia tienen programas que abordan temáticas de salud mental infanto-juvenil. El primero, a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), propone estrategias para el abordaje del consumo problemático de alcohol y drogas en población infanto-juvenil. El segundo, a través del Servicio Nacional de Menores (SENAME), cuenta con programas para la atención y tratamiento de problemáticas de salud mental (Ansoleaga & Valenzuela, 2014). Específicamente, este último cuenta con una guía de orientaciones técnicas para la atención de NNA con problemas mentales usuarios del SENAME. Dicha guía aborda la atención en salud mental de niños y niñas en centros de protección en las siguientes problemáticas:

- Trastorno Mental/ Trastornos del Desarrollo
- Consumo Problemático de Alcohol y Drogas
- Adolescentes Inimputables por Trastorno Mental
- Evaluación Población Adolescente Infractora por Consumo Problemático de Alcohol y Drogas
- Adolescentes Condenados, con Sanción en Medio Libre o Sistema Semi-cerrado con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas
- Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales y sin Sanción Accesoría
- Adolescentes Condenados, con Sanción Privativa de Libertad con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales
- Adolescentes Condenados con Sanción en Medio Libre que cursan Trastorno Mental
- Adolescentes Condenados en Medio Privativo de Libertad, que cursan con un Trastorno Mental
- Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y/o Trastorno Mental con Suspensión Condicional de la Pena (Ministerio de Salud de Chile, 2007b)

En esta guía se establecen flujogramas de toma de decisiones para las patologías señaladas, se presenta una revisión de los dispositivos de atención con los que se cuenta para esta población y se ofrecen recomendaciones para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los niños y niñas que padezcan algún trastorno mental (Ministerio de Salud de Chile, 2007b).

En resumen, es posible observar que en Chile existen esfuerzos programáticos por abordar la salud mental infanto-juvenil, sin embargo, estos esfuerzos están desarticulados. Si bien el enfoque de derechos está incorporado a nivel del discurso, no está puesto en práctica de manera concreta en las políticas públicas, planes y programas nacionales (Ansoleaga & Valenzuela, 2014).



Respecto al acceso a atenciones en salud mental que tienen los niños y niñas en Chile, según lo detectado en el estudio realizado por la OMS sobre salud mental en Chile en el año 2014, los niños y niñas no acceden a atención de salud mental proporcionalmente a la representación que tienen en FONASA y a la prevalencia de trastornos de salud mental en Chile. En el año 2012 sólo un 28,9% de los usuarios de menos de 20 años accedió a los sistemas de salud mental pública, pese a que en FONASA este grupo etario representaba un 56,1% de la población. A su vez, se señala que sólo un 3,7% de los centros de atención ambulatorios se dedican exclusivamente a atender a esta población, cifra que disminuyó desde el año 2004 en que el porcentaje era de un 13,2% pese a no disminuir la cantidad de población atendida (WHO-Aims 2014). En relación a esto, un estudio de epidemiología realizado en Chile (Vicente et al., 2012), señaló que un 33,3% de los niños y niñas buscó ayuda formal o informal en temas de salud mental durante el año previo. Habitualmente la ayuda fue solicitada en los centros educacionales (18,1%), seguido por los centros formales de salud mental (14,5%). Un 66% de los niños y niñas con trastornos mentales diagnosticados, no recibió ninguna ayuda.

Parte de las brechas que existen respecto a la atención en salud mental infanto-juvenil puede estar relacionada con el bajo presupuesto destinado en Chile a la salud mental. El año 2008 el presupuesto público de salud destinado a salud mental fue de un 3,1%, lo que bajó el 2012 a un 2,6%, manteniéndose por debajo de la meta del 5% establecida por el PNPSM para el 2010. Esto contrasta con el monto de salud que gastan otros países con ingresos similares a Chile en salud mental (10% en promedio). Específicamente en materia de salud mental infanto-juvenil, no hay información respecto al gasto total destinado por el Estado chileno a este tema (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo, 2015).

Junto con el escaso diseño de políticas públicas específicas para este grupo etario y las dificultades de acceso para los niños y niñas a atenciones en salud mental, hay escasas de información sobre prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia en Chile (es decir, sobre la proporción de niños y niñas que presentan trastornos mentales en Chile). Existe una amplia brecha entre la información existente sobre la salud mental de adultos y la existente en el grupo infanto-juvenil (Vicente et al., 2012). A continuación, se presentará una revisión de la bibliografía existente en temas de prevalencia.

### 1.2.3 Prevalencia de trastornos mentales en la población infanto-juvenil en Chile

El primer estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil en Chile fue llevado a cabo entre abril de 2007 y diciembre de 2009, a través de una investigación de la Universidad de Chile y de la Universidad de Concepción, financiado por FONDECYT (Proyecto número 1070519). Dicho estudio contó con una muestra representativa de 1.558 niños y adolescentes (158 en Iquique, 354 en Concepción, 254 en Cautín y 792 en Santiago). Se entrevistó a los padres/madres o cuidadores de los niños y niñas de 4 a 11 años y, directamente, a los y las adolescentes de 12 a 18 años. La participación fue de un 82,4% (De La Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillán, 2012).

En dicho estudio se señala que la prevalencia de trastornos de salud mental en la población en cuestión es de un 38,3% (Vicente et al., 2012). Los trastornos con más prevalencia fueron:

- Trastornos disruptivos: 21,8%
- Trastornos ansiosos: 18,5%

- Trastornos afectivos: 6,1%
- Trastornos asociados al consumo de sustancias: 4,8%

En lo que respecta a las diferencias por sexo, las mujeres presentaron mayor riesgo de padecer trastornos ansiosos (OR = 1,9, 95% CI [1,3-2,8]) y trastornos afectivos (OR = 2,5, 95% CI [1,2-4,9]). En relación al grupo etario, los y las adolescentes presentaron más probabilidad de padecer trastornos afectivos (OR = 2,4, 95% CI [1,2-4,6]) y menos probabilidad de padecer trastornos disruptivos que los niños y niñas de 4 a 11 años. También se estableció que un nivel socio-económico alto está asociado a una menor probabilidad de padecer trastornos ansiosos. Así también, la percepción de disfuncionalidad familiar, junto con los antecedentes de psicopatología en la familia, estuvo asociada significativamente con la presencia de todos los cuadros de salud mental estudiados. Por último, la deserción escolar estuvo asociada con la presencia de trastornos por uso de sustancias (OR = 6,8, 95%, CI [3,4-13,8]) y, vivir solo con el padre o la madre, con la presencia de trastornos psiquiátricos (Vicente et al., 2012).

Otros estudios señalan que 1 de cada 5 niños y niñas presenta alguna problemática de salud mental (Ansoleaga & Valenzuela, 2014). En cuanto al Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), señalan que un 10,3% de los niños y niñas entre 4 y 18 años en Chile, presenta este diagnóstico (De La Barra et al., 2012). Un estudio llevado a cabo el 2014 señaló que los síntomas de TDAH se relacionan con la privación de apego temprano (Roskam , Stievenart, Tessier et al., 2014, en Ansoleaga & Valenzuela, 2014).

Respecto al suicidio, en el año 2009, éste pasó a ser la primera causa de muerte externa en la población infantil y juvenil en Chile. Según la OCDE, esto tiene un costo para el Estado de Chile de US\$943 millones, debido a los años de vida perdidos prematuramente (AVPM). El mayor incremento se da en los grupos etarios de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, triplicándose la tasa de suicidios en adolescente entre 1990 y 2002 de 3,56 a 11,1 muertes por 100.000 habitantes (OCDE 2012 en Ansoleaga, Valenzuela, 2014).

Es posible observar que los datos son alarmantes y a su vez escasos. Así mismo, no se dispone de información sobre el uso de medicamentos por los niños y niñas o respecto a los tipos de tratamientos ofrecidos. Considerando que Chile adscribe a la Convención de Derechos del Niño, se hace necesario profundizar en los temas de prevalencia para desde ahí desarrollar políticas y programas de salud mental con un foco específico en esta población, que responda a la realidad país y a la relevancia del tema.

#### 1.2.4 Prevalencias de Trastornos de Salud Mental en niños y niñas de la red SENAME.

La salud mental se ve particularmente afectada en la población más vulnerable, tanto en aquellos que poseen factores internos que los hacen estar más predispuestos a padecer algún desorden psiquiátrico, como aquellos que viven condiciones externas desfavorables. La evidencia disponible muestra que los niños y niñas que viven condiciones de pobreza, que experimentan violencia en sus hogares, maltrato, abuso, abandono, entre otras problemáticas sociales, corren más riesgo de desarrollar un trastorno de la salud mental (Benjet, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2013). Ello torna preocupante la situación de los niños y niñas que viven en centros de protección del SENAME, ya que ellos han vivido, en la mayoría de los casos, situaciones como las señaladas, lo que los predisponen a padecer trastornos de salud mental. Estudios internacionales confirman esto, 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 (Warren, 1999).

Respecto a la prevalencia de trastornos de la salud mental en niños y niñas del SENAME, son escasos los estudios que permiten describir dicha población. En las Bases Técnicas para la atención de niños y niñas Con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores (Ministerio de Salud de Chile, 2007b) se hace referencia a cuatro fuentes de información, las cuales dan cuenta de la siguiente situación:

- a) Según un estudio realizado el 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. Los diagnósticos detectados fueron:
  - Trastornos de conducta: 41,6%
  - Desorden oposicionista desafiante: 24,1%
  - Déficit atencional: 26,8%
  - Depresión mayor: 20,4%
  - Riesgo de suicidio: 21,3%
  - Trastornos bipolares: 17,6%
  - Dependencia de alcohol: 17,6%
  - Problemas de drogas (abuso y dependencia de sustancias): 15,8% y 11,1% respectivamente
  - Trastorno de pánico: 9,2%
  - Trastorno post-traumático: 8,3%
  - Trastorno psicótico: 7,4%
  - Distimia: 6,5%.
- b) Información proveniente del 100% de los niños y niñas que son atendidos en los centros, proyectos y programas de protección de SENAME, obtenida en el Estudio de Departamento de Protección de Derechos (DEPRODE) SENAME, 2006: De acuerdo a estos, de sesenta mil niños evaluados, más de tres mil padecen problemas mentales severos diagnosticados por especialistas de salud mental (es decir, alrededor de un 5%). De estos, más de 300 niños y niñas se encontraban sin tratamiento.
- c) En función de los datos entregados por las Direcciones Regionales de SENAME en relación a los adolescentes infractores de ley: de 3.401 adolescentes ingresados durante el primer semestre del año 2005, un 10% presentaba algún trastorno mental.
- d) 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 adolescentes infractores de ley: 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.

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, 2007b, 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 de Chile, 2007b).

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 (Poder Judicial, 2016), 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.

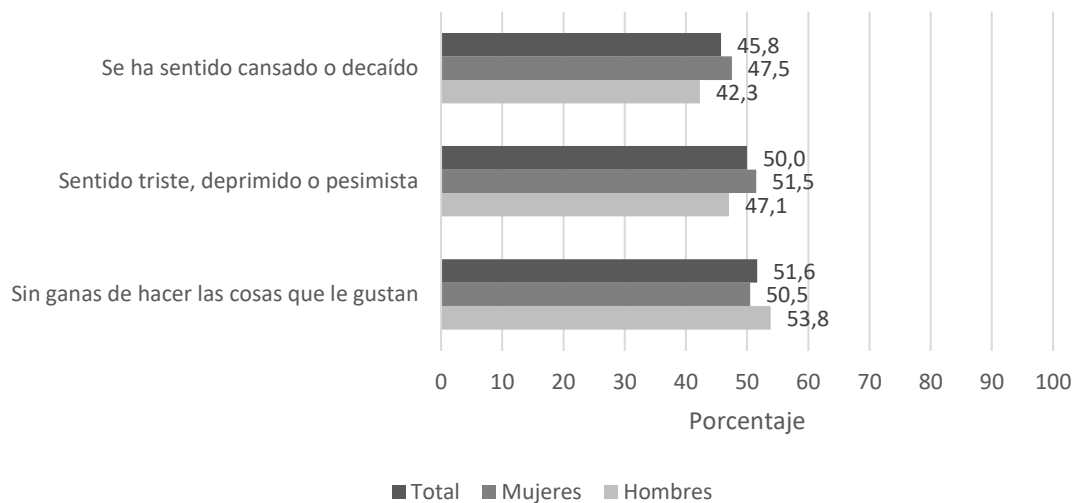
## 1.3 Resultados

### 1.3.1 Salud mental de los niños y niñas en centros SENAME

Con el objetivo de realizar un diagnóstico de la salud mental de los niños y niñas en la red de protección del SENAME, el Instrumento Individual utilizado en el marco de la Observación del INDH incluyó las tres preguntas que se utilizan para la pesquisa de trastorno depresivo en el Programa Nacional de Depresión implementado en el sistema público de salud desde el año 2000. Se considera como sospecha de depresión cuando una o más de las siguientes preguntas se responde de forma afirmativa: 1) ¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o), casi todos los días?, 2) ¿Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista, casi todos los días?, 3) ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? (Ministerio de Salud, 2006). Cabe destacar que estas preguntas sólo se hicieron a los NNA con 14 años o más, que corresponde a 157 niños y niñas (39,2%) del total de los niños y niñas entrevistados.

Como muestra el Gráfico 1.1, del total de los niños y niñas que contestaron la pregunta sobre si se han sentido cansados o decaídos casi todos los días en las últimas dos semanas ( $n=153$ ), un 45,8% respondieron afirmativamente. Respecto a haberse sentido tristes, deprimidos o pesimistas casi todos los días en las últimas dos semanas ( $n=152$ ), un 50% de los niños y niñas que respondieron la pregunta reportaron haberse sentido de esta forma. Respecto a la tercera y última pregunta de GES depresión ( $n=153$ ), un 51,6% de los niños y niñas dijeron sentir que en las últimas dos semanas no disfrutó o perdió interés por cosas o actividades que le resultan agradables o entretenidas. Las diferencias por sexo no fueron estadísticamente significativas para ninguna de las tres preguntas (cansancio:  $\text{Chi}^2=1,03$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p=0,31$ , tristeza:  $\text{Chi}^2=2,04$ ,  $\text{df}=2$ ,  $p=0,36$ , interés:  $\text{Chi}^2=2,72$ ,  $\text{df}=3$ ,  $p=0,44$ ), lo que indica que tanto adolescentes hombres como mujeres presentan una situación similar en lo que respecta a síntomas depresivos.

Gráfico 1.1. Niños y niñas que contestaron que sí a las preguntas de GES depresión, total y por sexo



Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Los porcentajes fueron calculados sobre los casos válidos que correspondieron a 153 niños y niñas (52 hombres y 101 mujeres) para la pregunta “¿Te has sentido cansado(a) o decaído(a) casi todos los días?”, 152 (51 hombres y 101 mujeres) para la pregunta “¿Te has sentido triste, deprimida(o) o pesimista, casi todos los días?”, y 153 (52 hombres y 101 mujeres) para la pregunta “¿Sientes que ya no disfrutas o has perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?”.

Cuando las preguntas GES se analizaron en conjunto, del total de 153 niños y niñas que las contestaron sólo un 31,4% no presentaron sospecha de depresión (respondieron negativamente las tres preguntas señaladas). Es decir, 68,6% de los niños y niñas de 14 años o más presentan sintomatología que hace sospechar que cursan un cuadro depresivo. De los niños y niñas que presentan sospecha de depresión, 15,7% respondieron afirmativamente a una pregunta GES, 26,1% respondieron afirmativamente a dos preguntas GES y 26,8% respondieron afirmativamente a las tres preguntas GES (Tabla 1.1). Tampoco se observaron diferencias significativas por sexo ( $\chi^2=1,44$ ,  $df=3$ ,  $p=0,69$ ).

Tabla 1.1. Número de respuestas afirmativas dadas por los niños y niñas a las preguntas GES de pesquisa de depresión (por sexo)

|                         | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total (%) |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|
| 0 síntomas de depresión | 34,6        | 29,7        | 31,4      |
| 1 síntoma de depresión  | 11,5        | 17,8        | 15,7      |
| 2 síntomas de depresión | 28,8        | 24,8        | 26,1      |
| 3 síntomas de depresión | 25,0        | 27,7        | 26,8      |
| Total                   | 100,0       | 100,0       | 100,0     |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 153 casos válidos: 52 hombres y 101 mujeres.

A los niños y niñas que contestaron que sí a al menos una pregunta de GES depresión ( $n=107$ ), también se les preguntó hace cuánto tiempo se habían estado sintiendo así. Como muestra la Tabla 1.2, un 26,2% de los niños y niñas que contestaron que “sí” a al menos una pregunta de GES

depresión dijeron que hace más de un año se estaban sintiendo así, mientras que un 37,4% dijo que hace un mes o menos tiempo. No se presentaron diferencias significativas por sexo ( $\chi^2=2,78$ ,  $df=4$ ,  $p=0,60$ ).

Tabla 1.2. ¿Hace cuánto tiempo te has estado sintiendo así? (por sexo)

|                        | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total (%) |
|------------------------|-------------|-------------|-----------|
| Un mes o menos         | 40,0        | 36,1        | 37,4      |
| Entre 2 y 6 meses      | 22,9        | 19,4        | 20,6      |
| Entre 6 meses y un año | 11,4        | 13,9        | 13,1      |
| Más de un año          | 20,0        | 29,2        | 26,2      |
| No sabe                | 5,7         | 1,4         | 2,8       |
| Total                  | 100,0       | 100,0       | 100,0     |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 107 casos válidos (35 hombres y 72 mujeres).

### 1.3.2 Acceso a ayuda informal

A los niños y niñas que respondieron afirmativamente al menos una de las preguntas GES sobre depresión ( $n=107$ ), también se les preguntó sobre el acceso que han tenido a recibir ayuda. Un 54,7% de los niños y niñas que respondieron afirmativamente al menos a una pregunta GES depresión respondieron que sí habían podido hablar con alguien sobre cómo se estaban sintiendo (Tabla 1.3). Se observaron diferencias significativas por sexo ( $\chi^2=10,23$ ,  $df=2$ ,  $p<0,01$ ), con un 28,6% de los niños que reportaron haber podido hablar con alguien sobre cómo se estaban sintiendo, y un 67,6% de las niñas reportaron lo mismo.

Tabla 1.3. ¿Has podido hablar con alguien sobre cómo te estás sintiendo? (por sexo)

|         | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total (%) |
|---------|-------------|-------------|-----------|
| Si      | 28,6        | 67,6        | 54,7      |
| No      | 65,7        | 32,4        | 43,4      |
| No sabe | 5,7         | 0,0         | 1,9       |
| Total   | 100,0       | 100,0       | 100,0     |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 106 casos válidos (35 hombres y 71 mujeres).

A los niños y niñas que reportaron haber hablado con alguien por cómo se estaban sintiendo ( $n=59$ ), se les preguntó con quién habían hablado de una lista de personas del centro o familiares. Como muestra la Tabla 1.4, un 20,7% de los niños y niñas que reportaron haber hablado con alguien sobre cómo se estaban sintiendo, dijeron que habían hablado con familiares; 29,3% con personal de trato directo; 22,8% con otro personal del centro y un 51,7% con un psicólogo o psiquiatra del hogar.

Tabla 1.4. Personas con las que los niños y niñas reportaron haber hablado sobre cómo se sentían

| Total (%) |
|-----------|
|-----------|

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| Familiares                       | 20,7 |
| Personal de trato directo        | 29,3 |
| Otro personal del centro         | 22,8 |
| Psicólogo o psiquiatra del hogar | 51,7 |
| Otro                             | 25,4 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\* Porcentajes calculados sobre 59 casos válidos.

\*\*Las categorías no son excluyentes.

Como muestra la Tabla 1.5, la mayoría de los niños y niñas (64,4%) que habían hablado con alguien sobre cómo se estaban sintiendo había hablado con una sola persona, sin presentar una diferencia significativa por sexo ( $\chi^2=3,82$ ,  $df=3$ ,  $p=0,28$ ).

Tabla 1.5. Número de personas que los NNA reportan haber hablado por sexo

|            | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total |
|------------|-------------|-------------|-------|
| 1 persona  | 54,5        | 66,7        | 64,4  |
| 2 personas | 18,2        | 25,0        | 23,7  |
| 3 personas | 18,2        | 6,3         | 8,5   |
| 4 personas | 9,1         | 2,1         | 3,4   |
| Total      | 100,0       | 100,0       | 100,0 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 59 casos válidos (11 hombres y 48 mujeres).

### 1.3.3 Acceso a ayuda formal

Del total de niños y niñas que contestaron que sí a alguna de las preguntas GES sobre depresión, ( $n=107$ ), casi la mitad (45,3%) dijo no haber accedido a un psicólogo o psiquiatra dentro o fuera del centro (Tabla 1.6). Además, si se considera como que un niño o niña se encuentra en tratamiento cuando reporta una asistencia frecuente donde un profesional de la salud mental (es decir, al menos más de un encuentro), un 69,8% de los NNA que respondieron que “sí” a alguna de las preguntas GES sobre depresión no se encuentra en tratamiento. No se observan diferencias estadísticamente significativas en el acceso a ayuda formal entre hombres y mujeres ( $\chi^2=3,70$ ,  $df=3$ ,  $p=0,30$ ).

Tabla 1.6. Acceso a ayuda formal para salud mental de los niños y niñas por sexo

|                          | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total |
|--------------------------|-------------|-------------|-------|
| Sí, sólo una vez         | 25,0        | 24,3        | 24,5  |
| Sí, estoy en tratamiento | 16,7        | 34,3        | 28,3  |
| No                       | 58,3        | 38,6        | 45,3  |
| No sabe                  | 0,0         | 2,9         | 1,9   |
| Total                    | 100,0       | 100,0       | 100,0 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

*\*Porcentajes calculados sobre 106 casos válidos (36 hombres y 70 mujeres).*

#### 1.3.4 Uso de medicamentos

A todos los niños y niñas (independiente de su edad) se les preguntó sobre si estaban tomando medicamentos y la psicóloga que los entrevistaba era responsable de codificar si los medicamentos que describía el niño o niña eran psicotrópicos o de otra categoría. De los 355 niños y niñas que contestaron esta pregunta, un 43% reportó estar haciendo uso de medicamentos para su salud mental (ver Tabla 1.7), sin observarse diferencias significativas por sexo o por edad (sexo:  $\chi^2=3,32$ ,  $df=3$ ,  $p=0,35$ , edad:  $\chi^2=6,48$ ,  $df=3$ ,  $p=0,09$ ).

*Tabla 1.7. Consumo de medicamentos psicotrópicos por sexo y por edad de los NNA*

|             | Hombres (%) | Mujeres (%) | Menor de 14 años | 14 años o mayor | Total |
|-------------|-------------|-------------|------------------|-----------------|-------|
| Sí          | 51,7        | 38,4        | 47,3             | 37,5            | 43,1  |
| No          | 48,3        | 60,3        | 51,2             | 62,5            | 56,1  |
| No sabe     | 0,0         | 0,8         | 1,0              | 0,0             | 0,6   |
| No responde | 0,0         | 0,4         | 0,5              | 0,0             | 0,3   |
| Total       | 100,0       | 100,0       | 100,0            | 100,0           | 100,0 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

*\*Porcentajes calculados sobre 355 casos válidos (118 hombres y 237 mujeres).*

A los niños o niñas que reportaron consumir medicamentos ( $n=152$ ), se les preguntó por el nombre de éstos. Los nombres de los medicamentos mencionados fueron clasificados en 5 categorías, según correspondía dado el compuesto: ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, estimulantes del sistema nervioso central (SNC) y antipsicóticos. Luego, estas categorías fueron sumadas para obtener un indicador de cuántos medicamentos los niños y niñas reportaban consumir al día. Por ejemplo, un niño o niña que decía que consumía “risperidona, metilfenidato y sertralina” se clasificó como consumiendo un antipsicótico, un estimulante del SNC y un antidepresivo, respectivamente, lo que corresponde a un consumo de tres medicamentos en total. En los casos en que el niño o niña nombraba un medicamento y decía que también tomaba otros pero que no recordaba el nombre (por ejemplo, “quetiapina y dos más que no recuerdo el nombre”) esto fue clasificado como un antipsicótico solamente. La lógica de esta clasificación fue dejar fuera “pastillas” que los niños o niñas reciben pero que pueden no ser psicotrópicas (por ejemplo, un medicamento para la anemia o una vitamina).

La estimación del consumo de medicamentos es, por lo tanto, conservadora. Al no haber realizado una revisión de las fichas médicas, sólo podemos hacer este análisis con los datos entregados por los niños y niñas, con la posibilidad que esto conlleva que alguno haya nombrado menos medicamentos de los que efectivamente consume; se haya nombrado un medicamento que actualmente no esté consumiendo, o se indique un nombre equivocado. Sin embargo, hasta que no se cuente con datos de las fichas, esta es la única información que se tiene respecto al consumo de medicamentos por parte de los niños y niñas, obtenida desde de un órgano diferente a SENAME.



Siguiendo estos criterios, de los 149 niños y niñas que tenían datos válidos, casi la mitad reportó consumir un medicamento (45,3%), mientras poco más de un 20% señaló estar consumiendo dos o tres medicamentos (Tabla 1.8). Las diferencias por sexo y por edad no fueron estadísticamente significativas (sexo:  $\chi^2=8,40$ ,  $df=6$ ,  $p=0,21$ , edad:  $\chi^2=7,85$ ,  $df=6$ ,  $p=0,25$ ).

Tabla 1.8. Número de medicamentos que los NNA reportan que consumen diariamente por sexo y edad

|                        | Hombres (%) | Mujeres (%) | Menores de 14 | 14 años o más | Total |
|------------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|-------|
| 1 medicamento          | 53,3        | 39,3        | 40,9          | 52,7          | 45,3  |
| 2 medicamentos         | 8,3         | 13,5        | 7,5           | 18,2          | 11,5  |
| 3 medicamentos         | 15,0        | 9,0         | 11,8          | 9,1           | 10,8  |
| 4 medicamentos         | 0,0         | 1,1         | 1,1           | 0,0           | 0,7   |
| Medicamentos naturales | 0,0         | 4,5         | 4,3           | 0,0           | 2,7   |
| No sabe o no recuerda  | 18,3        | 15,7        | 18,3          | 14,5          | 16,9  |
| No especifica          | 5,0         | 16,9        | 16,1          | 5,5           | 12,2  |
| Total                  | 100,0       | 100,0       | 100,0         | 100,0         | 100,0 |

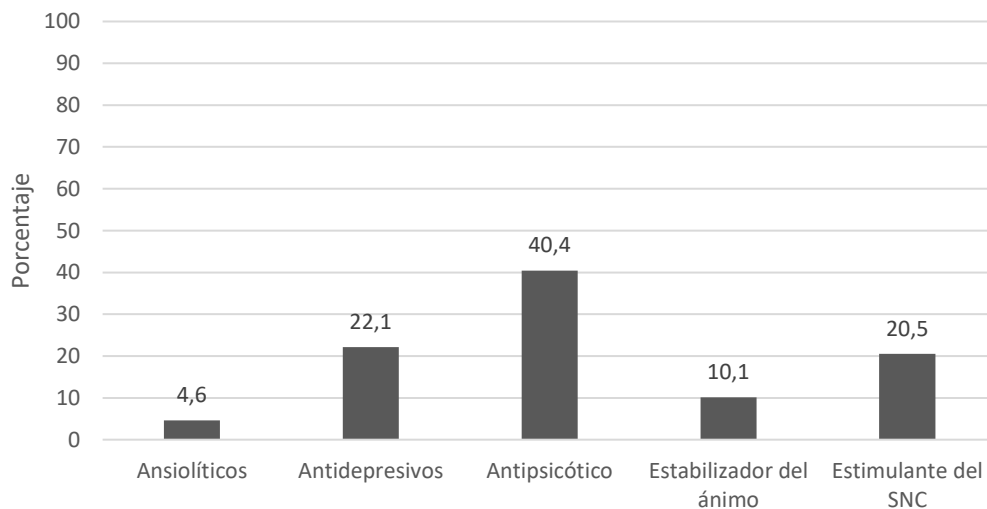
Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 149 casos válidos para sexo (60 hombres y 89 mujeres) y 148 casos válidos para edad (93 niños y niñas menores de 14 años y 55 niños y niñas con 14 años o más).

\*La categoría "Medicamentos naturales" está compuesta por Flores de Bach y melatonina.

Respecto a las 5 categorías en que fueron clasificados los medicamentos que los niños y niñas reportaron consumir durante el día, los antipsicóticos lideraron el consumo (40,4%), seguido por los antidepresivos (22,1%) y luego por los estimulantes del SNC (Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2. Tipo de medicamento psicotrópico que los NNA reportaron consumir



Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre los 152 niños y niñas que reportaron que consumen medicamentos. Las categorías no son excluyentes.

A los niños y niñas que consumían medicamentos psicotrópicos ( $n=152$ ) también se les preguntó si sabían quién se los había recetado. Un 87,5% dijo saber quién les había recetado los medicamentos, sin presentar diferencias estadísticamente significativas por sexo o edad (sexo:  $\text{Chi}^2=2,46$ ,  $\text{df}=2$ ,  $p=0,29$ , edad:  $\text{Chi}^2=0,88$ ,  $\text{df}=2$ ,  $p=0,643$ ). La Tabla 1.9 muestra los porcentajes según sexo y edad.

Tabla 1.9. Conocimiento del NNA de quién le recetó los medicamentos por sexo y edad

|         | Hombres (%) | Mujeres (%) | Menor de 14 años | 14 años o mayor | Total |
|---------|-------------|-------------|------------------|-----------------|-------|
| Sí      | 85,2        | 89,0        | 89,5             | 84,5            | 87,5  |
| No      | 11,5        | 7,7         | 6,3              | 13,8            | 9,2   |
| No sabe | 3,3         | 3,3         | 4,2              | 1,7             | 3,3   |
| Total   | 100,0       | 100,0       | 100,0            | 100,0           | 100,0 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 152 casos válidos para sexo (61 hombres y 91 mujeres) y sobre 153 casos válidos para edad (95 niños y niñas menores de 14 años y 58 niños y niñas de 14 años o más).

De los niños y niñas que reportaron saber quién les había recetado los medicamentos que consumen diariamente ( $n=132$ ), un 89,4% nombró a algún doctor o psiquiatra que los atendió dentro del centro donde viven o fuera de éste (por ejemplo, en un COSAM o algún hospital) y un 10,6% reportó a otra persona como la que había recetado los medicamentos, y dos niños o niñas que no especificaron quién se los recetaba. Como “otra persona” nombraron por ejemplo a la “tía enfermera”, a “la tía psicóloga”, a otras “tías” con nombre de pila, pero sin especificar profesión, o “una tía del COSAM”. No hubo diferencias significativas por edad ( $\text{Chi}^2=3,13$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p=0,08$ ).

Buscando saber si el derecho a ser informado sobre el tratamiento farmacológico había sido respetado, a los niños y niñas se les preguntó si las persona que les había recetado los medicamentos les había dado una explicación de para qué eran y cómo los iba a ayudar. De los 132 niños y niñas, un 74,2% dijeron que les habían dado una explicación cuando se les había recetado los fármacos (Tabla 1.10). Las diferencias según sexo y edad no fueron significativas (sexo:  $\text{Chi}^2=1,53$ ,  $\text{df}=3$ ,  $p=0,68$ , edad:  $\text{Chi}^2=5,64$ ,  $\text{df}=3$ ,  $p=0,130$ ).

Tabla 1.10. Niños y Niñas que reportan que se les dio una explicación de por qué se les estaba recetando el medicamento por sexo y por edad

|             | Hombres (%) | Mujeres (%) | Menor de 14 años | 14 años o mayor | Total |
|-------------|-------------|-------------|------------------|-----------------|-------|
| Sí          | 72,5        | 75,3        | 69,9             | 81,6            | 74,2  |
| No          | 25,5        | 19,8        | 26,5             | 14,3            | 22,0  |
| No sabe     | 2,0         | 2,5         | 3,6              | 0,0             | 2,3   |
| No responde | 0,0         | 2,5         | 0,0              | 4,1             | 1,5   |
| Total       | 100,0       | 100,0       | 100,0            | 100,0           | 100,0 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 132 casos válidos- (51 hombres y 81 mujeres; 83 niños y niñas menores de 14 años y 49 niños y niñas de 14 años o más).

Por último, a los 152 niños y niñas que reportaron que consumían medicamentos, se les preguntó si es que en su opinión los medicamentos que estaban tomando los habían hecho sentir mejor, a lo que un 66% dijo que sí (Tabla 1.11). La diferencia en sexo y edad no fueron estadísticamente significativas (sexo:  $\chi^2=7,76$ ,  $df=3$ ,  $p=0,051$ , edad:  $\chi^2=4,42$ ,  $df=3$ ,  $p=0,22$ ).

Tabla 1.11. Niños y niñas que reportan que los medicamentos los han hecho sentir mejor por sexo y edad

|             | Hombres (%) | Mujeres (%) | Menor de 14 años | 14 años o mayor | Total |
|-------------|-------------|-------------|------------------|-----------------|-------|
| Sí          | 52,5        | 76,7        | 71,0             | 57,9            | 66,0  |
| No          | 39,0        | 18,9        | 21,5             | 36,8            | 27,3  |
| No sabe     | 6,8         | 4,4         | 6,5              | 5,3             | 6,0   |
| No responde | 1,7         | 0,0         | 1,1              | 0,0             | 0,7   |
| Total       | 100,0       | 100,0       | 100,0            | 100,0           | 100,0 |

Fuente: Instrumento Individual INDH

\*Porcentajes calculados sobre 149 casos válidos para sexo (59 hombres y 90 mujeres) y 150 casos válidos para edad (93 menores de 14 años y 57 de 14 años o más).

#### 1.4 Discusión de resultados y sugerencias

El presente capítulo tuvo por objetivo realizar un diagnóstico preliminar de la situación de salud mental de los niños y niñas en residencias de protección del SENAME. Esto incluyó la pesquisa de sospecha de depresión, la evaluación del acceso que tienen los niños y niñas a ayuda informal y tratamiento formal, y una estimación de los medicamentos psicotrópicos más consumidos por los niños y niñas según sus propios reportes. Cabe destacar, respecto a la evaluación de depresión, que los datos a presentarse no se refieren a un diagnóstico clínico de depresión, sino que, a la sospecha, ya que para un diagnóstico habría sido necesario una entrevista en mayor profundidad.

Dicha entrevista en profundidad no era posible ya que en primer lugar, no era el objetivo específico de la observación y, en segundo lugar, el instrumento incluía muchas áreas además de salud mental que debían igualmente pesquisarse. Así, se buscó cuidar a los niños y niñas entrevistadas, evitando extenderse en evaluar sintomatología depresiva, evaluación que para ser exhaustiva, en sí misma podría haber tomado el tiempo de toda la encuesta (40 minutos aproximadamente).

Respecto a la situación de salud mental, los resultados mostraron que 68,6% de los niños y niñas de 14 años o más, presentaban síntomas que llevan a sospechar que están cursando un cuadro depresivo según los criterios de la Guía GES Depresión. De acuerdo a lo planteado en el Programa Nacional de Depresión implementado en el sistema público de salud desde el año 2000, se considera sospecha de depresión cuando al menos una de las preguntas de Diagnóstico de Depresión según Guía GES Depresión 2006 es respondida afirmativamente. Frente a esto, la Guía sugiere llevar a cabo una confirmación diagnóstica, a través de una entrevista por médico y una entrevista por profesional psicosocial, en base a criterios CIE 10.

Las cifras señaladas contrastan de manera importante con el 6,1% de los niños y niñas que presentaron cuadros afectivos según el Estudio Comunitario de Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Población infanto-juvenil en Chile (Vicente et al., 2012), y con el 6,5% de los niños y niñas que presentaron distimia y un 20,4% que presentaron Depresión Mayor, según el estudio realizado el 2004 por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME (Ministerio de Salud de Chile, 2007b). Es posible argumentar que los resultados no son enteramente comparables, dado que dichos estudios evaluaban trastornos depresivos propiamente tales y el presente diagnóstico evaluó solamente sospecha de depresión. Sin embargo, si se considera el porcentaje de niños y niñas que respondió positivamente a las tres preguntas de la Guía GES, la diferencia sigue siendo importante, ya que un 26,8% de los NNA en los centros de protección del SENAME se encontrarían en esta situación.

Junto con lo anterior, llama la atención que de los niños y niñas que respondieron positivamente a la sospecha de depresión (68,6% de la muestra de niños y niñas de 14 años o más), sólo un poco más de la mitad ha hablado del tema con alguien (54,7%), pese a que un 39,3% lleva seis meses o más sintiéndose así (13,1% entre seis meses y un año, y 26,2% más de un año). Se observa que son muchos los niños y niñas que a pesar de que pueden estar cursando un cuadro depresivo, no han podido acceder a adultos que los escuchen y ayuden. En este contexto, aproximadamente un 28,3% de los niños y niñas con sospecha de depresión ha hablado con un psicólogo o psiquiatra del hogar. Esto refleja la escasez de acceso que tienen los niños y niñas de los centros del SENAME a profesionales de la salud mental. Esta escasez fue recientemente confirmada por el Ministerio de Justicia de Chile, el cual, durante el mes de octubre de 2017, afirmó que la brecha asistencial para problemas de salud mental en la Red SENAME asciende a 88,9% (Matus, Rivera & Leiva, 2017).

Resulta relevante considerar que los niños y niñas que respondieron positivamente a las preguntas sobre sospecha de depresión y que accedieron a hablar con alguien, además de recurrir a psicólogos y psiquiatras del centro, hablan con educadoras/es de trato directo (29,3%) y otro personal del centro (22,8%). En este contexto, donde los profesionales del centro cumplen una función de escucha para con los niños y niñas, específicamente en temas de salud mental, se considera fundamental el desarrollo de constantes capacitaciones respecto del manejo respetuoso de situaciones de crisis emocionales de los niños y niñas, comprensión y abordaje de las situaciones vitales traumáticas por las que habitualmente cursan los niños y niñas en cuestión, reconocimiento de indicadores de abuso, depresión, consumo de drogas, estrés post traumático, etc., y otras temáticas que resulten necesarias de acuerdo a las realidades de cada centro.

Tal como se muestra en los resultados sobre la situación de los funcionarios y funcionarias de este informe, sólo un número reducido de personas trabajando en los centros de protección del SENAME cuentan con capacitaciones. Específicamente, de los 1.029 funcionarios que completaron el instrumento para funcionarios y funcionarias, un 6,4% reportó que tuvo una capacitación en el último año en manejo psicológico, un 4% en apego y estimulación temprana, un 3,2% en buen trato y relaciones entre pares, y un 0,6% en la administración de medicamentos. La falta de capacitación también se vio en las respuestas al instrumento institucional, donde de los 151 centros que completaron la información 8,6% reportaron haber entregado capacitación durante el último año en manejo psicológico, un 8,6% en apego y estimulación temprana, un 8,6% en buen trato y relaciones entre pares, y un 7,9% en la administración de medicamentos. Esta es un área donde es perentorio intervenir, ya que como se puede observar, los funcionarios de los centros son referentes de algunos niños y niñas para hablar de cómo se están sintiendo y, sin

embargo, carecen de las capacitaciones que les entreguen habilidades de manejo en temáticas de salud mental. Es así que sus reacciones pueden no ser las adecuadas a las necesidades de algunos niños o niñas y a su vez, el desgaste emocional de los mismos funcionarios puede aumentar al no contar con conocimientos que les permitan manejar algunas de las situaciones a las que se ven enfrentados.

En relación a los anterior, sería necesario junto con las capacitaciones en temas de salud mental, poner el foco en la estabilidad emocional de los cuidadores y profesionales que trabajan en los centros, de modo que puedan cumplir la función de sostén y contención de los niños y niñas. La literatura señala que los equipos que trabajan con personas que han sufrido violencia, malos tratos o situaciones de estrés tienden a replicar esas conductas si es que no tienen un espacio para pensar o procesar las emociones que dicho trabajo les produce (Hinshelwood, 1998; Hinshelwood & Skogstad, 1998; Kaës, 2004; Lindbom-Jakobson & Lindgren, 1997; Penot, 2007; Roussillon, 1998). Por lo tanto, para evitar que los trabajadores del centro repliquen ambientes de violencia y poco sostén, se sugiere que tanto los profesionales de la salud como los cuidadores de trato directo de los niños y niñas, tengan espacios de autocuidado y de manejo de conflictos dentro de los equipos. Para esto, es recomendable la intervención de psicólogos externos con manejo en temáticas institucionales y experiencia clínica.

En relación a la ayuda formal, del 68,6% de los niños y niñas que respondieron positivamente a sospecha de depresión, un 69,8% señaló no encontrarse en tratamiento formal fuera del hogar (45,3% que no están en ningún tipo de tratamiento y 24,5% que han asistido sólo una vez a ver a un profesional de la salud mental). El escaso acceso a tratamiento formal detectado en el presente diagnóstico es consistente con lo señalado en el llamado “Informe Jeldrés” (2013) y en el Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Red SENAME y Privadas (Poder Judicial, 2016), en los que se señala que en el SENAME existe una escasa oferta especializada para tratar a los niños y niñas con trastornos de la salud mental, una ausencia de planes y de residencias especializadas con diagnósticos psiquiátricos y pocas horas de atención en el sistema de salud mental público para esta población.

En este contexto, es evidente que cada centro debe contar con mecanismos de derivación directa a centros especializados de salud mental, para aquellos casos en que surja una necesidad de los niños y niñas que no pueda ser abordada por los y las profesionales del centro. Específicamente, los niños y niñas que residen en centros de la red de protección del SENAME deben tener acceso al sistema de atención público de salud mental, dada la alta prevalencia de trastornos mentales en esta población y su mayor riesgo de enfrentar este tipo de trastornos dadas las situaciones vitales vivenciadas por estos (Benjet, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2013; Warren, 1999).

Respecto al consumo de medicamentos, se observa que un alto porcentaje (43,1%) de niños y niñas en los centros de protección del SENAME (incluyendo a niños y niñas de 8 a 17 años) reportan consumir psicofármacos diariamente. Más aún, llama la atención que una estimación conservadora (que sólo toma en cuenta los medicamentos a los que los niños y niñas se refieren por su nombre) tenga como resultado que un 40,4% de los niños y niñas que consumen medicamentos hace uso diario de antipsicóticos (lo que corresponde a un 17,5% del total de 8 a 17 años con datos válidos para esta pregunta). La prevalencia del uso de psicofármacos en los niños y niñas en Chile no ha sido abordada por estudios que permitan contrastar los datos señalados. Se hace imperativo contar con dichas investigaciones que den cuenta de la realidad a

nivel país del consumo de fármacos, tanto en NNA institucionalizados como en la población general, de modo de diseñar políticas públicas adecuadas para el abordaje de estas problemáticas. Sería importante no sólo realizar un diagnóstico de los mecanismos por los cuales los medicamentos son recetados y administrados a los NNA en los centros de protección SENAME, sino que también fomentar un mayor acceso a tratamientos psicoterapéuticos que sean estables en el tiempo y donde haya un foco en el vínculo entre el NNA y un adulto, siendo esto algo que en muchos NNA se ha visto dañado y que requiere de tiempo para repararse. Esto no sólo tendría un beneficio a corto plazo para el bienestar de los NNA, sino que también tendría un carácter preventivo de futuros problemas de salud mental y resultaría, en el largo plazo, en una reducción del gasto para el Estado (Ansoleaga & Valenzuela, 2014).

En relación a la prescripción del uso de psicofármacos a los niños y niñas en la red de protección del SENAME, resulta positivo que de los que consumen medicamentos, un 87,5% afirma saber quién se lo recetó. Junto con esto, un 74,2% que reportan consumir psicofármacos, indican que se les dio una explicación respecto al uso de estos al momento de recetárselos. Si bien estos resultados son positivos y reflejan una consideración por el derecho de los niños y niñas a la participación en las decisiones de salud que les incumben, también significan que hay un 25,8% de niños y niñas a los que no se les dio explicación (o que no recuerdan que se les haya dado). Es responsabilidad del profesional explicar en palabras claras, adecuadas al desarrollo cognitivo del niño o niña, las decisiones que se están tomando en su nombre (Alderson & Montgomery, 1996; Paul, 2004), e idealmente hacerlo partícipe de dichas decisiones (Shaw, 1999). De hecho, el que los niños y niñas participen en las decisiones que les incumben, está establecido en la Convención sobre los Derechos de los Niños (UNICEF, s.f).

Este diagnóstico refleja una necesidad de contar con mejor y mayor información respecto a la salud mental de los NNA en la red de protección del SENAME. Al ser un diagnóstico preliminar y estar inserto dentro de un instrumento que abarcaba otras áreas de los derechos de la niñez, muchas de las preguntas iniciales que fueron propuestas para la sección de salud mental no fueron incluidas, ya que se priorizó disminuir la extensión del instrumento para no exponer a los niños o niñas a una evaluación más larga. A modo de ejemplo, no fueron incluidas preguntas sobre ideación o intento suicida en el último año, sobre consumo de droga y alcohol, sobre automutilación, sobre el proceso de detección de problemáticas de salud mental que llevan a cabo los centros cuando los niños o niñas ingresan, entre otras. Debido a esto, es necesario proyectar una evaluación completa e integral de la situación de salud mental de los niños y niñas en la red SENAME, donde se incluya un diagnóstico clínico, que proporcione datos actualizados sobre la prevalencia de los desórdenes mentales en dicha población. A su vez, sería relevante obtener información sobre los tratamientos proporcionados y la brecha existente entre la realidad de la atención entregada y la cantidad de niños y niñas que requieren de tratamiento.

Esta falta de información no se da sólo en la red de protección del SENAME, sino que a nivel de la salud mental infanto-juvenil en Chile, por lo que también sería necesario un diagnóstico de la realidad de la salud mental de los niños y niñas que permita desarrollar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental con un apartado específico en salud mental infanto-juvenil, donde puedan integrarse las guías y orientaciones existentes, y que incorpore las características y necesidades propias de la población del SENAME.

Por último, y a modo de reflexión, cabe la pregunta de cuál es la concepción de infancia y adolescencia que se sostendrá en el diseño de nuevas políticas públicas en salud mental infanto-

juvenil, y particularmente, las referentes a los niños y niñas residentes en la red de protección del SENAME. Se requiere en primer lugar que las políticas públicas de salud mental reconozcan que estos son niños o niñas que en su gran mayoría han vivido o se encuentran viviendo experiencias traumáticas y que, al estar institucionalizados, viven una vulneración a veces invisible, que es la pérdida de su historia personal, de la memoria de sus vivencias y de sus vínculos (Marchant, 2015).

Por ello, se hace necesario incorporar en el diseño del Plan Nacional de Salud mental infanto-juvenil, una concepción de los NNA como sujetos; sujetos con una historia particular que requiere ser escuchada e integrada, cuya palabra, creencias e interpretación de su padecer tienen un valor, sujetos que están en procesos de desarrollo cognitivo y emocional, que se están construyendo en vínculos sociales con otras personas, en resumen, sujetos que deben ser considerados, escuchados y respetados en su subjetividad.

Esta es una postura que incorpora una visión de derecho respecto de los NNA. Esto implica un posicionamiento distinto ante el tratamiento en salud mental, donde el foco no está en definir planes rígidos de tratamiento, en los que predominen los criterios administrativos de eficacia y eficiencia, sino más bien, generar programas de salud mental infanto-juvenil que fomenten el establecimiento de una relación humana, flexible y confiable entre el NNA y un adulto, con el objetivo de implicarse “conjuntamente para el conocimiento de su sufrimiento y para intervenir sobre él” (Galende, 2008, p. 86). El foco de dichos programas debería estar enfocado en la escucha y reconocimiento de cada NNA, de su historia y su singularidad, donde se considere como central el no repetir las fallas ambientales que ya ocurrieron en la vida del NNA y se les proporcione algo que muchas veces nadie les ha entregado: el reconocimiento de su historia, un sostén frente a sus angustias y la posibilidad de salir enriquecido a partir del trabajo terapéutico (Winnicott, 1993).

## 1.5 Referencias

- Alderson, P., & Montgomery, J. (1996). *Health care choices: making decisions with children* (Vol. 2): Institute for Public Policy Research.
- Ansoleaga, E., & Valenzuela, E. (2014). *Derecho a la Salud mental en Chile: La infancia olvidada*: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- De La Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186.
- Galende, E. (2008). Lugar y destino de la subjetividad en salud mental. *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser* (pp. 75-103). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hinshelwood, R. (1998). Foreword *Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings*. London: Karnac Books.
- Hinshelwood, R., & Skogstad, W. (1998). The hospital in the mind: in-patient psychotherapy at the Cassel Hospital *Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings*. London: Karnac Books.

- Jeldres, M. (2013). Informe de la comisión de familia constituida en investigadora ara recabar información y determinar responsabilidades en las denuncias sobre hechos ilícitos ocurridos en hogares del Servicio Nacional de Menores.
- Kaës, R. (2004). Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, XXVI(3), 655-670.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Lindbom-Jakobson, M., & Lindgren, L. (1997). The framework of psychoanalytically oriented psychotherapy with traumatised patients and the institution. *International Forum of Psychoanalysis*, 6, 217-224.
- Marchant, M. (2015). *El libro de vida: un lugar para la memoria*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- [Matus, J., Rivera, V & Leiva, L. \(20 de octubre de 2017\). Sename: déficit de atención de salud mental en niños vulnerados llega a 89%. La Tercera. Recuperado de http://www.latercera.com/noticia/sename-deficit-atencion-salud-mental-ninos-vulnerados-llega-89/](http://www.latercera.com/noticia/sename-deficit-atencion-salud-mental-ninos-vulnerados-llega-89/)
- Ministerio de Salud de Chile (2001). Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2005). Guía clínica GES “Primer brote esquizofrenia”. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2006). Guía clínica AUGE “Depresión en personas de 15 años o más”. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2007a). Guía clínica AUGE “Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años”. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2007b). Orientaciones Técnicas para la atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2009). Orientaciones Técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental en atención primaria. Red de Protección Social. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2011). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Guía Clínica para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2013) Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). Guía clínica AUGE “Trastorno bipolar en personas de 15 años y más”. Santiago: Ministerio de Salud.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *18(4-5)*, 346-358.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.
- Organización Mundial de la Salud (Sin fecha). Datos y Cifras. Datos sobre la salud mental. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/)
- Paul, M. (2004). Decision-making about children’s mental health care: ethical challenges. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(4), 301-311.



- Penot, B. (2007). El equipo psicoanalítico en el hospital de día. Revisión de algunas condiciones para que los pacientes se adueñen de su propia subjetividad. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 29(3), 679-695.
- Poder Judicial (2016). Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Red SENAME y Privadas.
- Roussillon, R. (1998). The Role on Institutional Settings in Symbolization *Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings*. London: Karnac Books.
- Shaw, M. (1999). Treatment Decisions in Young People: The Legal Framework. *London: FOCUS, The Royal College of Psychiatrists' Research Unit*.
- UNICEF (1989). Convención sobre los Derechos Del Niño Ratificada por Chile en 1990. Disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)
- UNICEF (Sin fecha) Convención sobre los Derechos del Niño. Información General. Disponible en: <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457.
- Warren, D. (1999). Adoption and fostering. *Child Welfare*, 23(2), 48-56.
- Who-Aims (2014) "Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile". Santiago: Ministerio De Salud de Chile.
- Winnicott, D. (1993). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador (pp. 326-339): Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.