



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Facultad de Medicina
Escuela de Postgrado
Departamento de Psicología

**UN ACERCAMIENTO A LAS EXPERIENCIAS DE LOS PSICÓLOGOS QUE
REALIZAN INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN
DEPENDIENTES DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES EN LA REGIÓN
METROPOLITANA**

Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto
Juvenil

Alumna: Ps. Iris Morales Recabal
Profesora Guía: Ph.D. Ps. Adriana Espinoza Soto

Santiago de Chile

- 2016-

RESUMEN

Investigaciones realizadas por Poderes Legislativo, Judicial y Contraloría General de la República señalan que el Estado de Chile vulnera los derechos de niño/as y adolescentes (NNA) institucionalizados en el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Para conocer el modo como psicólogos/as responsables de su cuidado procesan estas vulneraciones se entrevistó, usando metodología cualitativa, a profesionales de modalidad residencial que concentra mayor volumen de NNA institucionalizados. Análisis del contenido de entrevistas reveló cuatro dimensiones, seis categorías y veintitrés subcategorías informando perfil de psicólogos/as y NNA institucionalizados, percepción del modelo residencial y como se conceptualizan/intervienen los problemas de Salud Mental (SM) de NNA institucionalizados. Se concluye que psicólogos/as trabajan con bajos sueldos, alta rotación, sobrecarga de funciones y mecanización del trabajo. Supervisión del SENAME es percibida formal, burocrática y desconectada de necesidades reales de NNA y profesionales. Psicólogos/as reconocen SM como variable relevante para favorecer des-institucionalización, pero carecen de formación especializada para intervenir en SM de NNA traumatizados y afectados por graves trastornos psiquiátricos/emocionales. La institucionalización prolongada es reconocida como dañina, pero no saben cómo evitarla. La “paradoja de la protección” genera prácticas y discursos disociados, naturalizando daños a SM de NNA y psicólogos/as generados por el propio sistema de protección.

Palabras Claves: Salud Mental, SENAME, Institucionalización, Protección, Infancia, Adolescentes, Vulneración de Derechos.

ABSTRACT

Independent investigations conducted by the Chilean Congress, a Supreme Court Committee and the National Comptroller Office have revealed massive violations to Children/Adolescent's Human Rights perpetrated by the public institution supposed to be responsible for their protection (known as SENAME). To know how psychologists working at SENAME elaborate these issues, some of them were interviewed. Categorical analysis revealed four dimensions (Psychologists Academic/Professional Profile, Institutionalized Children/Adolescent's Profile, SENAME's Residential Model Perception and Approaches to Institutionalized Children/Adolescent's Mental Health). In addition, six categories and twenty-three subcategories were revealed. It is concluded that SENAME's psychologists work in adverse conditions; High turnover, overloading demands, bureaucracy and mechanical interventions lead to burning out. SENAME's supervision practices are perceived as just formalistic instead of providing emotional and technical support. Psychologists recognize the relevance of improving children/adolescent's mental health to reach deinstitutionalization goals, but they are deprived of professional skills to work with children/adolescents exposed to trauma and affected by severe psychiatric/emotional disorders. They are aware of damaging effects produced by prolonged institutionalization, but they do not know what might be done to resolve it. A "protection's paradox" is identified. Psychologists naturalize the negative impact of the Chilean State Protection System in their own Mental Health and that of children/adolescents

Keywords: Mental Health, Sename, Institutionalization, Protection, Children, Adolescents, Children/Adolescent's Human Rights

DEDICATORIA

A los miles de niños y niñas pobres, vulnerados y atropellados en sus Derechos Humanos más fundamentales por el Estado de Chile.

A mi hija Sofía, a tus hijos Cristóbal, Diego y Valentina, reciban en estas páginas una buena parte de nuestra historia, esa que a veces nos impide disfrutarlos y acompañarlos más, esa que hace que seamos lo que somos.

Los amamos.

A Rodrigo Paz, médico psiquiatra, por su lucha incansable por la defensa de los niños, niñas y adolescentes vulnerados por el Estado de Chile. Por su brillantez y profundidad intelectual, por sus convicciones morales a toda prueba y su infinita generosidad para compartir sus talentos y sin miramientos ponerlos al servicio de lo justo. Paz, recibe nuestra tesis y mis agradecimientos.

En estas páginas dejo testimonio de una buena parte de nuestra historia como profesionales y personas. Sí, con nuestra lucha por los niños y niñas de SENAME estos años, hemos aportado a que no mueran y estén mejor protegidos, sólo por eso, bien ha valido la pena vivir hasta aquí.

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora guía y asesora metodológica Ps. Adriana Espinoza Soto, por orientarme y acompañarme en este proceso con mucha calidez, generosidad y respeto por mi trabajo.

A las Psicólogas participantes por entregarme su experiencia profesional y vivencias.

A mi familia por estar acompañándome para lograr esta tarea durante estos 3 años de estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Relevancia del Estudio.....	5
1.2. Preguntas Directrices	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 El Modelo de institucionalización de SENAME en Chile	7
2.1.1. Antecedentes generales del marco normativo sobre modalidad de cuidados alternativos de los NNA institucionalizados.....	7
2.1.2. La Convención de los Derechos del Niño/a y los cuidados alternativos de los NNA	8
2.1.3. Directrices de Naciones Unidas sobre modalidades de cuidados alternativos de los NNA.....	11
2.1.4. La Corte Interamericana de Derechos Humanos y la desinternación de NNA en cuidados alternativos	14
2.1.5. El marco legal de protección de derechos de la infancia y adolescencia en Chile.....	15
2.1.6. El rol de SENAME en la protección de los NNA institucionalizados.....	16
2.1.7. Sobre la medida de protección judicial.....	18
2.1.8. La oferta de protección de SENAME	20
2.1.9. Marco regulatorio del sistema de protección residencial de SENAME	23
2.2. El Modelo del sistema residencial de protección para mayores con programa especializado residencial (REM/PER).....	26
2.2.1. Sobre los objetivos.....	28
2.2.2. Sobre los sujetos de atención	29
2.2.3. Sobre los componentes de intervención	30
2.2.3.1. Atención familiar y social	30
2.2.3.2. Atención psicológica	32
2.2.3.3. Sobre los recursos humanos	34
2.2.3.4. Sobre las funciones profesionales	35
2.3. SM e Institucionalización en SENAME: Una mirada global	38

2.3.1. La Salud Mental infanto-juvenil en Chile	42
2.3.2. La Salud Mental infanto-juvenil en la población SENAME	48
2.3.3. Crisis en el sistema residencial de SENAME: La paradoja de la “protección de derechos” de los NNA institucionalizados	70
2.3.4. Sobre la Comisión Investigadora de SENAME en el Congreso Nacional	71
2.3.5. Sobre la Auditoría de la Contraloría General de la República al Sistema Residencial de SENAME	81
2.4. Una Aproximación a las experiencias de intervención de los psicólogos en Salud Mental	92
III. OBJETIVOS	101
3.1. Objetivo General	101
3.2. Objetivos Específicos	101
IV. METODOLOGÍA	102
4.1. Enfoque Metodológico.....	102
4.2. Muestra Utilizada.....	102
4.3. Técnica de Recolección de Datos	104
4.4. Análisis de Datos.....	106
4.5. Aspectos Éticos.....	108
V. RESULTADOS	109
5.1. Los Psicólogos Residenciales	111
5.1.1. Perfil de los Psicólogos Residenciales.....	111
5.1.1.1. Años de Ejercicio Profesional	111
5.1.1.2. Formación Académica y Especialización	112
5.1.1.3. Adhesión a Modelos Teóricos de Intervención	113
5.1.1.4 Experiencia laboral en el Sistema de Protección de SENAME	114
5.1.1.5 Funciones de los Psicólogos	116
5.1.2. Visión de los Psicólogos sobre la Institucionalización de NNA	119
5.1.2.1. Propósitos de la Institucionalización	120
5.1.2.2. Efectos de la Institucionalización	122
5.1.3. Visión de los Psicólogos de la Salud Mental.....	124
5.1.3.1. Definición de la Salud Mental de los Psicólogos Residenciales.	124

5.1.3.2. El Trabajo del Psicólogo/a en Salud Mental.	125
5.2. El Sistema de Protección Residencial de SENAME	130
5.2.1. Visión de los Psicólogos del Modelo Residencial SENAME	130
5.2.1.1. Falta de un Modelo de Salud Mental desde SENAME.....	131
5.2.1.2. Falta de Recursos Profesionales Especializados	132
5.2.1.3. Supervisión Técnica de SENAME es Burocrática.....	133
5.2.1.4. Instalación de la Mirada de la Salud Mental en la Intervención Residencial	134
5.3. Los NNA institucionalizados	135
5.3.1. Visión de los Psicólogos del Perfil de los NNA en las Residencias.....	135
5.3.1.1. Población de NNA Atendidos.....	135
5.3.1.2. Heterogeneidad de Causales de Vulneración de Derechos	137
5.3.1.3. Perfil Psicológico y Psiquiátrico de los NNA Atendidos.	138
5.3.1.4. Hospitalización de Casos Complejos.....	140
5.3.1.5. Sobre las Fugas de los NNA de las Residencias.....	142
5.3.1.6. Visión de los Psicólogos sobre las Características de las Familias	143
5.4. La Salud Mental en las Residencias	145
5.4.1. Visión de los Psicólogos sobre Estrategias de Intervención en Salud Mental	145
5.4.1.1 Atención Psicosocial	145
5.4.1.2. Atención Clínica.....	147
5.4.1.3. Atención Familiar	150
5.4.1.4. Atención Psiquiátrica	152
5.4.1.5. Trabajo en Red	156
VI. DISCUSION	158
VII. CONCLUSIONES	168
VIII. RECOMENDACIONES	170
IX. REFERENCIAS.....	172
X. ANEXOS	183
A.1. Consentimiento Informado	183
A.2. Pauta Guía de Entrevista Semi-Estructurada	185

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Protección de derechos por niveles, SENAME	20
Tabla 2: Cantidad de Instituciones a cargo del Estado, privadas y mixtas.....	22
Tabla 3: Cuadro resumen del recurso humano total de la residencia, con financiamiento proveniente de la subvención del centro residencial y del programa especializado	36
Tabla 4: Atendidos por línea, modelo y región	39
Tabla 5: Prevalencia de 12 meses en NNA (4 a 18 años) sin considerar discapacidad	43
Tabla 6: Prevalencia de 12 meses en NNA (4 a 18 años) considerando discapacidad.	44
Tabla 7: Matriz Categorical Global: Dimensiones, Categorías y Subcategorías Emergentes	109

I. INTRODUCCIÓN

Han pasado 25 años desde que, en el año 1990, el Estado de Chile ratificara la Convención de los Derechos del Niño/a (CDN en adelante). Desde entonces, el Servicio Nacional de Menores (SENAME en adelante) ha tenido la misión de garantizar, proteger y velar que el Estado de Chile garantice los derechos contenidos en dicha declaración.

Durante los años noventa, con el retorno a la Democracia, se adopta el enfoque de derechos como marco ético-político para orientar la política pública en materia de infancia y adolescencia. Se trataba de abandonar definitivamente una política pública asistencial que, implantada durante la Dictadura Militar, se orientó bajo la doctrina del niño/a en situación irregular.

En los inicios de la década del 2000, se plantea la necesidad de realizar una reforma profunda a la institucionalidad responsable de diseñar e implementar políticas públicas de infancia y adolescencia, pero la reforma no prosperó en términos de los cambios que se esperaban. Sólo pudieron implementarse modificaciones parciales en el marco legal que regía el accionar del SENAME, tanto en el ámbito de la subvención a instituciones colaboradoras como en el de los centros de administración directa (Martínez, 2010). Finalmente, el 25 de julio del año 2005, se publica una primera reforma denominada Ley de Subvenciones N° 20.032 que establece un sistema de licitaciones que permitirá que organizaciones privadas, denominadas de ahora en adelante “instituciones colaboradoras”, puedan acceder a fondos públicos para ejecutar acciones de protección de la Infancia que tradicionalmente habían sido efectuadas por el Estado o Instituciones de “Beneficencia”. Se avanzaba así en la profundización del modelo de “Estado Subsidiario” consagrado en la Constitución de la Dictadura, según el cual el Estado sólo asume el protagonismo cuando organismos privados no pueden o no quieren hacerse cargo.

La Ley de Subvenciones N° 20.032 permitirá entonces que, con fondos públicos, instituciones privadas “emprendan” en el ámbito de la Protección de la Infancia. De esta manera, al ser licitadas las líneas de acción de los Centros Residenciales, “ex hogares de menores”, los Proyectos de Intervención Jurídica y luego, las Oficinas de Protección de Derechos, se daba un paso más en la construcción de un modelo de sociedad

donde la Salud, la Educación, la Previsión Social, la distribución de las aguas, el gas, la electricidad, la administración de las principales carreteras y, ahora, la Protección de los NNA más frágiles de Chile, quedaba entregada a manos de privados. A partir de esta transformación el conjunto de la línea de protección de derechos del SENAME, puso en marcha un proceso gradual de reactualización de su oferta de planes, programas y servicios restringiendo su quehacer a cuatro líneas de acción proteccional: diagnóstico, oficinas de protección de derechos, programas ambulatorios y residencias de protección destinadas a la atención niño/as desde los 0 a los 18 años.

El mismo año en que se promulga la Ley, SENAME realiza la primera licitación pública de residencias a instituciones privadas, las que previo a concursar debieron ser “acreditadas” por el mismo SENAME, el que también fijó las orientaciones técnicas y administrativas que definieron estándares de calidad y criterio técnicos-administrativos para ejecutar la atención e intervenciones sobre los más de 30 mil niño/as institucionalizados a comienzos de la década del 2000 en todo el país.

De acuerdo a la Ley de Subvención 20.032, se estableció que los centros residenciales estarían destinados a “proporcionar atención, de forma estable, a los NNA separados de su medio familiar, en alojamiento, alimentación, abrigo, recreación, estimulación precoz, apoyo afectivo y psicológico, asegurando su acceso a la educación, salud y a los demás servicios que sean necesarios para su bienestar y desarrollo” (Ministerio de Justicia, 2005; Biblioteca Congreso Nacional; 2005).

Al año 2013, doce modalidades de intervención residencial se ejecutan en 290 residencias supervisadas por SENAME. 13.258 NNA han sido institucionalizados, mediante medidas de protección emanadas de Tribunales de Familia. Sus edades fluctúan entre los meses de vida y los 18 años. 7.464 son de sexo femenino y 5.774 masculino (SENAME, 2013). La modalidad denominada residencia especializada para mayores con programa especializado (REM/PER en adelante) concentra el mayor volumen de ingresos. Sólo en la Región Metropolitana ingresan a esta modalidad de atención 5.258 NNA de entre seis a dieciocho años edad (SENAME, 2013).

¿Qué impacto tuvo en la calidad de la atención de los miles de NNA institucionalizados en el Sistema Residencial del SENAME las transformaciones operadas a partir del año 2005?

Entre los años 2013-2014, la opinión pública ha sido testigo de una serie de reportajes, denuncias, acciones judiciales e informes técnicos que revelan que los NNA institucionalizados en el SENAME han sido objeto de graves vulneraciones de sus derechos más básicos, vulneraciones tales como abuso sexual, malos tratos, falta de recursos, precarias condiciones de cuidado, etc. (Corporación Administrativa del Poder Judicial, 2013; Cámara de Diputados de Chile 2013; Informe Contraloría, 2014). De entre estas denuncias, se revela que, en promedio, los NNA permanecen institucionalizados por períodos de 4 o más años, lo que transgrede no sólo la legislación chilena que no permite un período superior a un año, sino también acuerdos internacionales suscritos por Chile (UNICEF, 2013). Además, se hace público que NNA institucionalizados en residencias del SENAME con graves problemas de SM no reciben la más mínima atención especializada (Corporación Administrativa del Poder Judicial, 2013). A lo que se suma el que los profesionales psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos/as que debieran responder, al menos en parte, a estas necesidades presentan una alta rotación y una baja especialización profesional. Por otra parte, una deficiente o mínima oferta de atención en SM en el Sistema Público de Salud deja a los NNA institucionalizados que presentan problemas psiquiátricos y psicológicos de mayor gravedad, sin la posibilidad de recibir atención especializada ni dentro ni fuera de la red SENAME, problemas de SM que, de no resolverse con prontitud, comprometen su bienestar emocional y, en no pocos casos, ponen en riesgo su vida (MINSAL, 2015)

Durante este convulsionado período de denuncias y revuelo mediático, diversos actores políticos y sociales han emitido “pronunciamientos”. Sin embargo, salvo la declaración pública en la que el Colegio de Psicólogos de Chile se pronunció respecto a la situación de los NNA en el SENAME a raíz de la muerte de una lactante de seis meses en una residencia de Copiapó y la subsecuente Ocupación Pacífica de la Sede de la UNICEF en Chile, la voz de los Psicólogos/as ha estado ausente de este debate (Voz Ciudadana Chile, 2014; Red ONGs Infancia y Juventud Chile, 2014)

La tesis que presento, pretende contribuir a llenar de voces este silencio. Teniendo como antecedente el trabajo realizado por el Centro de Medición MIDE UC de Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile sobre el sistema de

cuidados alternativos del Estado de Chile (MIDE-UC, 2013), se entrevistó a siete psicólogas que desde hace tres o más años trabajan en el sistema residencial del SENAME. Usando una metodología de investigación cualitativa, se buscó acceder a relatos que, “en primera persona”, permitieran conocer qué piensan, cómo trabajan y qué sienten respecto a las posibilidades, limitaciones y alcances de su quehacer profesional los psicólogos/as que trabajan en un sistema denunciado como vulnerador de los más básicos DDHH de NNA que, por orden de Tribunales de Familia, son enviados a recibir apoyo emocional y tratamiento especializado proporcionado, justamente, por estos/as profesionales.

Considerando, que la modalidad REM/PER concentra la mayor población de NNA atendidos, se decidió entrevistar a los psicólogos/as que se desempeñan en esta modalidad de intervención y así poder acceder a caracterizar la experiencia de los psicólogos que atienden al mayor número de NNA institucionalizados en residencias del SENAME.

¿Tiene alguna relevancia conocer y escuchar estas voces? Pienso que sí. Creo, firmemente, que estas voces, que hoy pretendo hacer audibles, bien podrían contribuir a pensar en qué debemos mejorar y qué debemos definitivamente cambiar de un sistema en crisis.

Para enfocar la discusión, decidí concentrarme en las experiencias de Salud Mental. Lo hice con la convicción de que asegurar que los NNA institucionalizados en estas residencias reciban una atención de SM técnica y éticamente adecuada es una responsabilidad intransferible de los profesionales psicólogos/as que ahí trabajan. Por esa razón no se les preguntó que pensaban sobre la calidad del mobiliario, de la comida, del trato que reciben los NNA por parte de los Tribunales, de los colegios a los que son enviados o, muchas veces, no enviados, etc. Sólo se les preguntó por el único aspecto del cuidado de los NNA institucionalizados que depende esencialmente de su responsabilidad profesional; la SM.

Para llevar a cabo esta investigación, de tipo exploratoria y descriptiva, se utilizó una metodología cualitativa. Se seleccionó a psicólogos/as responsables de proveer atenciones de SM a NNA de entre 13 y 18 años institucionalizados en residencias de la Región Metropolitana bajo la modalidad REM/PER y supervisados por la Dirección

Regional del SENAME. La principal pregunta a responder fue ¿Cómo son las experiencias y cuáles son los significados que los psicólogos/as asignan al trabajo en SM que realizan con NNA institucionalizados en la modalidad (REM/PER) que supervisa la Dirección Regional del SENAME en la Región Metropolitana?

Se espera que la información generada a partir del análisis de los contenidos verbalizados por los psicólogos/as constituya un valioso insumo para el debate y la producción de conocimiento que permita orientar de mejor manera la formación profesional en SM de los psicólogos/as en general y, especialmente, de aquellos/as que se desempeñan con NNA gravemente vulnerados. NNA que son enviados por Tribunales de Familia al sistema residencial supervisado por el Estado de Chile para, justamente, proteger su SM y asegurar, también, su bienestar físico.

1.1. Relevancia del Estudio

Abordar la problemática de las experiencias de los psicólogos/as a cargo del cuidado y/o restitución de la SM de NNA institucionalizados en la Red SENAME, implica iniciar una reflexión teórica que nos situé en las visiones, modelos y estrategias que sustentan el “trabajo en terreno” de los profesionales de la Psicología en materia de SM, Trauma, y Resiliencia con NNA institucionalizados.

La institucionalización, presenta enormes paradojas que tensionan la respuesta de protección que brinda el Estado a los NNA más pobres del país. Para algunos la institucionalización, es una respuesta proteccional a las vulneraciones de los Derechos Humanos de los NNA. Para otros, es una medida judicial perjudicial pero necesaria, un desarraigo del niño/a de su familia y/o Comunidad de Origen, un evento traumático, entre muchos otros. Un mal menor cuando se trata de rescatar NNA de la calle y/o el abuso. En este sentido, hay un relativo consenso que la institucionalización antes, durante y posteriormente, genera efectos perjudiciales sobre el desarrollo del NNA constituyendo una experiencia de vida en muchos casos negativa, pero que es necesaria cuando se trata de rescatar NNA de peores amenazas.

La relevancia del Estudio, es que permite acercarse a conocer las visiones de los psicólogos/as sobre diversos aspectos del cuidado, protección y, muchas veces,

restitución de la SM de NNA con altas complejidades biopsicosociales. Lo anterior, posibilita examinar los paradigmas que se sustentan, las metodologías de trabajo que se desarrollan y la visión que tienen sobre la infancia y adolescencia institucionalizada desde el ejercicio del psicólogo/a. Se esperan entonces contribuir con nuevo conocimiento que permita orientar futuras investigaciones y mejorar la formación de los profesionales en un área de tanta relevancia para la el ejercicio de la disciplina en población infanto-juvenil institucionalizada en un sistema residencial en crisis y que requiere cambios sustantivos.

1.2. Preguntas Directrices

¿Cuáles y cómo son las experiencias de los psicólogos/as que realizan intervenciones en SM con adolescentes entre los 13 a los 18 años institucionalizados en la modalidad (REM/PER) dependientes de SENAME en la Región Metropolitana?

¿Cuáles son los significados que atribuyen los psicólogos a las experiencias de intervención en SM con adolescentes entre los 13 a los 18 años institucionalizados en la modalidad (REM/PER) dependientes de SENAME en la Región Metropolitana?

II. MARCO TEÓRICO

2.1 El Modelo de institucionalización de SENAME en Chile

En este apartado revisaremos los aspectos principales que conforman el modelo residencial de SENAME desde los aspectos legales asociados a la CDN, las Directrices de Naciones Unidas en los cuidados alternativos de NNA; la legislación actual que regula el sistema de atención residencial y los factores críticos del modelo proteccional actual de SENAME; la situación de SM de la población infanto-juvenil de SENAME, los efectos e impactos la institucionalización en la SM de los NNA; la situación de los psicólogos/as en la intervención en SM, etc. de modo tal de presentar en contexto global de la problemática de investigación.

2.1.1. Antecedentes generales del marco normativo sobre modalidad de cuidados alternativos de los NNA institucionalizados

Después de la aprobación de la CDN en agosto de 1990, la comunidad internacional ha aprobado otras normas relativas a esta materia entre las que destacan las Directrices de las Naciones Unidas sobre modalidades alternativas de cuidado de NNA; el Día de Debate General del Comité de Derechos del NNA sobre el rol de la familia en la promoción de los derechos de los NNA del año 1994 y el Día de debate sobre NNA sin el cuidado de sus padres del año 2005. Esto junto a jurisprudencia internacional, en particular de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, han establecido estándares normativos que comprometen al Estado precisando sus obligaciones.

En la aplicación de las Directrices de las Naciones Unidas sobre modalidades alternativas de cuidado de NNA, se debe primero analizar las obligaciones internacionales que ha suscrito el Estado de Chile en materia de protección de los derechos de los NNA. En esta materia, el hito más relevante es la ratificación de la Convención sobre Derechos del NNA. Este instrumento internacional reconoce la calidad de sujetos de derechos de los NNA transformando de esta forma la relación

entre los NNA, sus familias y el Estado. En este contexto es que la CDN ha cambiado la mirada sobre la internación de los NNA, ya que no sólo existen exigencias en relación a la gestión técnica y administrativa de los centros de acogida sino que se enfoca a una visión más integral que aborda el máximo desarrollo de las potencialidades de los niño/as (UNICEF,2013).

2.1.2. La Convención de los Derechos del Niño y los Cuidados Alternativos de los NNA

La Convención sobre los Derechos del NNA reconoce a la familia como un espacio clave en la formación y desarrollo de los NNA. Esta idea es recogida ya en el Preámbulo de la CDN que establece “Los Estados Partes en la presente Convención (...) convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niño/as, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. Reconociendo que el niño/a, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión...”. Esta idea de la familia como espacio clave de desarrollo del niño/a es recogida también en el artículo 3.2. de este instrumento internacional: “Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño/a 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.” (UNICEF, 2013).

Sobre la Convención Sobre Derechos del Niño/a, adoptada y abierta a la firma y la ratificación por la Asamblea General en su Resolución 44/25 de 20 de noviembre de 1989. Lo que se refuerza en el artículo 5: “Los Estados Partes 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, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño/a de impartirle en consonancia con la evolución de sus facultades dirección y orientación apropiadas para

que el niño/a ejerza los derechos reconocidos en la presente convención.” (UNICEF, 2013).

Ahora bien, la CDN reconoce que en determinadas circunstancias NNA pueden no estar acompañados de sus padres, por lo que el artículo 9 establece estándares para la protección del derecho del NNA de vivir con su familia. De esta manera señala:

“1. Los Estados velarán porque el niño/a no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño/a. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño/a sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño/a.

2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.

3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño/a que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño/a.

4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los padres del niño/a, o de ambos, o del niño/a, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño/a, o -si procede-a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del

36 Artículo.

5. Artículo 5 señala que “Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.”(UNICEF, 2013).

Por otra parte, la separación del NNA de su familia trae como consecuencia obligaciones para el Estado, así el Artículo 20 de la CDN señala:

“1. Los niño/as 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.

2. Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otro tipo de cuidado para esos niño/as.

3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño/a y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.”(UNICEF, 2013).

En esta visión que considera la separación del NNA de su familia de origen como un hecho anormal y no propiciado por la CDN, se establece además la obligación del Estado de revisar las medidas adoptadas. Así el artículo 25 señala: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño/a que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de 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.” (UNICEF, 2013).

Junto a la adopción de la CDN y la idea del NNA como sujeto de derecho, en el ámbito normativo formal conviven movimientos sociales que modifican las ideas de familia tradicional y que tienden a la desinternación de los NNA.

El reconocimiento de los Derechos Humanos con carácter universal trae consigo nuevas formas de entender la relación del Estado con las familias y NNA: “en el ámbito de la familia, la evolución del concepto de familia inhábil hacia una visión de familia con potencialidades, con capacidad de asumir responsabilidades y de hacer posible el derecho de los niño/as a la convivencia familiar, la constituye en un sujeto central de

políticas públicas. Sin embargo, el reconocimiento efectivo de este rol, obliga a poner la atención en el necesario equilibrio entre las funciones que se le atribuyen y la oferta de servicios sociales, como recurso de apoyo para su cumplimiento, en la normalidad de la vida cotidiana.” (UNICEF, 2013).

2.1.3. Directrices de Naciones Unidas sobre modalidades de cuidados alternativos de los NNA

Una nueva concepción de la infancia, la conciencia de los efectos negativos de la internación de niño/as y la transformación de la protección social de la infancia basada en un enfoque de Derechos Humanos, lleva a los Estados a la aprobación, por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los NNA (en adelante “las Directrices”) el 24 de febrero del 2010 en el 64° período de sesiones. Si bien, las Directrices no tienen el mismo rango normativo que un tratado internacional o instrumento análogo que dé origen a obligaciones jurídicas inmediatas, pues no tienen fuerza obligatoria, ni pueden por sí mismas convertirse en fuente de obligaciones para los Estados, ello no significa que carezcan de importancia jurídica (UNICEF, 2013).

Algunas de las normas contenidas en las Directrices refuerzan obligaciones contenidas en tratados, en especial las derivadas de la CDN, y establecen un marco para la práctica de los Estados, lo que en sí mismo puede proporcionar la base para nuevas normas consuetudinarias. Las Directrices orientan el actuar del Estado tanto en apoyar los esfuerzos encaminados a que los NNA permanezcan bajo la guarda de su propia familia, se reintegre a ella o en su defecto, se encuentre una solución adecuada y permanente (UNICEF, 2013).

Establece además, parámetros para guiar el proceso de solución mientras se encuentra un hogar permanente para el NNA. Presentan además un objetivo político ya que 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 del niño/a (UNICEF, 2013).

En cuanto al contenido de las Directrices, éstas se aplican al uso y las condiciones apropiadas del acogimiento alternativo formal de todas las personas menores de 18 años. Algunas disposiciones de las Directrices se aplican también a los entornos de acogimiento informal. Para distinguir las modalidades de cuidado en que se encuentran los NNA, las Directrices realizan las siguientes definiciones:

1. Acogimiento alternativo informal
2. Acogimiento alternativo formal
3. Acogimiento por familiares
4. Otras formas de acogida en un entorno familiar o similar.
5. Acogimiento residencial: acogimiento ejercido en cualquier entorno colectivo no familiar, como los lugares seguros para la atención de emergencia, los centros de tránsito en casos de emergencia y todos los demás centros de acogimiento residencial a corto y largo plazo, incluidos los hogares funcionales.
6. Soluciones de alojamiento independiente y tutelado de NNA.

Como pautas de orientación de la política y práctica de los Estados en materia de cuidado alternativo, las Directrices establecen principios y orientaciones dirigidos a la intervención estatal con el NNA y la familia; en relación a las modalidades alternativas de acogimiento y para promover la aplicación de las mismas.

En relación a las modalidades alternativas de acogimiento, las Directrices establecen algunos criterios que se deben tener en consideración en las decisiones relativas al acogimiento alternativo:

- a. Conveniencia de mantener al NNA lo más cerca de su residencia habitual
- b. Importancia de garantizar un hogar estable y satisfacer la necesidad básica del niño/a de un vínculo continuo y seguro con sus acogedores.
- c. Separación de su familia de origen debe considerarse como medida de último recurso y en lo posible, ser temporal y por el menor tiempo posible, debiendo revisarse periódicamente la medida.
- d. Pobreza económica y material, o las condiciones imputables directa y exclusivamente a la pobreza no deben nunca constituir la única justificación de la separación, para recibir a un NNA en acogimiento alternativo o para su reintegración.

- e. Atender a la promoción y cuidado de todos los derechos de los NNA privados de cuidado parental.
- f. Hermanos que mantienen vínculos fraternos en principio no deberían ser separados para confiarlos a distintos entornos de acogimiento alternativo, salvo que fuera contrario a su interés superior.
- g. Estados deben tratar de establecer los medios adecuados para velar por los cuidados de los NNA que se encuentren en acogimiento informal.
- h. Ningún NNA debería quedar privado en ningún momento del apoyo y la protección de un tutor legal u otro adulto reconocido responsable o de una entidad pública competente.
- i. Acogimiento alternativo no debería ejercerse nunca con el fin primordial de promover los objetivos políticos, religiosos o económicos de los acogedores.
- j. Acogimiento residencial debería limitarse a los casos en que ese entorno fuese específicamente apropiado, necesario y constructivo para el niño/a interesado y redunde en su interés superior.
- k. Acogimiento alternativo de los NNA de corta edad, especialmente menores de tres años, debe ejercerse en el ámbito familiar (UNICEF, 2013).

Finalmente, afirman que donde siga habiendo centros de acogimiento residencial convendría elaborar alternativas en el contexto de una estrategia global de desinstitucionalización, con fines y objetivos precisos, que permitan su progresiva eliminación. En relación a las medidas para promover su aplicación se establece que el Estado debe asignar recursos humanos y financieros para garantizar la aplicación óptima y progresiva de las Directrices (UNICEF, 2013).

2.1.4. La Corte Interamericana de Derechos Humanos y la desinternación de NNA en cuidados alternativos

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, no se ha pronunciado directamente sobre las Directrices anteriormente señaladas. Sin embargo, ha tenido un rol fundamental en los procesos de desinternación y de creación de sistemas de protección de derechos de los NNA en América Latina y el Caribe. A raíz de la Opinión Consultiva 17, la Corte Interamericana interpretó el artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos señalando: “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, como lo ha señalado esta misma Corte, parte del corpus iuris “que debe servir para fijar el contenido y los alcances de la disposición general definida, justo en este artículo 19 a que se hace referencia” La Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 19 dispone: “todo niño/a tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y el Estado”. Esta disposición impone la obligación de todos los Estados de adoptar “medidas especiales” a favor de los niño/as.” (UNICEF, 2013).

Cabe señalar, que la jurisprudencia de la Corte ha señalado que para la interpretación de los Tratados se debe tomar también en cuenta los instrumentos o acuerdos relacionados con éste. En este sentido, la Corte ha señalado que la Convención Americana y la CDN forman parte de un amplio corpus iuris internacional de protección de los derechos de los NNA que permite a la corte fijar el contenido y alcance de la disposición del artículo 19. En esa misma opinión, la Corte señala que para la completa interpretación de las normas de Derechos Humanos aplicables a los NNA se debe considerar, además todos los instrumentos internacionales referidos a la materia, aquellos que ponen de manifiesto un amplio consenso internacional.

Así, las Directrices como orientaciones aprobadas por la Asamblea General de Naciones Unidas se transforman en normas interpretativas válidas y que comprometen internacionalmente al Estado, convirtiendo a los derechos consagrados en la CDN en justiciables por el sistema interamericano. La opinión Consultiva 17 ha generado el impulso para que diversos países adecuen su normativa interna a los estándares que

establece la CDN, generando a nivel latinoamericano la dictación de diversas leyes de protección integral de derechos que abandonan el paradigma tutelar para ser base de un sistema de protección integral de derechos a la infancia (UNICEF, 2013).

2.1.5. El marco legal de protección de derechos de la infancia y adolescencia en Chile

En Chile, actualmente no hay sólo un cuerpo legal que aborde temas de protección de derechos en la infancia, como sí ocurre en otros países de Latinoamérica, los que durante la década de los 90 y principios del 2000 elaboraron Códigos de Infancia y Adolescencia que adecuaban la legislación interna a la Convención sobre Derechos del Niño/a. Por esta razón, es que existen normas disgregadas que deben ser interpretadas para garantizar incluso parcialmente los derechos de los NNA en Chile. Sabemos que no basta el reconocimiento de un derecho para que éste sea efectivo, es decir, que se traduzca en un cuerpo legal, se requiere una normativa compleja y financiada para restituir y garantizar con efectividad los derechos de todos los NNA.

En Chile, han existido diversos proyectos de Ley sobre Protección Integral de Derechos a la Infancia ingresados al Congreso Nacional (Cámara de Diputados, 2015, pp. 5-6) Sin embargo y hasta la fecha, no se cuenta con una Ley aprobada al respecto.

En este contexto, Mediante Decreto Supremo N° 21, de 14 de marzo de 2014, modificado por el Decreto Supremo N° 90, de 14 de julio de 2014, ambos del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, se crea el Consejo Nacional de la Infancia como un Comité Interministerial encargado de asesorar a la Presidenta de la República Sra. Michelle Bachelet en la identificación y formulación de políticas, planes, programas, medidas y demás actividades relativas a garantizar, promover y proteger el ejercicio de los derechos de los NNA chilenos.

Con fecha 24 de Septiembre del 2015, el Ejecutivo ingresa al Congreso Nacional, el nuevo proyecto de Ley denominado Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez. Un aspecto interesante de mencionar en el Proyecto, se refiere a la creación de “una nueva institucionalidad, si bien privilegiando fortalecer organismos existentes. Así, en el Ministerio de Desarrollo Social radican las tareas de rectoría del sistema a través de un Comité Interministerial. Como se verá, la coordinación corresponderá a una

subsecretaría dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, denominada “Subsecretaría de la Niñez”, encargada de prestar al Ministro del ramo la debida colaboración en las tareas relacionadas con sus nuevas atribuciones en materia de niñez. Finalmente, tanto la articulación de la prestación de servicios y programas que ejecute por sí o que sean ejecutados por otros órganos de la administración y los Municipios, recae en el Ministerio de Desarrollo Social junto a funciones relacionadas con la adopción de medidas en sede administrativa.” (Cámara de Diputados, 2015, p.8).

Existe consenso, que una nueva ley integral de protección de derechos no sólo debe reconocer derechos básicos de protección a la infancia, sino que debería establecer mecanismos técnicos, financieros y materiales efectivos y especiales para ejercerlos, protegerlos y promoverlos en la acción estatal y ciudadana. De lo contrario, será “letra muerta”. En esta Ley se debería adecuar la institucionalidad estatal, de modo tal, que todos los derechos de los NNA, sean protegidos integralmente y transversalmente con las características propias de los derechos humanos tales como deben ser inherentes, universales, inalienables, inviolables, imprescriptibles (Beloff, 1999).

2.1.6. El rol de SENAME en la protección de los NNA institucionalizados

La regulación en nuestro país sobre protección de los NNA en sistemas residenciales de protección, esto es, privados de su medio familiar, se conforma principalmente por la Convención Internacional sobre Derechos del NNA; las Directrices de Naciones Unidas sobre la modalidad alternativa del cuidado de NNA de 2009; el Decreto Ley N°2.465 que crea el Servicio Nacional de Menores y las leyes números 20.032 sobre red de colaboradores y 16.618 de Menores y la ley Nro.19.968 de Tribunales de Familia.

En este contexto, de acuerdo a la primera investigación realizada en el país sobre el sistema de protección simple de SENAME, estudio desarrollado por la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile en 1997, en el marco de un programa de pre-inversión MIDEPLAN–BID, se estimó que 73,8% de las plazas que ofrece el Estado para NNA “en situaciones irregulares” corresponden a internación de NNA en hogares

de menores donde se establece que el sistema de protección existente no favorece ni desarrolla la relación familiar. El 72,5% de los NNA permanece interno por más de un año y el 33,4% por más de tres. Con el tiempo las visitas familiares tienden a disminuir produciendo un progresivo distanciamiento y ruptura del vínculo familiar. Pese a la política de desinternación iniciada hace algunos años, el estudio revela que en 1995 sólo un tercio de los NNA internos participaba en algún tipo de programa de apoyo al egreso, entre los cuales se incluyen adolescentes de 18 años o más, para quienes el programa no se dirige a la reinserción familiar sino a la preparación para la vida independiente.” (MIDEPLAN, 1997).

En esta perspectiva, la llamada justicia de menores y la red SENAME históricamente privilegió la separación de los NNA de su entorno familiar y social y su rehabilitación en internados, confirmando así una orientación hacia el control, la prevención del delito y la desviación social de los más pobres. Esto se ve reforzado por la competencia legal de la policía para pesquisar, retener y derivar a NNA *en situación irregular* a la justicia de menores y hacia los centros de internación del SENAME. Hasta 1994 por disposición legal, los jueces de menores podían recurrir a secciones especiales de las cárceles de adultos para brindar “*protección*” a los NNA cuando no había plazas disponibles en los hogares de menores de la red SENAME.

Los cambios introducidos en la década del noventa tienden a reemplazar la internación por nuevas alternativas de integración familiar y social de NNA. Estos cambios fueron dirigidos hacia los siguientes aspectos que se destacan en el estudio realizado por MIDEPLAN (1997) señala lo siguiente:

1. Desarrollar alternativas a la internación, especialmente en el caso de NNA que ni siquiera están acusados de cometer un delito.
2. Abrir poco a poco los recursos de SENAME hacia algunos programas innovadores, orientados al fortalecimiento del vínculo familiar y del acceso del NNA a las redes comunitarias.
3. Especializar y diferenciar el trabajo con adolescentes que han cometido un delito, ofreciéndoles además defensa jurídica gratuita.
4. Ordenar y hacer más transparente el sistema de adopciones, para reducir las prácticas fraudulentas y el tráfico internacional de NNA.

5. Sin embargo, la falta de una reforma legal e institucional de SENAME explica la persistencia de una lógica deficiente de servicios que cautele todos los derechos de NNA. Algunas de esas prácticas institucionales son:
6. Uso excesivo de la internación de NNA en hogares masivos por causas relacionadas con la exclusión y marginalidad socioeconómica de sus familias.
7. Insuficiente control judicial sobre la internación, la que puede ser solicitada por el adulto responsable o por otras personas preocupadas de la situación del NNA.
8. Permanencia de NNA por largos meses en Centro de Observación y Diagnóstico, de Tránsito y Distribución (CTD), muchos de los cuales no llegan nunca a ser derivados a ningún sistema asistencial, convirtiéndose esa fase de tránsito en una medida terminal.
9. Falta de respuestas adecuadas a demandas expresadas por el NNA y la familia debido a la rigidez de los servicios que ofrece la red social del Estado.
10. Falta de coordinación e interacción con otros servicios y programas sociales existentes para atender en forma integral a la protección, desarrollo e integración social del NNA y su familia.
11. Aplicación de sanciones informales a adolescentes acusados de cometer delitos (con o sin privación de libertad) sin un juicio en que se compruebe la acusación (MIDEPLAN, 1997).

2.1.7. Sobre la medida de protección judicial

Como se señaló en el apartado precedente, toda la legislación y políticas revisadas indican que antes de decidir la separación del NNA de su familia, el Estado debe agotar todos los recursos que permitan a los NNA permanecer junto a su familia de origen. Lo anterior debería tener como consecuencia, en primer lugar, que existan programas sociales destinados a apoyar a las familias que no cuentan con las herramientas necesarias para poder proteger adecuadamente al NNA y potenciar el ejercicio de autonomía como lo señala el artículo 5 de la CDN.

La segunda consecuencia, es que sólo habiéndose agotado las posibilidades de apoyo a la familia y al NNA dentro de su seno familiar, el Estado podría optar por la separación del NNA de su familia.

De acuerdo, a la Ley de Menores 16.618, el órgano competente para conocer la separación del NNA de su familia es el Tribunal de Familia, es lo que se ha denominado el sistema tutelar. Se trata de una medida que el Tribunal puede adoptar cuando el NNA se encuentre gravemente amenazado o vulnerado en sus derechos. El artículo 30 de la Ley 16.618 dispone de dos medidas que puede adoptar el Tribunal de Familia para proteger a un NNA amenazado o vulnerado en sus derechos.

La Ley de Menores a su vez establece que: “la medida de internación en un establecimiento de protección sólo procederá en aquellos casos en que, para cautelar la integridad física o psíquica del menor de edad, resulte indispensable separarlo de su medio familiar o de las personas que lo tienen bajo su cuidado, y en defecto de las personas a que se refiere el inciso anterior. Esta medida, tendrá un carácter esencialmente temporal, no se decretará por un plazo superior a un año, y deberá ser revisada por el tribunal cada seis meses, para lo cual solicitará los informes que procedan al encargado del Centro u hogar respectivo. Sin perjuicio de ello, podrá renovarse en esos mismos términos y condiciones, mientras subsista la causal que le dio lugar. En todo caso, el tribunal podrá sustituir o dejar sin efecto la medida antes del vencimiento del plazo por el que la hubiere dispuesto.

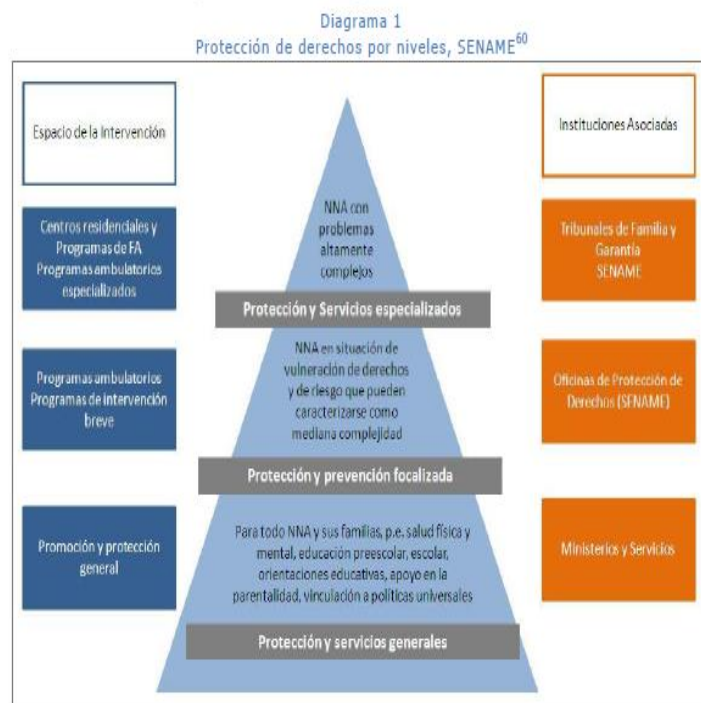
Dentro de la atención estatal dirigida a la infancia vulnerable, es el SENAME quien se encuentra encargado de orientar, coordinar y supervisar los centros de acogida. Así, el artículo 1 de la Ley Orgánica (1979) señala: “Créase el Servicio Nacional de Menores como un organismo dependiente del Ministerio de Justicia, encargado de ejecutar las acciones que sean necesarias para asistir o proteger a los menores de que trata esta ley y de estimular, orientar, coordinar y supervisar técnicamente la labor que desarrollen las entidades públicas o privadas que coadyuven con sus funciones. Se entiende por entidades coadyuvantes a todas aquellas que, reconocidas o no como colaboradoras según lo dispuesto en el artículo 13, presten asistencia o protección a los menores de que trata esta Ley.” (Biblioteca Congreso Nacional, 1979, pp.2).

2.1.8. La oferta de protección de SENAME

El SENAME, se estructuró como un organismo especializado que atiende a los NNA que se encuentren en situaciones de mediana o alta complejidad. La oferta que ha diseñado se enfoca a los grupos más vulnerables de la población. De acuerdo a este esquema, las acciones de prevención y promoción que realiza el Servicio son acciones focalizadas para grupos específicos de NNA asociados a situaciones de mediana complejidad.

De esta forma, la oferta residencial se encuentra en la cúspide del sistema de protección especial, lo que la identifica como una oferta altamente especializada y dirigida a los NNA que se encuentran más gravemente vulnerados en sus derechos, como se aprecia en la siguiente gráfica:

Tabla 1: Protección de derechos por niveles, SENAME



Fuente: SENAME, 2012

En el año 2010, la oferta residencial constituye el 14,7% de la oferta total del Departamento de Protección de Derechos de SENAME. La oferta pública residencial se ejecuta tanto por el propio Servicio como por privados, llamados “institucionales colaboradores” o red SENAME (MIDE-UC, 2013).

La regulación de la intervención de privados en la atención de NNA vulnerados en sus derechos o que se encuentren en conflicto con la justicia está regulada por la Ley 20.032 conocida como Ley de Subvenciones, la cual, modificó la Ley de Menores dándole carácter legal a las residencias. Antes de esta modificación, los hogares y establecimientos de acogida eran regulados por un Decreto Supremo dictado por el Presidente de la República. El artículo 3 de la Ley 20.032 establece que SENAME podrá subvencionar actividades desarrolladas en sus líneas de acción de residencias a privados. Define a los centros residenciales como aquellos destinados a la atención de los NNA privados o separados de su medio familiar. Los clasifica entre centros de diagnóstico y residencias.

Los Centros de Diagnóstico son aquellos centros destinados a proporcionar la atención transitoria y urgente de aquellos NNA, que requieran diagnóstico o ser separados de su medio familiar mientras se adopta una medida de protección a su favor, proporcionando alojamiento, alimentación, abrigo, apoyo efectivo y psicológico y los demás cuidados que éstos requieran. Las Residencias son aquellas establecimientos destinados a proporcionar de forma estable a los NNA separados de su medio familiar, alojamiento, alimentación, abrigo, recreación, estimulación precoz, apoyo efectivo y psicológico, asegurando su acceso a la educación, salud y a los demás servicios que sean necesarios para su bienestar y desarrollo.

En relación a la ejecución de la línea residencial, el artículo 12 de la Ley 20.032 señala expresamente que en el caso de la línea de residencias, las instituciones colaboradoras sólo podrán atender a los NNA previa resolución judicial. Esta norma regula además el ingreso de los NNA a los centros de acogida.

Según el Artículo 18, el ingreso a los centros de diagnóstico deberá realizarse previa resolución judicial. Con todo, cuando por razones de fuerza mayor un NNA, niña o adolescente, ingrese al establecimiento, sin que exista tal medida judicial, los responsables de dicho centro asumirán como primera función, darles la debida

protección a sus derechos y procurar por todos los medios reunirlos nuevamente, con sus padres o las personas encargadas legalmente de su cuidado personal. Con todo, si éstos han sido los causantes directos de la vulneración de los derechos del NNA y, en general, cuando no sea posible reunirlo con esas personas, se deberá informar en la primera audiencia al tribunal competente para que adopte una medida a su respecto.

Por su parte, el Artículo 19 dice que en las residencias sólo se podrán acoger a NNA por disposición de la autoridad judicial. Sin embargo, las residencias también podrán dispensar a los NNA separados o privados de su medio familiar la atención de urgencia cuando no se pueda recurrir a un centro de diagnóstico, quedando obligadas a solicitar a la autoridad judicial, al día siguiente hábil, que adopte una medida al respecto.

La dictación de la Ley de Subvenciones 20.032 generó todo un cambio en las políticas de atención a la niñez y adolescencia. Por una parte, impulsó la transferencia de recursos financieros a privados y generó procesos de licitación con la intención de fomentar la especialización y la competencia entre quienes ejecutan programas de atención a la infancia. Con este objeto, se creó un registro de colaboradores acreditados que se encuentran certificados para participar en las licitaciones que son fundamentalmente procesos concursables.

Cabe destacar, que Chile es uno de los países de la Región con mayor externalización a privados de la política de protección de la infancia (UNICEF, 2013) según se aprecia en el siguiente cuadro:

Tabla 2: Cantidad de Instituciones a cargo del Estado, Privadas y Mixtas

CANTIDAD DE INSTITUCIONES A CARGO DEL ESTADO, PRIVADAS Y MIXTAS

	Públicas	Privadas
Argentina	240	443
Chile	10	322
Costa Rica	42	54

Fuente: UNICEF, 2013

De este modo, esta Ley modificó el objeto del SENAME reemplazando la frase "ejecutar las acciones que sean necesarias para asistir y proteger a los menores de que trata esta ley y de estimular, orientar, coordinar y supervisar técnicamente la labor que desarrollen las entidades públicas o privadas que coadyuven con sus funciones", por "contribuir a proteger y promover los derechos de los NNA que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos y a la reinserción social de adolescentes que han infringido la ley penal, de conformidad al artículo 2º de esta ley. Para dicho efecto, corresponderá especialmente al SENAME diseñar y mantener una oferta de programas especializados destinados a la atención de dichos NNA, así como estimular, orientar, y supervisar técnica y financieramente la labor que desarrollen las instituciones públicas o privadas que tengan la calidad de colaboradores acreditados". (Biblioteca Congreso Nacional, 2005, pp.3)

Sin embargo, esta modificación eliminó una de las atribuciones que tenía hasta entonces el SENAME que era la de coordinar y supervisar técnicamente la labor que desarrollen las entidades públicas o privadas que coadyuven en esas funciones. Esto implica que SENAME, actualmente se encuentra sin facultades para involucrarse, regular o supervisar en acogimientos formales que no se encuentren directamente financiados por éste. Ejemplos, de esto son las residencias que no reciben financiamiento de SENAME (identificados como coadyuvantes), centros hospitalarios de desintoxicación o atención psiquiátrica a cargo del Ministerio de Salud.

2.1.9. Marco regulatorio del sistema de protección residencial de SENAME

Las normas aplicables a la atención residencial desarrollada por los colaboradores, se basa tanto en las normas establecidas por la Ley de Subvenciones y su Reglamento, las Bases y Orientaciones Técnicas y Administrativas, que se fijan por el Servicio para el proceso de licitación y el cumplimiento del proyecto adjudicado de acuerdo al Convenio correspondiente con cada institución colaboradora.

A partir del 2010, la Ley N° 20.032, se pone en marcha y se “establece un Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del SENAME y su Régimen de Subvención” (Cámara de Diputados, 2005) bajo esta ley se

estructuró un sistema de financiamiento para la red de Instituciones Colaboradoras de SENAME y también se modificó la oferta programática disponible de acuerdo a las características de los sujetos que efectivamente se atendían, revalorizando fuertemente el rol de la familia como los primeros responsables cuidadores de sus hijos/as.

Las líneas de acción que se establecieron en La Ley mencionada fueron los Centros residenciales, las Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia, el Diagnóstico y los Programas.

Las residencias se implementan a través de las siguientes modalidades tipo, de acuerdo a lo establecido en la Ley:

1. Residencias de Protección para lactantes o preescolares. Destinadas a la atención de NNA de 0 a 6 años de edad.
2. Residencias de Protección para Mayores con y sin programa especializado adosado. Destinadas a la atención de NNA preferentemente mayores de 6 años y hasta los 18 años o 24 años, que debieron ser separados de su familia de origen, debido a situaciones familiares graves.
3. Residencias para NNA con discapacidad. Destinadas a la atención de NNA entre 6 y 18 años que presenten alguna discapacidad, física, sensorial o cognitiva en cualquiera de sus grados. En esta modalidad se han establecido tres tipos de residencias, para NNA con discapacidad mental grave, discapacidad mental discreta y discapacidad física o sensorial.
4. Residencias Especializadas. Destinadas a NNA, que requieren cuidado, contención y atención especializada, debido a las consecuencias, en el desarrollo social, físico, afectivo, sexual, cognitivo y conductual, de la grave vulneración de derechos de las que han sido víctima. Trata problemáticas como maltrato grave, explotación sexual comercial, situación de calle, drogadicción, infracciones a la ley penal de adolescente, entre otras. En esta modalidad se han establecido los siguientes subtipos de residencias especializadas:
 - i) residencia especializada para NNA en situación de calle
 - ii) residencia especializada para NNA en explotación sexual
 - iii) residencia especializada para NNA inimputables
 - iv) residencia especializada para NNA con drogadicción.

5. Residencias de Diagnóstico. Destinadas a la atención transitoria de NNA mientras se realiza el diagnóstico psicosocial. En la modalidad diagnóstica se cuenta con Residencias para Diagnóstico de Mayores (6 a 18 años), Residencias de Diagnóstico de Lactantes (hasta los 2 años), y Residencias de Diagnóstico para Preescolares (entre 2 y 6 años (Cámara de Diputados, 2005).

Es importante señalar que dentro de la Línea de Programas, se contempla el Programa Familia distinguiéndose tres modalidades:

a. Familia de Acogida Simple, destinado a proporcionar al NNA vulnerado en sus derechos, un grupo alternativo donde residir.

b. Familias de Acogida Especializada. Destinado a proporcionar un grupo familiar alternativo donde residir, que entregue cuidado y contención especializados, a NNA víctimas de graves vulneraciones a sus derechos, las que han tenido consecuencias en su desarrollo social, físico, afectivo, sexual, cognitivo y conductual, y que deben ser separados de sus familias. La Ley establece que atenderán particularmente a NNA víctimas de explotación sexual comercial, situación de calle, con consumo abusivo de drogas e infractores a ley penal inimputable.

c. Familias de Acogida para NNA con Discapacidad. Destinado a dar atención y cuidado especializado a NNA con algún tipo y grado de discapacidad. Al respecto la Ley señala que en el convenio, se especificará la categoría precisa de discapacidad que se atenderá, conforme si es discapacidad mental grave o profunda discapacidad física o sensorial; discapacidad mental discreta o moderada. En el caso, de que un mismo proyecto ofrezca atención a NNA con diferentes categorías de discapacidad, deberá señalarse el número de plazas que corresponde a cada una de ellas. Podrán ser incorporadas al programa “familias de acogida”, la familia extensa del NNA, sujeto de atención, entendiéndose por tal, aquella señalada en las orientaciones técnicas.

Los colaboradores acreditados que desarrollen este Programa deberán mantener sistemas de acreditación de idoneidad de las familias de acogida. El pago es por NNA atendido, y dependiendo de la modalidad. Por último, un cambio que señala la Ley de Subvenciones (Ley N° 20.032) respecto de la regulación anterior, está en el “programa de fortalecimiento familiar” que según esta Ley, ya no se ejecuta producto de los resultados de evaluación que arrojaron que era un programa que no estaba generando

los resultados esperados y sugería cambios drásticos en el diseño y modalidad de su implementación (Ministerio de Justicia, 2005).

En la actualidad, este programa está siendo adosado a las residencias como un programa especializado para la reintegración de los NNA a su familia. Debido al déficit presupuestario, se privilegia a los Centros que atienden a menores de 6 años y los de mayor complejidad para adosar este Programa. Sin embargo, las nuevas residencias que se han abierto desde el año 2012 en adelante, ya tienen este programa incorporado.

Específicamente, considerando los objetivos de esta investigación, definiremos la modalidad Residencias de Protección para Mayores (RPM) con Programa Especializado Residencial Adosado (REM/PER) como aquella “destinadas a la protección de NNA que debieron ser separados de su familia de origen, debido a situaciones familiares graves que reportan ausencia o inhabilidad transitoria o permanente de parte de las figuras adultas responsables del cuidado y la crianza. NNA desde 6 hasta 18 años gravemente vulnerados en sus derechos, que se encuentran privados de cuidados parentales por situaciones de negligencia o violencia.” (SENAME, 2012, p.2).

2.2. El Modelo del sistema residencial de protección para mayores con programa especializado residencial (REM/PER)

A partir, del 2012 el modelo REM/PER, actualmente está definido en las nuevas Bases Técnicas de los Centros Residenciales para Mayores con Programa Especializado. Estas normas técnicas, financieras y administrativas regulan en proceso de licitación de los colaboradores acreditados en la presentación y adjudicación de centros residenciales en la Región Metropolitana y a nivel nacional.

En ella, se plantea que “la línea de acción programática Centros Residenciales, forma parte del compromiso de Estado de brindar protección de NNA privados de cuidados parentales y consiste en integrar transitoriamente en un centro residencial aquellos NNA, que producto de grave vulneración de derechos deben ser separados de su grupo familiar de origen, mientras se realizan las acciones para restablecer su

derecho a vivir en familia, o de preparación para la vida independiente en casos excepcionales. Aspectos fundamentales en el desarrollo efectivo de estos centros lo constituyen el cautelar que el ingreso a éstos sea una medida de excepción cuando no existan otras alternativas en el ámbito familiar u otras instancias de desarrollo en una familia. Reconociendo la complejidad de las situaciones contextuales del sujeto de atención como también el impacto que la cronificación de situaciones adversas ha producido en sus vidas.” (SENAME, 2012, p.1).

Estos centros en la modalidad REM/PER, la cual “contempla el desarrollo conjunto de una Residencia de Protección, con un Programa de Protección Especializado de Intervención Residencial (PER), a través de un abordaje multidisciplinario que privilegie la integralidad de tipo psico-socioeducativo, terapéutico y con un alto componente de intervención familiar, social y de trabajo en red. El proponente deberá presentar una sola propuesta para la adjudicación del Centro Residencial de Protección para Mayores, incorporando en ésta el Programa de Protección Especializado de Intervención Residencial (PER), como un solo proyecto de funcionamiento. Esta presentación deberá, sin embargo presentar cuadros presupuestarios separados que indiquen los ítems a ser ejecutados con los presupuestos provenientes de cada una de estas dos líneas de acción.” (SENAME, 2012, p.1).

Afirman que “las presentes Bases aportan por tanto, innovaciones al modelo residencial, producto de un proceso participativo, reflexivo y documentado, que se orienta a la mejora continua de la atención de NNA gravemente vulnerados en sus derechos. Sin desmedro de lo anterior, la gestión de un centro residencial presenta desafíos técnicos y financieros, los cuales deben ser asumidos en forma complementaria entre los recursos gubernamentales y privados. Como sugerencia al logro de los objetivos, buenas prácticas institucionales muestran valiosas iniciativas de autogestión, que optimizan los recursos materiales y humanos con los que cuentan los centros.” (SENAME, 2012, p.1).

Las Bases especifican los enfoques transversales que SENAME releva en el accionar de los proyectos con los NNA, sus familias y/o adultos significativos y la comunidad, tales como: el enfoque de inclusión, de género, intercultural, de género,

sistémico/ecológico, gestión intersectorial, de calidad entre otros, pertinentes al trabajo especializado con población infanto-adolescente vulnerada en sus derechos, esperándose que sean plasmados en la implementación cotidiana de estos centros.

2.2.1. Sobre los objetivos

El objetivo general de los REM/PER es “asegurar la reinserción familiar de los NNA atendidos, contribuyendo a restituir el derecho a vivir en familia, mediante una atención residencial transitoria, que se desarrolla bajo estándares mínimos de calidad”. Los objetivos específicos señalados en las Bases son:

- “1. Realizar o actualizar evaluación de competencias parentales de las familias, con el objeto de determinar el plan de intervención y de egreso con adulto/s protectores en el más breve plazo.
2. Satisfacer sus necesidades bio-psico-sociales en un ambiente personalizado, de buen trato, reparador de las vulneraciones de derecho experimentadas, que minimice el impacto de la institucionalización y el efecto de la separación de su familia.
3. Contribuir a la realización de procesos terapéuticos orientados a la resignificación de aspectos de su historia que les permita establecer vínculos sanos y seguros.
4. Asegurar la adquisición de destrezas de autonomía progresiva y de preparación para la vida independiente, cuando corresponda.
5. Coordinar acciones con las redes locales que permitan favorecer la integración social de los NNA y el acceso a beneficios de las familias asociado a sus roles de cuidado y crianza.” (SENAME, 2012, p.8).

2.2.2. Sobre los sujetos de atención

Las Bases establecen que “Los sujetos de atención de esta modalidad son NNA privados de su medio familiar, entre 6 a 17 años 11 meses y 29 días, que debieron ser separados de su familia de origen para su protección, debido a situaciones de grave vulneración que afectan su bienestar y desarrollo, de forma de cautelar su seguridad física y emocional. Sin desmedro de las edades establecidas en la presente Base Técnica, en virtud de las realidades regionales podrán realizarse llamados a licitación de esta modalidad en rangos etarios diferenciados como por ejemplo 6 a 12 años, 13 a 18 años (SENAME, 2012, p.7).

Respecto del perfil de los NNA ingresados a la línea de atención residencial combina características individuales, familiares y del entorno que desembocaron en la separación del NNA o de su familia de origen. Señalan que cualquiera sea la problemática surgida a raíz de la incompetencia parental no cabe duda que ésta ha resultado determinante para la vida del NNA. Las prácticas negligentes, abusivas o maltratadoras generan alteraciones que se evidencian a través de diferentes trastornos del apego, del desarrollo o del comportamiento socio-emocional del niño/ o adolescente. A modo de ejemplo, mencionan la pasividad, complacencia con las figuras adultas, irritabilidad, dificultad para el control de impulsos, alteraciones de la alimentación, del sueño, en el control de esfínteres, en la relación con los pares, retraso escolar, dificultades de aprendizaje, entre otras. Dentro de los factores de la familia de niños/as institucionalizados son recurrentes situaciones de abandono o las inhabilidades parentales graves donde concurren indicadores de negligencia o violencia en las figuras materna y paterna, o presentes en la familia de origen donde el NNA se encuentra viviendo.

Luego, establecen que de acuerdo a la legislación vigente, para la línea residencial el 100% de los casos debe ser derivado desde los Tribunales de Familia correspondientes. Por otra parte, de acuerdo a la Ley 20.032, las residencias podrán dispensar atenciones de urgencia, quedando obligadas a solicitar a la autoridad judicial al día siguiente hábil, que adopte una medida al respecto.

2.2.3. Sobre los componentes de intervención

A continuación presentaremos para fines de esta investigación, sólo el desarrollo en los aspectos centrales de los componentes de atención familiar-social y, atención psicológica, no consideramos el área educativa también establecida en las Bases Técnicas.

2.2.3.1. *Atención familiar y social*

Se señala que el derecho de NNA a crecer y a desarrollarse en una familia protectora se constituye en uno de los propósitos fundamentales de los centros residenciales. Su finalidad y por ende estrategias deben estar permeadas por el respeto al ejercicio de este derecho, el cual otorga a los NNA, el sentido de seguridad, pertenencia, identidad necesarios para desarrollarse en forma integral y armónica. Desde esta perspectiva, en todos los casos, deben realizarse acciones oportunas de profundización diagnóstica y evaluación de competencias parentales, de condiciones del cuidado, que arriben a conclusiones fundadas acerca de las proyecciones de egreso, en cada caso.

Sobre la evaluación de competencias parentales refieren que: “en primer lugar, generar conversaciones que permitan a los padres hablar de sí mismos, de sus experiencias y de sus dificultades, habiéndose tomado el tiempo necesario para obtener un mínimo de consenso sobre la finalidad de esta evaluación. Es decir, lograr en un clima de respeto y de confianza que los padres examinados entiendan que ésta es una intervención destinada a obtener la información necesaria para ofrecer a sus hijos e hijas las mejores condiciones de vida y, a ellos, la ayuda necesaria para que puedan cumplir el papel de padres que les corresponda según sus capacidades.” (SENAME, 2012, p.11).

Precisan que en términos metodológicos es relevante compartir que la evaluación de competencias parentales/maternales contiene también elementos que hablan del propio profesional que evalúa. En este sentido afirman “es indispensable que el resultado de las observaciones sea reflexionado con otros profesionales y sobre todo

con las personas examinadas. Como también las estrategias de intervención familiar deben ser analizadas en conjunto con los equipos técnicos y definidos con la familia y el NNA, teniendo en consideración su rango etario y condición especial, y deben estar incorporadas en el plan de intervención individual” (SENAME, 2012, p.12).

Sobre las “técnicas de observación de la interacción madre-hijo/a, (o cuidador principal), dinámicas de la vida familiar, estilos de crianza, periodicidad y calidad de las visitas, capacidad de las figuras adultas de asumir responsabilidades en relación al NNA (asumir como apoderado de la escuela, aportar con bienes materiales, apoyar en tareas escolares y de manejo de conducta, éstas deben entregar relevante información para realizar el plan de intervención (PII) el cual debe estar elaborado a 1 mes de ingreso del NNA y firmado por todos los actores involucrados. El PII, debe ser remitido a Tribunales y es la planificación de los objetivos a cumplir para lograr el reintegro familiar del NNA” (SENAME, 2012, p.12).

También, las Bases precisan lo siguiente: “Una de las alternativas a las que puede arribar la evaluación es la existencia de incompetencias parentales crónicas y de tal magnitud que se hace inviable la reinserción con la familia biológica. Como también que este recurso cuenta con capacidades disminuidas para garantizar la protección y el buen trato de los NNA. En algunos de estos casos pudiese aparecer pertinente la mantención de los vínculos familiares, como en paralelo la identificación de nuevas alternativas de vida en una familia con capacidades de afecto y protectoras.” (SENAME, 2012, p.12).

Asimismo, las intervenciones desde el ámbito social debieran dirigirse a potenciar el uso adecuado de las redes comunitarias para la restitución de derechos e inserción social del NNA. Las consideraciones anteriores apuntan tanto a procesos de intervención para fortalecer las competencias protectoras de la familia biológica o referentes significativos como a mantener los vínculos en el caso de situaciones en las cuales el egreso con la familia de origen no sea posible. Enfatizan, posteriormente que “es necesario también reconocer que un porcentaje de casos en protección residencial no contará con los recursos para egresar con familia y su permanencia será por un largo período, en esos casos la residencia deberá implementar un programa hacia la

vida independiente que implique un proyecto de vida orientado a asumir su autonomía.” (SENAME, 2012, p.12).

Por otra parte, recomiendan que “de haberse despejado con oportunidad las alternativas anteriores, y de existir indicadores favorables y registrados que fundamenten el inicio de un proceso de susceptibilidad de adopción, profesionales del centro residencial deben realizar coordinaciones con las unidades técnicas de adopción de las direcciones regionales correspondientes, para que sean éstas quienes asesoren en los procesos que correspondan. Relevante en este aspecto es el conocimiento de la Ley 19.620, sobre Adopción” (SENAME, 2012, p.13).

2.2.3.2. Atención psicológica

Respecto de la atención psicológica que debe proporcionar el profesional psicólogo del REM/PER, aspecto muy importante en nuestra investigación, SENAME va señalar en las Bases Técnicas los siguientes aspectos: “Frente a los síntomas ocasionados por situaciones de grave vulneración de derechos, negligencia o violencia (maltrato físico o psicológico, abuso sexual u otras) como por ejemplo, baja autoestima, sentimientos de hostilidad, abandono, irritabilidad, desesperanza, miedos, o manifestaciones sintomáticas de experiencias traumáticas, el centro residencial debe asegurar y aportar con atenciones psicológicas para toda su población infantil.” (SENAME, 2012, p.13).

En este ámbito, el centro residencial “debe contar con profesionales con formación psicológica en infancia, que pueda intervenir en la instalación de estilos de convivencia basados en el buen trato y realizar intervenciones puntuales frente a las diversas manifestaciones conductuales y emocionales que presentan los niños/as durante su permanencia en los centros, el manejo de conductas disruptivas, agresividad, ansiedad, problemas de autoestima, sentimientos de pérdida o duelo son manifestaciones que inciden en el espacio convivencial y deben ser abordadas desde un enfoque reparador tendiente a la resolución de conflictos individuales y grupales y a mantener el clima acogedor del centro” (SENAME, 2012, p.13).

Posteriormente, establecen que esta atención psicológica tiene los siguientes objetivos a cumplir por el profesional psicólogo/a:

- “1. Fortalecer y activar las capacidades resilientes de los NNA para ayudarlos en la reparación del daño que han vivido, de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentran.
2. Habilidades de comunicación y expresión de emociones.
3. Habilidades que faciliten el control de impulsos y la anticipación de las consecuencias actitudinales.
4. Apoyar el desarrollo de habilidades empáticas que den paso a comportamientos de colaboración y respeto por los otros/as.
5. Facilitar el contacto con su mundo interno. Toma de conciencia de sí mismo como proceso auto-reflexivo de desarrollo de identidad singular y protagonista de la propia vida.
6. Desarrollar vínculos afectivos, a través de experiencias que permitan depositar la confianza en los otros, para poder incorporarlos.
7. Resignificación de su historia de vida y de situaciones de vulneración vividas.
8. Facilitar procesos de vinculación adecuadas, a fin de lograr el máximo de posibilidades de desarrollar apego seguro, lo que dependerá de la edad e historia de cada caso.
9. Ejecutar o apoyar los procesos de reparación y preparación para la adopción, cuando corresponda” (SENAME, 2012, p.13).

Un aspecto clave de destacar, respecto de los objetivos es como SENAME en este modelo residencial expresa claramente que la resignificación del daño en el NNA atendido, es el marco general de lo que denomina el trabajo del “área psicológica” en el sistema residencial. Sin embargo, luego precisa que “las intervenciones psicológicas deben estar fundadas en esquemas teóricos que integren modelos que consideren distintos niveles de análisis y operaciones para acercarse al fenómeno, tomando en cuenta los distintos contextos donde se desenvuelve el NNA, y sus familias (...) Las intervenciones psicológicas, apuntan a del desarrollo socio-emocional y afectivo, de los niños/as y adolescentes” (SENAME, 2012, p.13).

Sin embargo, se aprecia que estos modelos conceptuales o de análisis integrados a distintos niveles en su definición y operacionalización real están transferidos a los profesionales, sin proporcionar marcos orientadores claros para guiar en la práctica la consecución de los objetivos y resultados que se espera alcanzar con la intervención.

2.2.3.3. Sobre los recursos humanos

El recurso humano de intervención de la residencia “debe estar conformado por un equipo interdisciplinario, profesionales, técnicos, soporte administrativo y personal auxiliar. El equipo debe constituirse como un todo sinérgico que presente disposición para el trabajo colaborativo con NNA y familias y para organizar de manera flexible sus horarios. Es indispensable que la institución cuente con procesos de selección de personal que incluyan entrevistas y aplicación de tests por profesionales pertinentes, procesos de inducción, acompañamiento y de evaluación, incluyendo en estos procesos la incorporación de voluntarios/as, u otros que van a establecer algún tipo de relación interpersonal con NNA. Estos procedimientos deben entenderse para todos los cargos existentes en el proyecto ya sean permanentes o trabajos temporales.”(SENAME, 2012, p.20).

Luego precisa que “Las personas designadas para un cargo deberán presentar su certificado de título profesional o técnico (según corresponda), sus antecedentes al día, y acreditar logros curriculares y especialización. Además, deben demostrar salud compatible con el cargo, y un manejo óptimo de las relaciones interpersonales.” (SENAME, 2012, p.20). Agrega que “las formas en que el equipo se organice y se gestione el proyecto deben ser consideradas a su vez, como importantes estrategias que favorecen el autocuidado de los equipos, que contribuyen a prevenir la ocurrencia de procesos de burnt out y cambios de personal. Debe evitarse la rotación de los equipos en función de la continuidad de los procesos de intervención técnica.” (SENAME, 2012, p.20).

Por otra parte, las Bases sostienen que “dada la complejidad de las situaciones que enfrentan los NNA y familias atendidos en estos centros, se hace imperativo

incorporar en la planificación anual del proyecto, instancias de capacitación de forma de que todo el recurso humano de intervención mantenga capacitación en los temas inherentes al desarrollo de sus funciones, y se encuentre actualizado en el conocimiento de nuevas concepciones teóricas, metodologías, técnicas, instrumentos, etc., que contribuyan a optimizar la calidad del servicio otorgado, lo que exige una capacitación, y/o especialización permanente.” (SENAME, 2012, p.20).

Como apreciamos, los recursos humanos contratados en las residencias deben cumplir perfiles, normativas, tener instancias formales de capacitación y autocuidado para intervenir en las residencias.

2.2.3.4. Sobre las funciones profesionales

SENAME, establece que las funciones de los profesionales son la intervención directa con NNA y con sus familias o adultos significativos en los componentes de la intervención anteriormente definidos, en el acompañamiento técnico a educadores, y en la entrega de asesoría de acuerdo a especialidad a los cargos que lo requieran.

El perfil de los profesionales de la residencia debe ser acorde a las particularidades y complejidades que demanda el proceso de intervención asociado a graves vulneraciones de derechos de los NNA. Se estima que todos los NNA requieren de acciones de intervención por parte de equipos profesionales. Por tanto, el equipo debe tener una constitución interdisciplinaria, asegurando la presencia de profesionales con título universitario del área social (psicológica, trabajo social, psico-educativa) y salud (psiquiatra o neurólogo) (SENAME, 2012, p.21-22).

Respecto al recurso humano profesional establece que “la proporción mínima esperada, se estima pertinente al menos, un/a psicólogo/a por cada 20 o 25 NNA y un asistente social por cada 20 o 25 plazas. Sin embargo, el número de horas de las especialidades psico-educativo y de salud, depende de la cobertura a atender y de los requerimientos individuales. En el caso de la residencia, los recursos presupuestarios para contar con esta proporción mínima de profesionales proviene del programa PER; en el entendido que esta modalidad se sustentan en la integración de ambas líneas de acción funcionando como un solo proyecto” (SENAME, 2012, p.21-22).

A continuación, se describe el resumen del equipo profesional que debe estar considerado en el REM/PER:

Tabla 3: Cuadro resumen del recurso humano total de la residencia, con financiamiento proveniente de la subvención del centro residencial y del programa especializado

CUADRO RESUMEN DEL RECURSO HUMANO TOTAL DE LA RESIDENCIA, CON FINANCIAMIENTO PROVENIENTE DE LA SUBVENCIÓN DEL CENTRO RESIDENCIAL Y DEL PROGRAMA ESPECIALIZADO.						
REC. H. CON FINANCIAMIENTO DE LA RESIDENCIA	RECURSO HUMANO CONTRATADO CON FINANCIAMIENTO PROVENIENTE DEL PROGRAMA				REC. H. CON FINANCIAMIENTO DE LA RESIDENCIA	
1 Director/a	1 Trabajador/a Social	1 Psicólogo/a	1 Psicopedagogo/a Educador Diferencial o Educador/a de Párvulos	1 Psiquiatra o neurólogo/a infanto-adolescente o médico familiar con especialidad y/o experiencia	Educadores/as de trato directo	Personal de apoyo administrativo y auxiliar
Jornada completa en proyectos con coberturas superiores a 20 plazas.	Jornada completa cada 20 a 25 plazas.	Jornada completa cada 20 a 25 plazas	1/2 Jornada	Jornada parcial de acuerdo a requerimiento (se sugiere entre 6 a 10 horas mensuales)	1 cada 10 niños/as presentes en horario diurno y nocturno	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria • manipuladora de alimentos • auxiliares de aseo

Finalmente, cabe señalar que existen diversos aspectos técnicos y administrativos que se consignan en las Bases, que no fueron descritos en este punto, porque para fines de esta investigación son secundarios a nuestros objetivos y que serán mencionados en capítulos posteriores de esta Tesis.

En resumen, la institucionalización ha sido un modelo proteccional que en Chile ha permanecido activo a través de la historia de las políticas sociales a la infancia y adolescentes, pese a los numerosos discursos emanados de organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF que abogan al Estado de Chile por la desinternación de los NNA, señalando que “la eliminación progresiva de los mecanismos de exclusión, como los internados (...) es entonces el resultado del desarrollo de las instituciones sociales, el fortalecimiento de la ciudadanía y de la Democracia. Por tanto, la desinstitucionalización no es sólo la

erradicación formal de los sistemas residenciales, sino parte inseparable de un proceso colectivo y sustentable de transformación cultural hacia un proyecto de sociedad moderna capaz de incluir a todos sus miembros.” (UNICEF, 2013).

El Estado chileno ha recurrido a la institucionalización como una forma de protección de la niñez abandonada y gravemente vulnerada. Sin embargo, desde la internación de NNA en asilos, patronatos, hogares, por causa de orfandad o abandono familiar o de vagancia, o por condiciones deplorables de la familia, la internación siempre ha tendido a la separación y desarraigo familiar aun cuando ella se produjera por un tiempo más o menos breve o prolongado (Anríquez, 1994, p.14).

Si bien es posible sostener, que la institucionalización de NNA en residencias ha sido un mecanismo de “protección” en el discurso del Estado, el funcionamiento de este dispositivo ha definido no sólo el lugar de la exclusión del NNA y las familias más pobres del país y sino también la forma de cómo nos aproximamos y comprendemos la SM de los más pobres como efectos directos de las más diversas vulneraciones de derechos que presentan estos grupos sociales objetos de intervención estatal.

La situación crítica de los NNA encarna y representa, a cada momento, la frustración de los propios padres y el cuestionamiento hacia ellos del sistema escolar, del sistema judicial y de la sociedad en su conjunto. Por otra parte, los NNA, son percibidos, a menudo, como una gran sobrecarga para el sistema institucional, por tanto, la mayor parte de las veces, “es mejor ignorarlos, rechazarlos, o abandonarlos” (Salazar, 2000, p 22).

Cabe destacar, que hablamos de infancia y adolescencia vulnerable y no vulnerable, dado que todos los NNA que ingresan a las residencias ya están vulnerados en sus derechos, aquí no hay riesgo de vulneración que pueda relativizarse “el daño ya se hecho”. En este sentido, un NNA, internado o institucionalizado en residencias ingresa con una certeza evidente: ha sido desprotegido, afectado y comprometido en su desarrollo evolutivo, el sistema social lo ha afectado. Esa condición de vulnerable y pobre exige que el Estado restituya derechos específicos para los NNA, los que por sí solos, no pueden disponer y hacer uso de estos derechos, de este modo, se construye un sujeto de derechos dotado de una protección complementaria y especial, pues se le agregarían nuevas garantías de derechos para restaurar su desarrollo (Morales, 2014).

2.3. Salud Mental e Institucionalización en SENAME: Una mirada global

Al 2014, el sistema residencial de SENAME cuenta con 12 modalidades de intervención a lo largo del país. Durante el 2014, SENAME en la línea proteccional y primera infancia, atendió un total de 190.283 NNA en todo el país (SENAME, 2014). Respecto del sistema residencial se atendió a un total de 12.785 y, específicamente, en la modalidad Residencial de Protección para Mayores (REM) con programa especializado residencial (PER) concentra la mayor cobertura de atención 3.301 NNA cuyas edades fluctúan entre los 6 a los 18 años. De estos, 1.508 son niños y 1.793 niñas (SENAME, 2014). Asimismo, el total de residencias licitadas a privados fueron 294 y el 40% se concentra en la Región Metropolitana (SENAME, 2014). A su vez, se estima que la cuantía de psicólogos/as residenciales serían aproximadamente 360 en jornada completa o parcial a nivel nacional según información obtenida directamente del Departamento de Protección de Derechos a nivel central.

A continuación se muestra en el Cuadro siguiente la cobertura total de atención por línea, modelo y región:

Tabla 4: Atendidos por línea, modelo y región

Tabla 46: Atendidos por línea, modelo y región

Línea / Modelo	XV	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XIV	X	XI	XII	RM	Total nacional
AA-DD						671		125	412	295					1420	2923
CREAD Mayores						671		125	272	202					1153	2423
CREAD Lactantes y Preescolares									140	93					267	500
D - Diagnóstico	888	763	1114	1175	2019	5391	3399	2078	3568	1739	948	2033	784	690	9029	35618
DAM	888	763	1114	1175	2019	5391	3399	2078	3568	1739	948	2033	784	690	9029	35618
O - OPD	457	781	580	580	2651	3978	2770	3739	4382	4056	269	3079	330	481	22400	50533
OPD	457	781	580	580	2651	3978	2770	3739	4382	4056	269	3079	330	481	22400	50533
P - Programas	1939	1428	3825	4486	3416	13197	5036	4625	12138	3445	2276	4562	1024	1661	25366	88424
FAE	71		111	137	151	869	392	83	353	127	65	128	61	43	2450	5041
FAS				69				193	298	219	98	135				1012
PAD	123		66		34	177				58				61	105	624
PAS	56		50			114	76	50	118	41		61			214	780
PEC													67		460	527
PEE	78	64	113	68	101	230			101	82	18	82			374	1311
PIB	606	501	561	785	396	1290	354	208	665	838	259	1061	355	242	1675	9796
PIE	319	216	567	620	644	1440	590	423	1123	405	99	438	238	241	1366	8729
PIE (PIE Coordinado)															1945	1945
PPC	219	158		72							222	365		361	5268	6665
PPF		101	1378	1664	1423	6098	1924	2278	5772	955	693	1209	179	500	3837	28011
PRJ			143						1049		383	155			1840	3570
PRM	467	388	836	1071	667	2979	1700	1390	2659	720	439	861	191	213	5832	20413
R - Centros Residenciales	216	227	365	269	460	1886	531	1095	2116	705	402	923	80	153	3357	12785
CLA					62	39									75	176
CPE	58		6			80						71			63	278
RAD												25			65	90
RDD					23			107		43		45			119	337
RDG						85	150		18						747	1000
REM		114	79	155	107	525	179	81	599	274	170	147	51		820	3301
REN								82							41	123
RLP				67		52	126				35				123	403
RMA						81									64	145
RPA						52		95	67	69	70				8	361
RPL												65			60	125
RPM	115	37	123		149	674		490	1114	331	53	525		104	736	4451
RPP		76	139		68	149		201	275	31	47		29	30	96	1141
RPR															254	254
RSP	43		18	47	51	149	76	39			27	45		19	86	600
Total general	3500	3199	5884	6510	8546	25123	11736	11662	22616	10240	3895	10597	2218	2985	61572	190283

Fuente: SENAME, Anuario Estadístico, 2014.

Un dato comparativo que resulta interesante de consignar respecto del 2013, la cobertura de atención total de SENAME en la línea de protección fue de 174.358 NNA en todo el país. Mientras que el 2014, subió a 190.283. No obstante, en la modalidad REM/PER el 2013 se atendieron 5.268 casos y en el 2014 bajo a 3.301 NNA, disminución significativa que alcanza a 1.967 NNA egresados en un año (SENAME, 2013, 2014).

Indagar acerca de las experiencias de intervención de los psicólogos en SM (SM en adelante) con NNA institucionalizados en residencias de protección especializadas de SENAME, sitúa nuestra investigación en la problemática de la SM de un grupo social invisibilizado y escasamente estudiado como son los NNA institucionalizados en las residencias de protección especializadas de SENAME. La SM de los NNA institucionalizados y sus familias, ha estado ausente históricamente en los paradigmas y dispositivos de atención destinados a los NNA internos. La SM de los NNA no ha sido reconocida por el Estado de Chile y las instituciones colaboradoras como una mirada central que reconoce la preexistencia y existencia de vulnerabilidades neurobiológicas y psicológicas en los NNA que ingresan y permanecen en el sistema residencial.

La problemática de la SM de los NNA en la red SENAME, es una realidad que ha ido instalando en la agenda de las Políticas Públicas no más allá de 10 años. Por ello, los estudios y la literatura relativa a esta problemática son deficientes y escasos. Esta investigación, intenta explorar cómo esta nueva mirada se encuentra presente en la intervención real que se realiza en las residencias por los profesionales de la Psicología. La noción histórica de vulnerabilidad social o situación de pobreza no sólo se reduce a lo estrictamente socio-económico sino que la vulnerabilidad se refleja también en la SM de los NNA, los cuales, presentan vulnerabilidades neurobiológicas y psicológicas que muchas veces determinan la complejidad del caso y su desarrollo vital.

Incorporar la SM como un derecho del NNA que debe ser exigido y garantizado, exige un cambio de paradigma respecto de cómo conceptualizar e intervenir con dispositivos de SM y psiquiatría adecuados a las actuales complejidades de los trastornos mentales y alteraciones psiquiátricas que presentan en forma creciente los NNA institucionalizados, las cuales, se agudizan durante la experiencia de larga institucionalización en las residencias de SENAME generando efectos traumatizantes y agravamiento de las condiciones biopsicológicas y sociales de los NNA. Surgen algunas preguntas centrales, ¿Por qué es necesario hablar de su SM en los NNA institucionalizados en SENAME? ¿Cuál es la mirada de la SM que debe guiarnos y cuál es el rol que le compete a la Psicología en el abordaje clínico y especializado con este grupo de adolescentes institucionalizados y sus familias?

En Chile el primer estudio de prevalencia de SM data de la década de 1950 y 1960 y fueron realizados por el Dr. José Horwitz y el Dr. Juan Marconi (Escobar, 2004). En ellos se demostró que la prevalencia general de los síndromes psiquiátricos era del 29% y que la patología moderada a severa alcanzaba el 19% (Florenzano, 2008).

En la década de los años 90 vuelven a desarrollarse las investigaciones epidemiológicas y aparece el estudio más importante de prevalencia psiquiátrica del país. Éste fue publicado por Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2002) y se llamó Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECP). Este estudio, realizado gracias al financiamiento conjunto de CONICYT y la Universidad de Concepción, fue diseñado para representar a la población adulta del país (mayores de 15 años). Su diseño muestral correspondió a un muestreo aleatorio de dos etapas en cuatro provincias - Santiago, Concepción, Iquique y Cautín - y fue conducido por la Universidad de Concepción entre julio de 1992 y junio de 1999.

Los resultados mostraron que entre 31,5% y 36% de la población chilena había tenido algún desorden psiquiátrico a lo largo de su vida; mientras que 22,2% lo había padecido en el último año; entre 19,7% y 22,6% en los últimos seis meses y 16,7% lo había sufrido en el último mes (Vicente et al., 2002, 2004, 2006). Los trastornos con mayor prevalencia de vida fueron la agorafobia (11,1%) seguido por la depresión mayor (9,0%) la distimia (8%) y la dependencia al alcohol (6,5%) éstos resultados se repiten al considerar la prevalencia a los seis meses: 5,1%; 4,6%; 3,2% y 4,3% respectivamente (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2002).

Estos resultados muestran que la SM de la población general, es alarmante, por lo cual, los NNA están desarrollándose en un país “desigualmente enfermo” y que requiere mayor inversión de recursos públicos por parte del Estado que al 2012 invirtió un bajísimo 2,14% (MINSAL, 2015, p.9-34), lo cual, refleja que la SM no ha sido ni es una prioridad en el presupuesto nacional.

2.3.1. La Salud Mental infanto-juvenil en Chile

En relación a la SM infanto-juvenil de la población general en Chile, en el 2002 Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, desarrollaron un segundo estudio de prevalencia con muestras representativas de la población chilena, los cuales permiten destacar cuatro elementos. Por un lado, no sólo la urgencia de desarrollar políticas en SM infanto-juvenil debido a las altas tasas de prevalencia encontradas en la población chilena, sino además la necesidad de re-evaluar los servicios de SM dirigidos a NNA. Este último aspecto que ya vendría señalado en el informe para Chile de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006, 2014).

En 2012, surge la primera investigación realizada por Vicente en un país hispanoparlante, sin contar México, se realiza utilizando instrumentos estandarizados, que permiten la comparación de los resultados con otros países e incorpora niños mayores de 4 años. Este estudio fue conducido por la Universidad de Concepción y la Universidad de Chile, entre abril de 2007 y diciembre del 2009. Su muestra es aleatoria probabilística y considera a la población infanto-juvenil chilena entre los 4 y los 18 años. Al igual que en el estudio de prevalencia psiquiátrica publicado en 2002, los casos se recogieron de cuatro provincias consideradas representativas de la distribución nacional de la población chilena: Santiago, Concepción, Iquique y Cautín. La referencia poblacional fue el Censo del año 2002 y el tamaño muestral se definió considerando una prevalencia estimada de 18% de trastornos mentales. Los datos fueron recogidos con el DISC-IV, previamente validado para Chile.

Los autores reportaron una prevalencia de 38.3% en los NNA con algún trastorno mental sin discapacidad y ésta bajó a 22,5% con discapacidad generada por los trastornos mentales, en un período de 12 meses. Prevalencia que, al ser comparadas con otros países de Latinoamérica, pueden ser consideradas muy altas.

Tabla 5: Prevalencia de 12 meses en NNA (4 a 18 años) sin considerar discapacidad

	Total		4-11 años		12-18 años	
	%	EE*	%	EE*	%	EE*
Trastornos ansiosos	18,5	1,1	21,0	1,8	15,7	1,9
-- Fobia social	5,5	0,9	5,9	1,2	5,1	1,3
-- Tr. de ansiedad generalizada	8,2	0,9	8,0	1,7	8,4	1,6
-- Tr. por ansiedad de separación	10,2	8,8	13,4	1,2	6,5	1,5
Trastornos afectivos	6,1	0,8	3,8	1,1	8,6	1,2
-- Tr. depresivo mayor	5,9	0,8	3,8	1,1	8,3	1,1
-- Distimia	0,2	0,1	0,04	0,03	0,3	0,2
Trastornos por comportamiento disruptivo	21,8	1,8	29,7	3,7	12,8	1,4
-- Tr. disocial	3,7	0,5	1,2	0,3	6,5	1,0
-- Tr. oposicionista desafiante	8,7	1,0	11,8	1,5	5,1	1,2
-- TDAH	15,1	1,2	23,9	2,2	5,4	1,4
Trastornos por consumo de sustancias	4,8	0,8	**	**	10,1	1,7
-- Abuso de alcohol	1,9	0,6	**	**	4,0	1,3
-- Dependencia de alcohol	1,7	0,4	**	**	3,6	0,9
-- Abuso de marihuana	0,4	0,2	**	**	0,9	0,3
-- Dependencia de marihuana	0,4	0,2	**	**	0,9	0,3
-- Dependencia de nicotina	1,6	0,4	**	**	3,4	0,8
-- Abuso de otras sustancias	0,2	0,1	**	**	0,4	0,2
-- Dependencia de otras sustancias	0,2	0,1	**	**	0,4	0,2
-- Tr. alimenticio	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
-- Esquizofrenia	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Cualquier trastorno	38,3	2,3	42,9	3,6	33,2	2,4

Fuente: De la Barra, Vicente, Saldivia, Melipillan (2012).

Entre las enfermedades evaluadas, al considerar los valores corregidos a través de la variable discapacidad, los autores destacan la prevalencia de los trastornos disruptivos con 14,6%, seguido de los trastornos ansiosos con 8,3% y los trastornos afectivos con 5,1% (Vicente, Saldivia, De la Barra, Kohn, Pihan, Valdivia, Rioseco & Melipillan, 2012). La presencia de comorbilidad fue de 39,3% de los casos (De la Barra

et al, 2012). El detalle para todos los trastornos evaluados, esta vez considerando la variable discapacidad, fueron:

Tabla 6: Prevalencia de 12 meses en NNA (4 a 18 años) considerando discapacidad.

	Total		4-11 años		12-18 años	
	%	EE*	%	EE*	%	EE*
Trastornos ansiosos	8,3	0,9	9,2	1,1	7,4	1,4
-- Fobia social	3,7	0,8	3,5	0,9	3,9	1,2
-- Tr. de ansiedad generalizada	3,2	0,5	3,8	1,0	2,6	1,0
-- Tr. por ansiedad de separación	4,8	0,6	6,1	0,9	3,4	1,0
Trastornos afectivos	5,1	0,9	3,5	1,1	7,0	1,5
-- Tr. depresivo mayor	5,1	0,9	3,4	1,1	6,9	1,5
-- Distimia	0,1	0,03	0,04	0,03	0,1	0,05
Trastornos por comportamiento disruptivo	14,6	1,1	20,6	2,1	8,0	1,7
-- Tr. disocial	1,9	0,4	0,9	0,3	2,9	0,9
-- Tr. oposicionista desafiante	5,2	0,5	7,8	0,9	2,3	0,7
-- TDAH	10,3	0,9	15,5	1,6	4,5	1,4
Trastornos por consumo de sustancias	1,2	0,4	**	**	2,6	0,8
-- Abuso de alcohol	0,3	0,1	**	**	0,7	0,3
-- Dependencia de alcohol	0,4	0,2	**	**	0,9	0,4
-- Abuso de marihuana	**	**	**	**	0,05	0,05
-- Dependencia de marihuana	0,2	0,2	**	**	0,4	0,4
-- Dependencia de nicotina	0,3	0,1	**	**	0,5	0,3
-- Abuso de otras sustancias	**	**	**	**	**	**
-- Dependencia de otras sustancias	0,1	0,1	**	**	0,2	0,2
-- Tr. alimenticio	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3
-- Esquizofrenia	0,1	0,1	**	**	0,3	0,3
Cualquier trastorno	22,5	1,6	27,8	2,2	16,5	2,0

Fuente: Vicente et al., 2012.

Estos datos epidemiológicos revelan, la existencia de altas prevalencias psiquiátricas que estarían permaneciendo además ocultas a los indicadores nacionales y manifestando el largo camino aún pendiente de recorrer en políticas públicas. Como señalan: "(...) la población estudiada evidencia y actualiza un problema de salud que no parece estar siendo priorizado adecuadamente por las autoridades, y la consideración

de esta información y posterior redistribución de recursos podría impactar positivamente en la reducción de las brechas" (Vicente, et al., 2012).

Un tercer elemento dice relación con la edad de inicio de los trastornos mentales, pues esta investigación evidenciaría que un número importante de trastornos ocurre antes de lo que se estimaba en la población infanto-juvenil. Sin embargo, como destacan los autores, a pesar de la eficacia que tendrían las intervenciones tempranas, muchos NNA siguen sin recibir atención y sin participar de medidas preventivas y promocionales en SM.

La necesidad de generar políticas en SM infanto-juvenil ha sido reportada igualmente por la literatura internacional relativa a las edades de inicio de las enfermedades mentales. Un dato que, aun cuando no ha sido analizado todavía en profundidad por la epidemiología en Chile, muestra convergencia con los resultados producidos por la investigación chilena, las cuales grafican que las enfermedades mentales son cada vez más frecuentes a menor edad. La revisión de los estudios de prevalencia de 17 países, incluidos Colombia, México y USA en las Américas, por parte del equipo Survey Initiative del área de SM de la OMS (WHO-WMH), fue enfático en señalar el inicio temprano de muchas enfermedades mentales y, por ende, la urgencia de políticas preventivas y paliativas desde la infancia.

Entre las enfermedades mentales citadas por Kessler, Amminger, Aguilar-Gaxiola, Alonso & Üstün (2007) están el trastorno de déficit atencional que tendría una media de inicio entre los 7 y los 9 años; el trastorno oposicionista desafiante comenzaría entre los 7 y los 15 años; los trastornos de conducta entre los 9 y los 14 años; las fobias específicas y el trastorno de ansiedad por separación comenzaría entre los 7 y 14 años, mientras el abuso de sustancias tendería a aparecer alrededor de los 18 años.

Sobre la prevalencia de los problemas de SM, existen también otros estudios que, aunque no sean representativos de la población chilena, obtienen datos significativos que permiten comenzar a comprender la SM infanto-juvenil de los chilenos. Este es el caso de las investigaciones aplicadas a poblaciones de estudiantes universitarios. Un estudio desarrollado en la Universidad de Concepción mostró que 16,4% de los estudiantes sufría de un trastorno depresivo y 23,7% de un trastorno

ansioso al momento de las aplicaciones (Cova, Alvial, Aro, Boniatti, Hernández & Rodríguez, 2007).

Otra investigación, en la misma universidad 10 años antes, mostró que 53% de los estudiantes tenía alta probabilidad de tener algún trastorno de la línea ansiosa-depresiva y al menos 25% presentó tasas de consumo de alcohol que estaban en zona de riesgo para el trastorno por dependencia de sustancias (Riffo, Pérez, González & Aranda 2003) realizaron un tamizaje de conductas de riesgo en las alumnas de medicina de la Universidad de Chile, encontrando que al menos un 15,6% de ellas presentaba alto riesgo de padecer trastornos de alimentación.

Una investigación aplicada a NNA en la ciudad de Calama ofrece datos aún más críticos respecto a la situación de la infancia, específicamente en el norte del país. Aplicado el Entrevista de Depresión Infantil (CDI) y el Entrevista Psicopatológico para Adolescentes a una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuatro medio de la educación municipal de Calama, los investigadores descubrieron que 37% de los alumnos/as entre 11 y 18 años presentaban depresión infantil y 18% habrían cometido uno o más intentos de suicidio (Haquín, Larraguibel y Cabezas, 2004).

Pacheco, Lizana, Celhay & Pereira (2007) señalarán también datos de prevalencia críticos sobre la población infantil. Esta investigación, realizada a los menores de 18 años hospitalizados en una Clínica Psiquiátrica Universitaria, señaló que 45,7% de los diagnósticos al momento de egresar fueron el trastorno depresivo mayor, 36,2% fue el intento suicida, 25,2% fue por trastorno bipolar y 14,2% por trastorno alimentario. Así como lo hicieron Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Baker & Torres (2004), los autores destacaron la prevalencia de altas co-morbilidades, aunque en esta investigación se duplican los valores obtenidos en el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica: 46,5% de los NNA presentó más de dos diagnósticos y 22% presentó tres.

El único estudio longitudinal publicado a la fecha ha sido la investigación realizada por De la Barra, Toledo y Rodríguez (2005). Las autoras aplicaron el Toca-R (Teacher's observations of classroom behavior), PSC (Pediatric Symptoms Checklist) y Piers-Harris Self Concept Scale a 1.279 NNA de 1º básico de seis escuelas entre 1992 y 1993, volviendo a aplicar los mismos instrumentos y en las mismas escuelas a 1.062 NNA en 6º básico. La submuestra estuvo formada por 535 que respondieron la

evaluación en ambos períodos. Según el índice de vulnerabilidad escolar, reportado por JUNAEB en 1992, las escuelas participantes eran representativas del 90% de los establecimientos municipalizados y particulares subvencionados de Santiago Metropolitano (De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2002).

Los resultados mostraron que 25,8% de los NNA evaluados en 1° básico y 21,7% de los alumnos en 6° básico tenían problemas de concentración al momento del estudio; mientras un 33% y 35,5% tenía problemas de conducta en 1° y 6° básico respectivamente. De estos datos, además, destaca el hecho de que 44% de los NNA que habían sido evaluados en 1° básico presentaban los mismos problemas de conducta en 6° básico y que existirían altas tasas de prevalencia para el trastorno de déficit atencional: 13,6% de los NNA lo tendría al cursar 1° básico y 21,5% en 6° básico. Asimismo, se determinó que las evaluaciones de los docentes podían predecir en 1 de 3 estudiantes los casos de mala conducta que se mantenían en 6° básico (De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2005).

El análisis desarrollado por De la Barra, Toledo y Rodríguez (2002, 2005) gracias al apoyo de la psicóloga de la Universidad de Chile, Miriam George, ha sido la única que más tarde se transformaría en un programa social: el "Programa Habilidades para la Vida", perteneciente al Departamento de Salud del Estudiante en JUNAEB.

Por otra parte, existe una escasa oferta de atención en SM para NNA por equipos de SM interdisciplinarios para favorecer un abordaje integral del paciente. Al mismo tiempo, existen muy pocos dispositivos de SM específicos para NNA, un 24% de esta población es tratada en los Centros Ambulatorios de SM (COSAM) y el 8% por ciento en Hospitales Generales y Clínicas Psiquiátricas. Respecto de las camas de Corta Estadía, en Hospitales Generales existen 534 y 329 camas especiales en Hospitales Psiquiátricos a nivel nacional. De acuerdo al Estudio de brechas existe un déficit de 5.012 horas de psiquiatría infanto juvenil y 3.124 horas semanales psiquiatría de adultos (MINSAL, 2015, p.8-10).

Además, faltan 17.087 horas semanales de psicólogo/a; 10.071 de enfermera 16.983 de trabajo social; 19.145 terapeuta ocupacional; 34.676 de técnico en rehabilitación, 7.445 de técnico paramédico y hay una brecha de 15.488 horas semanales de personal administrativo. Los servicios más carentes de recursos humanos para la SM son casi

todos los de la Región Metropolitana, Maule, Araucanía Sur y Viña del Mar y Quillota. De acuerdo, a los estudios existe una brecha 186 equipos especializados a nivel nacional (MINSAL, 2015).

Así podemos observar en muchos estudios que la prevalencia de trastornos mentales en población infanto-juvenil vulnerable, es mayor en torno al 80% que la encontrada en población general infanto-juvenil que alcanza torno al 30% siendo especialmente relevante la presencia de trastornos asociados al consumo de drogas (Fundación San Carlos de Maipo, 2010; Vicente et al., 2012).

En resumen, todas las investigaciones coinciden en considerar la infancia y adolescencia como una etapa crítica que presenta variados indicadores de riesgo asociados al desarrollo biológico, emocional y social y que la situación de SM infanto-juvenil de la población general y vulnerable, presenta serios trastornos mentales y psiquiátricos que requieren urgente solución por parte de las autoridades estatales.

2.3.2. La Salud Mental infanto-juvenil en la población SENAME

En general, la literatura no registra estudios específicos asociados a estudiar la SM de los NNA institucionalizados en las residencias de SENAME. Menos aún, estudios acerca de las experiencias de psicólogos/as en esta materia en el sistema residencial. Por ello, nuestra investigación pretende ser un aporte al aproximarse a esta realidad desde la mirada de los profesionales de la Psicología. La existencia de escasos estudios, confirma que la SM infanto-juvenil, aún no es una prioridad para el país, menos aún para la política de infancia y de salud pública. Podemos observar que los estudios relacionados con SM que surgen entre el 2004 al 2013, son en su mayoría vinculados a problemáticas de los programas ambulatorios de la línea de protección de SENAME. A continuación revisaremos las principales investigaciones internacionales y nacionales en lo referido a la problemática sobre efectos de la institucionalización, la situación de la SM y psiquiatría en la población SENAME.

La literatura internacional acerca de la SM y psicopatología de niños/as, se ha centrado fuertemente en investigar a los niños/as preescolares más que a los adolescentes en la misma situación. Particularmente, los estudios en infancia temprana

aportan resultados muy relevantes que presentaremos respecto de los efectos de la institucionalización temprana en los trastornos psiquiátricos y el apego en los niños/as en instituciones de cuidado y protección. Ello, porque es sabido que estos daños, traumas y deterioros se extienden hasta la edad escolar y la adolescencia, este último el grupo de atención en el cual trabajan los psicólogos que hemos investigado en este estudio.

En un Estudio (McLaughlin, Zeanah, Fox, Nelson, 2012) realizado con una muestra de 136 NNA de 6-30 meses que residen en instituciones en Bucarest, Rumania, los niños/as fueron asignados al azar a cuidado familiar (68) y otros en crianza institucional (68). Los padres de familias de acogidas fueron reclutados, entrenados y supervisados por el equipo de investigación. La seguridad del apego a los 42 meses se evaluó mediante el procedimiento de la situación extraña y la internalización de los trastornos mentales a los 54 meses utilizando la evaluación psiquiátrica pre-escolar. Los resultados arrojaron que las niñas tenían menos trastornos de internalización que niñas en familias de acogida y la intervención no tuvo ningún efecto sobre los trastornos de internalización en los varones. Las niñas de familias de acogidas eran más propensas a tener un apego seguro que los NNA. Se concluye que a mayor seguridad en el apego menores tasas de trastornos de la internalización. El desarrollo de la seguridad del apego totalmente mediada por efectos de la intervención en los trastornos de internalización en las niñas. Por lo cual, la colocación en familias de acogida facilitó el desarrollo de un apego seguro e impidió la aparición de trastornos de internalización en las niñas institucionalizadas. Los efectos diferenciales de género orientan la intervención en psicopatología infantil y en SM. Los resultados proporcionan evidencia de la función crítica de apego desorganizado en la etiología de los trastornos de internalización de los niños/as expuestos a la institucionalización.

Otros importantes estudios, uno de ellos realizados por diversos investigadores latinoamericanos (Cardona, Manesa, Escobar, López & Ibáñez, 2012) dentro de ellos un chileno, sobre las potenciales consecuencias del abandono en preescolares institucionalizados, estudió a niños/as internos con antecedentes de abandono durante la edad preescolar desde los 2 a 5 años, y se comparó con niños/as en similares en edad, género, educación y el nivel socioeconómico en múltiples funciones

neuropsicológicas como atención, memoria y funciones ejecutivas. Los resultados encontrados muestran un deterioro cognitivo en los niños/as institucionalizados en dominios de atención, memoria y ejecución.

Cabe destacar, que este es uno de los primeros estudios sobre deterioro cognitivo relacionado con el abandono y los efectos de la institucionalización temprana después de 2 años. El Estudio, sugiere que los factores ambientales, incluyendo el abandono, crianza o atención institucional, puede afectar no sólo el período de la infancia, sino también el período pre-escolar proporcionando nuevos conocimientos sobre la comprensión y los efectos del desarrollo neurocognitivo en los niños/as institucionalizados. Los autores señalan, que no hay estudios anteriores de los efectos del abandono en el desarrollo cognitivo de preescolares. Este Estudio reporta que tanto factores de privación y ambientales, incluyendo la institucionalización, puede afectar no sólo el período de la infancia temprana, sino también, la edad preescolar y la adolescencia, sugieren que se requiere un modelo revisado del desarrollo neurocognitivo de los niños/as internos en instituciones de cuidado.

Diversos autores sobre la adecuada calidad de los cuidados de los niños/as institucionalizados y los apegos seguros en situaciones de adversidad se asoció con la posterior emergencia de psicopatología y apegos desorganizados en niños/as en condiciones de adversidad con historia de abandono temprano y privación grave, se relacionan con diferentes tipos de psicopatología y deterioro en el desarrollo infantil de los niños/as. En concreto, se coincide en que la calidad del cuidado estaba inversamente relacionada con síntomas, estereotipias, trastornos de externalización, trastornos de la internalización, así como discapacidad funcional. Este hallazgo es consistente con la creciente literatura que demuestra una asociación entre la adversidad temprana y la psicopatología, pero específicamente se destaca en primer lugar la importancia del contexto de cuidado. En segundo lugar, una mayor calidad de cuidado de los niños se asoció con mayor seguridad cuando los niños 42 meses de edad. Este hallazgo, se suma a la literatura existente sobre la formación de un apego seguro, ya que demuestra que la relación entre la conducta del cuidador y la seguridad de apego opera de manera que puede reducir la mala adaptación en múltiples contextos especialmente en NNA con antecedentes de cuidado temprano adverso.

Estos resultados, se suman a una creciente literatura que demuestra que las intervenciones que se dirigen a la seguridad del apego en niños/as muy pequeños expuestos a la adversidad del cuidado presentan implicaciones en el desarrollo del niño/a y su adaptación. Por ejemplo, la intervención con padres de crianza o familias de acogida, fue eficaz en la mejora de apego y en los patrones de cortisol en la normalización emocional y conductual de niños/as. Los autores, recomienda que la investigación en psicopatología debe examinar más a fondo las vías más específicas para la prevención de los trastornos del desarrollo de los niños/as pequeños en condiciones adversas. En muchos entornos clínicos dirigidos a los niños/as pequeños en situación de riesgo, los resultados sugieren que la relación de apego actual puede ser factor un importante y modificable y debe ser el objetivo de las intervenciones para prevenir el desarrollo de la psicopatología en niños/as de alto riesgo. Los padres biológicos, padres adoptivos, y cuidadores institucionales deben ser socios potenciales que deben ser evaluados, apoyados y considerados en estos procesos.

McCall (2014) realiza una revisión bibliográfica sobre NNA institucionalizados, encontrando que se desarrollan mal física, mental y socio-emocionalmente, pero cuando las instituciones de cuidado mejoran su intervención y esta es temporal y a edad temprana de los NNA, se reporta una recuperación en el crecimiento sustancial en diversos ámbitos del desarrollo infantil. Si se adoptan a una edad temprana, no ha habría en el largo plazo consecuencias de institucionalización. McCall, (2014) Señala que una combinación de teorías relacionadas con el apego (especialmente apego cuidador/niño) el estrés crónico y la genética puede explicar estos resultados. Las interacciones cuidador-niño/a son claves en las intervenciones que realizan las instituciones de cuidados, si hay mejoras en estas interacciones producen aumentos sustanciales en el desarrollo, físico, mental, y socio-emocional, incluso para los NNA con discapacidad. Concluye, que los sistemas de protección social con énfasis en las alternativas de atención familiar es el objetivo preferente que hay que implementar, pero recalca que es probable que tome muchas décadas que los países de bajos recursos puedan implementarlas. Por ello, si un número importante de NNA permanecen en instituciones a pesar de los mejores esfuerzos para encontrar familias

para ellos, la mejora de las instituciones podría ayudar a proporcionar a todos los NNA una mejor atención en estas circunstancias (McCall, 2014).

Específicamente acerca de la SM infanto-juvenil en la población SENAME, uno de los primeros estudios fue realizado el 2004 por la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, la cual realizó un diagnóstico psiquiátrico con NNA de los Centros de Administración Directa de SENAME, el que arrojó los siguientes resultados: 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%) entre otros. Respecto de las severidades señala que “del 100% de NNA atendidos en los centros, proyectos y/o programas de protección de SENAME administrados por colaboradores, es decir, 70.000 mil NNA, más de 3.000 presenta severos problemas mentales diagnosticados por especialistas en centros de salud o en los mismos que residen los NNA. Un alto porcentaje de éstos, se encuentran con tratamiento, pero hay más de 300 NNA que, teniendo diagnóstico de trastorno mental severo, están actualmente sin tratamiento” (Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, 2004).

En este contexto, el 2007 el MINSAL, SENAME y Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), realizan otro estudio con orientaciones para la atención de SM de NNA de la población SENAME, allí afirma que el 10% de la población infanto-juvenil, se caracteriza por presentar situaciones y/o conductas que se constituyen en evidente riesgo o daño, a nivel individual, familiar y social, entre las que cuentan: consumo problemático de drogas, desescolarización o deserción escolar, trastornos emocionales, conductuales, vida de calle, trabajo infantil, conflictos con la justicia dentro de sus trayectorias de vida o por las que resulten inimputables ante la ley, contextos de violencia y riesgo vital. Todas ellas, situaciones que pudiesen o no darse simultáneamente en la población atendida (MINSAL, 2007).

Además afirma, que dentro de este grupo de alta complejidad psicosocial existe un subgrupo, que corresponde al 0,3% de la población SENAME que representan los casos de mayor severidad. Concluyen que dicha severidad es la resultante de la

combinación de tres factores intervinientes I.- Factor clínico II.- Factor psicosocial y III. Factor conductual. Agrega, que la demanda potencial de atención en SM y psiquiatría de NNA de SENAME, alcanza a una población del 35% en ambas líneas: protección y responsabilidad penal adolescente. Y, afirma que esta población presenta la más alta severidad y complejidad en su cuadro clínico y psicosocial, demandando servicios con soporte estructural específicos e intervenciones de alta intensidad y de alta especialidad de los equipos profesionales que se necesitan (MINSAL, 2007).

Al respecto, Martínez (2010) en el Informe final para UNICEF sobre “Caracterización del Perfil de NNA, atendidos por los centros residenciales de SENAME”, se señala que el perfil de los NNA de los centros “se ha complejizado progresivamente”. Afirma, que el trabajo realizado en las residencias, es de alta complejidad de acuerdo a este nuevo perfil y consigna que debido a la escasa cantidad de profesionales y a la falta de metodologías de intervención que permitan un quehacer que disminuya las consecuencias de la institucionalización, la situación se torna estructuralmente compleja para el sistema de protección o cuidados alternativos a la familia. Refiere expresamente, que las residencias actuales no cuentan con toda la capacidad técnica y financiera que requieren los NNA de hoy, y se señala la necesidad de contar con más profesionales especializados dentro de las residencias tales como psiquiatras, psicopedagogos, psicólogos, etc. (Martínez, 2010).

Un segundo estudio realizado el mismo 2010, llamado “Estudio de Alternativas para la Atención Integral de la SM de NNA con Compromiso Biopsicosocial Severo”, es el resultado del trabajo entre el equipo profesional de “Al Sur de Nosotros” y “Fundación San Carlos de Maipo”, más los aportes técnicos de SENAME, MINSAL y CONACE y 12 instituciones colaboradoras ejecutoras de programas ambulatorios en la línea de explotación sexual; consumo de drogas; situación de calle y residentes del ex Centro de Tránsito y Diagnóstico Galvarino (ex CTD, hoy CREAD Galvarino) de SENAME en Santiago. Se aplicó una encuesta en 11 programas y 1 centro residencial de la región metropolitana, el total de NNA atendidos al momento de aplicarse la encuesta es de 535 de ambos sexos, cuyas edades van desde los 9 a los 17 años. Los resultados señalan, respecto del Diagnóstico de Patología Psiquiátrica, la evaluación determinó que 256 NNA atendidos presentaban algún diagnóstico psiquiátrico, lo que corresponde

al 58% de la muestra (de un total de 440 NNA). En la población estudiada se encontraron 512 diagnósticos psiquiátricos para un total de 256NNA con patología psiquiátrica con dos o más diagnósticos en (Fundación San Carlos de Maipo, 2010).

Afirma que sobre los tipos de diagnósticos detectados, el trastorno más prevalente fue Abuso o Dependencia de Alcohol y otras Drogas (28,5% del total de las patologías psiquiátricas) demandando cerca del 76,1% del total de las atenciones de urgencia debido a complicaciones por intoxicación o síndrome de abstinencia, entre otros. Le siguió en prevalencia, los Trastornos del Espectro Ansioso Depresivo (Depresión Mayor, Trastorno Ansioso, Trastorno por Estrés Post Traumático, entre otros) con un 14,6%, los Trastornos de Conducta con un 12,3%, Retardo Mental o Deterioro Orgánico Cerebral con un 11,5%, el Trastorno por Descontrol de Impulsos con un 10,7% y los Trastornos de Personalidad en Desarrollo con un 10,5% (Fundación San Carlos de Maipo, 2010).

Señala el Estudio, que la población bajo explotación sexual o en riesgo, las patologías mentales más frecuentemente encontradas fueron los Trastornos del Espectro Ansioso Depresivo con 20,5% de las patologías psiquiátricas informadas y luego sigue el Retardo Mental o Deterioro Orgánico Cerebral con un 18,6% de las patologías, el Trastorno de Personalidad en Desarrollo con un 15,8% del total de patologías; y el Abuso o Dependencia de Alcohol y otras drogas y Trastorno por Descontrol de Impulsos, con 11,2% cada uno. Al analizar cualitativamente los casos complejos definidos por cada institución, se encuentra que el 74% de los casos presenta algún tipo de consumo de drogas, siendo la problemática más frecuente encontrada en adolescentes del sexo femenino bajo explotación sexual.

Específicamente, respecto a la población con consumo de drogas y/o en situación de calle en este grupo se encontró que los trastornos mentales más frecuente son el Abuso o Dependencia de Alcohol y otras drogas con un 41,1% de las patologías psiquiátricas en este segmento y luego siguen, el Trastorno de Conducta con un 15,5%, los Trastornos del Espectro Ansioso Depresivo y el Trastorno por Descontrol de Impulsos con un 10,4% cada uno (Fundación San Carlos de Maipo, 2010).

Un aspecto interesante que arroja esta investigación acerca de la Certificación Diagnóstica, aspecto clave en la definición de la prevalencia de patología psiquiátrica

y/o trastornos mentales de estos grupos de NNA atendidos, es la posible presencia de diagnósticos no certificados por profesionales especializados. Afirman que muchos diagnósticos son poco claros y/o metodológicamente deficitarios, lo cual resulta relevante a la hora de evaluar las deficientes competencias que presentan los profesionales que trabajan en los programas ambulatorios de SENAME. De acuerdo a los antecedentes entregados por las propias instituciones participantes en este Estudio, estos déficits se puede deber a las siguientes situaciones:

- Ausencia de psiquiatras y/o profesionales calificados en diagnósticos Multidimensionales para la población infanto-juvenil en situación de vulnerabilidad.
- Poca adherencia de los NNA de algunos programas, lo que origina periodos de ausencia y/o irregularidad en su participación y evaluación.
- Comorbilidad de uso de sustancias psicoactivas que produce problemas de adherencia y confusión en los diagnósticos.
- Complejidad de situación psicosocial y vulneración de derechos que dificulta la evaluación psiquiátrica.
- Ausencia en la red de ofertas terapéuticas profesionalizadas para todas las especificidades y necesidades diagnósticas de este grupo.
- Estigmatización y exclusión de esta población en algunos nodos de la red de salud, lo que se traduce en la falta de atención y diagnóstico especializado.

El Estudio concluye que de las seis instituciones estudiadas sólo un 39% presentó verificadores de diagnósticos certificados. Los diagnósticos más certificados son Trastornos de Abuso y/o Dependencia de Drogas y Alcohol, Trastornos Afectivos y Esquizofrenia. Los diagnósticos menos certificados son los Trastornos de Ánimo, Trastornos de personalidad, Retardo mental, TDAH y los Trastornos Conductuales. Se destaca, que los diagnósticos menos certificados se basan más en instrumentos clínicos formales en “impresiones diagnósticas” (Fundación San Carlos de Maipo, 2010).

Otro aspecto que se releva, es que si bien los diagnósticos son dinámicos en la población infanto-juvenil, es decir, deben ser evolutivos y que éstos se van confirmando en su expresión psicopatológica según el proceso evolutivo que atraviesan de los NNA,

se debe integrar las variables psicosociales y de vulnerabilidad que presentan los evaluados. Al respecto, este Estudio recomienda dada la importancia que posee tener diagnósticos clínicos serios para orientar una intervención adecuada y efectiva, se hace necesario que se considere realizar un diagnóstico básico de SM para toda la población por profesionales infanto-juveniles especializados en SM y psiquiatría.

Otro resultado relevante sobre la atención psiquiátrica hacia estos grupos de NNA de la Red SENAME, es el llamado Control Psiquiátrico, afirman que la mayoría de los casos que presentan una patología psiquiátrica y/o de SM declarada, es decir, el 54%, recibe una atención deficiente o nula, sin control irregular o sin control. Los controles psiquiátricos que estaban recibiendo los 256 NNA con patologías psiquiátricas declaradas por las instituciones fueron:

- Con diagnóstico psiquiátrico y sin control: 34% (87 NNA)
- Con diagnóstico psiquiátrico y sin control regular: 20% (51 NNA)
- Con diagnóstico psiquiátrico y con control regular mensual 46% (118 NNA).

Acercas del subgrupo de los Casos de Mayor Complejidad, la investigación realizó un Estudio más detallado en base a presentación de casos, revisión de ficha y/o entrevista a pacientes, en este subgrupo las prevalencias de trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron:

- Abuso y/o Dependencia a Drogas: 74%
- Trastorno del Espectro Depresivo Ansioso: 35%
- Retardo Mental y Deterioro Orgánico Cerebral: 35%
- Trastornos de Personalidad en Desarrollo 26%, Trastorno de Conducta 26%, Déficit de Atencional 22%, Trastorno por Descontrol de Impulsos 17%.

En estos casos complejos, se observó una alta presencia de co-morbilidades, es frecuente encontrar tres o más trastornos psiquiátricos y/o de SM por cada NNA, niña o adolescente. En estos casos, existe una alta asociación con abuso/dependencia a drogas, requiriéndose un tratamiento especializado para desintoxicar y/o iniciar la rehabilitación. Un aspecto importante de señalar que los casos complejos presentan un perfil que se asocia a las siguientes características:

- Desertores del sistema escolar.
- Familia inefectiva en el ejercicio de autoridad o rol protector. A veces familia completamente ausente.
- Deambulaci3n previa por varios hogares o residencias de la red SENAME.
- Alta socializaci3n callejera.
- Resistencias a modelos y/o programas actuales de tratamiento. Varios tratamientos previos abandonados.
- Importante comorbilidad psiquiátrica y/o de SM, sin evaluaciones ni controles peri3dicos de psiquiatría.
- Cuando se externaliza la atenci3n a las redes p3blicas primarias y/o secundarias, los casos complejos de difícil manejo conductual habitualmente no llegan a atenderse y no hay rescate por la red de salud o SENAME.
- En circuitos de explotaci3n sexual comercial.
- Severo consumo de drogas en situaci3n de calle.
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo y severo.

Este Estudio además, en base al juicio de expertos y antecedentes t3cnicos, propone modalidades de atenci3n psiquiátrica para estos casos, estableciendo dos tipos de respuestas:

1. Atenci3n ambulatoria: el 100% de la poblaci3n debiera ser diagnosticado y recibir un control regular ambulatorio por parte de un especialista psiquiatra infanto-juvenil en un centro de salud. En relaci3n al diagn3stico, considerando que la gran mayoría de los NNA de programas ambulatorios de la red SENAME de protecci3n, presentan problemáticas personales y familiares de SM, des3rdenes conductuales y/o compromisos biopsicosociales moderados a severos, debieran en su totalidad ser diagnosticados por una dupla clínica especializada compuesta por un psiquiatra y un psic3logo infanto-juvenil en cada programa o centro residencial.

Es importante considerar que existe un n3mero reducido, pero importante, especialmente de adolescentes resistentes a los tratamientos, se necesita un dispositivo de salud especializado que realice rescate y vinculaci3n con el sistema de salud, a trav3s de una atenci3n domiciliaria o en terreno.

2. Atención hospitalaria y/o residencial: una parte de la población con patologías psiquiátrica severa cursará con períodos de descompensación y/o crisis conductuales. Para estos casos se requiere atención psiquiátrica de urgencia para estabilización, diagnóstico y/o inicio de tratamiento. A partir de estos antecedentes se define la demanda por atención de urgencia, corta y mediana estadía para aquellos casos que requieran un proceso de estabilización integral pueda iniciar y mantener un tratamiento más prolongado si lo necesita.

Cabe destacar, que la hospitalización en SM con un foco psiquiátrico, además de brindar estabilización biomédica, debe ofrecer un plan de atención integral estructurada en prestaciones psicosociales y de vinculación post-alta, a cargo de un equipo multiprofesional de lo contrario su eficacia es negativa.

Un aspecto clave recomendado por este Estudio, señala que para realizar las estimaciones que definen la demanda se deben utilizar los siguientes criterios:

- Toda persona con un trastorno psiquiátrico debiera recibir un adecuado diagnóstico integral y control psiquiátrico regular en función de sus necesidades en la totalidad de los casos.
- La atención domiciliaria para casos que presentan un grado de complejidad y situación de calle que dificulta su acceso a la atención en salud por las vías formales.
- La atención de urgencia, se estableció para todos los casos urgentes que reporten las instituciones.
- Para la estimación de la demanda de Corta Estadía, en base a juicio de expertos, debe existir una patología descompensada con derivación e ingreso expedito.

Estos resultados dan cuenta del perfil de alta complejidad, severidad y compromiso neurobiológico y psicológico de estos NNA, como también, nos confirma la deficiente atención de SM y psiquiatría en la red SENAME y de salud pública.

Cabe preguntarse, ¿Cuál es la importancia de estos resultados? Esta investigación, destacar que la mayoría de los NNA en programas de explotación sexual, consumo de drogas y en situación de calle, al igual que el grueso de los adolescentes infractores de ley, han sido previamente o en paralelo internos en residencias de

SENAME. De cada 10 adolescentes en estos programas a lo menos el 80%, ha estado institucionalizados en residencias en algún período de su vida lo que refleja que los perfiles de SM de NNA de las residencias son complejos y heterogéneos, generando alto impacto en NNA residentes que presentan perfiles menos dañados. Sin lugar a dudas, esta realidad mental de los NNA genera profundos traumas e impactos en la convivencia intra-residencial entre pares (Martínez, 2010; Cámara de Diputados, 2014). En ese contexto, la respuesta del sistema de salud del MINSAL orientada a cubrir esta demanda de atención es deficiente a la fecha. La brecha de atención es alta y persiste a nivel nacional como se mencionó en el apartado anterior. Al inicio de la última década, desde el 2010 a la fecha, la situación de SM no presenta sustantivas variaciones en inversión pública, ni menos aún avances relevantes en la coordinación intersectorial entre SENAME y MINSAL. La respuesta del sistema público a la atención psiquiátrica de alta complejidad en población infanto-juvenil, se encuentra estancada en el nivel secundario y terciario. A nivel secundario, existen en la Región Metropolitana, 39 Centros de SM Comunitarios, con un total de 92 psiquiatras y 213 psicólogos aproximadamente. De ellos, el 88% ha implementado el Programa de SM Infanto-Adolescente que aborda de manera ambulatoria, los trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento y emocionales en la infancia, y maltrato infantil. El 44.3% ha implementado el Programa GES de Alcohol y Drogas para Población Adolescente.

Durante marzo 2009, se realizó un Catastro de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de la región metropolitana que cuentan con psiquiatra infanto-adolescente. Se obtuvo que 20 COSAM de la Región Metropolitana, cuentan con este recurso humano, lo que constituye un 67% del total de COSAM catastrados (30). La mayor carencia de psiquiatras infanto- juveniles en COSAM de la región metropolitana, se encuentran en la zona Sur y Sur Oriente, lugares donde se ubican principalmente las ONGs que trabajan con la temática de explotación sexual, programas de drogas, residencias de protección, centros cerrados y semicerrados de jóvenes involucrados en la ley responsabilidad penal adolescente.

A nivel terciario, se han implementado Unidades de Hospitalización de Corta Estadía que reciben adolescentes con trastornos asociados a consumo de drogas, con síndrome de abstinencia severos, cuadros psicóticos y riesgo vital. En estas Unidades

también son atendidos adolescentes con enfermedades mentales muy severas y que presentan riesgo vital por intentos de suicidios. Sin embargo, hay consenso en que existe un número insuficientes de camas de psiquiatría infanto-juvenil. A continuación se describen los servicios de hospitalización y de urgencia psiquiátrica para población infanto-juvenil disponible al 2010.

Respecto de los Servicios de Urgencia Psiquiátrica para población infanto-juvenil de acuerdo a su distribución territorial, se aprecia que el Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz existe atención de urgencia para menores de 15 años, sólo en caso de primer brote de esquizofrenia (Programa GES) dado que su atención de urgencia psiquiátrica habitual es para población mayor de 15 años.

Lo mismo sucede con la atención de urgencia del CRS San Rafael, pues está orientado a atención de primer brote de esquizofrenia. Estos centros aseguran la atención GES para primer brote esquizofrénico, lo que no coincide con las principales demandas de la población estudiada de las ONGs (drogas, espectro depresivo-ansioso y retardo mental/organicidad). En el Hospital Roberto del Río hay atención de urgencia y 17 camas de psiquiatría infanto-juvenil, en las cuales se les da prioridad niños/as pequeños, lo que difiere de la distribución etaria de las instituciones participantes del Estudio mencionado, donde la población se concentra sobre los 15 años. En el Hospital San Borja existen 6 camas disponibles, al igual que en el Hospital Sótero del Río. Sin embargo, esta disponibilidad de camas en la región, no necesariamente garantiza la atención de la demanda de atención de los NNA de SENAME dado que éstos presentan mayores complejidades en la intervención de SM.

En este marco, a mediados 2013 MINSAL y SENAME, conforman un dispositivo piloto llamado “servicios clínicos” de SM para NNA destinado a programas ambulatorios especializados o residencias en 3 regiones Bío- Bío, Maule y la Región Metropolitana. Este equipo se compone por 2 psiquiatras, 2 psicólogos y 1 asistente social por cada región. Su objetivo es facilitar la atención especializada en SM para NNA pertenecientes a 61 proyectos de la red SENAME, se planteó atender a 300 NNA de programas ambulatorios especializados o residencias, que necesitan ser derivados al sistema de salud, prioritariamente aquellos que presenten compromiso biopsicosocial severo en los territorios que abarcan los Servicios respectivos” (SENAME, 2014). No

obstante, se desconoce la evaluación real de este dispositivo y no se logró contar con dicha información en ambas instituciones (Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2011).

Por otra parte, el 2011 en el “Estudio relativo al Diagnóstico en SM de NNA atendidos en el marco del Programa Vida Nueva” señala que de 380 NNA entre los 12 a los 18 años, evaluados mediante el DSM-IV y MINIKID, más de la mitad de los NNA presenta alguna patología mental 65,8%. Sin embargo, es sólo un 11,1% la cantidad de NNA que se atiende. De las prevalencias encontradas según tipos de trastornos se encuentran: Riesgo de Suicidio 49,9% Dependencia de Drogas 46,4%, Trastorno de la Conducta (Disocial) 28,5%, Trastorno Negativista Desafiante 25,6%, Dependencia de Alcohol 19,3% Trastorno por Déficit Atencional 18,4%, Episodio Hipomaniaco 12,1%, Episodio Maniaco 10,4%, Abuso de Drogas 8,1%, Episodio Depresivo Mayor 8,1%, Fobia Específica 7,2%, Trastorno Obsesivo-Compulsivo 6,3%, Trastorno de Ansiedad de Separación 4,6%, Trastorno de Ansiedad Generalizada 4,3%, Estado por Estrés Postraumático 4,3%, Trastorno de Angustia Con Agorafobia 4,3%, Trastorno Distímico 4,0%, Abuso de Alcohol 3,7%, Trastorno Psicótico 3,7%, Fobia Social 3,2%, Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos 2,6%, Agorafobia sin historia de Trastorno de Angustia 0,9%, Anorexia Nerviosa 0,3%, Bulimia Nerviosa 0,3%, Trastorno de La Tourette 0,3% y Trastorno Penetrante del Desarrollo 0,3%.

En el mismo Estudio, además se evalúan las necesidades de capacitación de los profesionales que trabajan en el Programa, se aplicó 67 encuestas a preferentemente psicólogos/as, se consulta en primer lugar sobre temas propuestos por equipo de investigación, se obtiene las siguientes prioridades formativas en estrategias infanto-juveniles (39), primer apoyo en abuso sexual y maltrato infantil (24), estrategias de intervención en situaciones eventos críticos (26) y psicopatología infantil (21), diagnósticos en SM infanto-juvenil (21) y resiliencia y tutores de resiliencia (21).

Consultados en preguntas abiertas sobre otras temáticas de su mayor interés de formación y capacitación, espontáneamente los profesionales coinciden transversalmente en las siguientes prioridades que no están contenidas con mayor énfasis en las temáticas propuestas por el equipo investigador de la Universidad Católica, 62 de 67 profesionales proponen capacitación en estrategias de intervención

(abuso, psicopatología, alta complejidad, situaciones traumáticas) 38 de 67 en psicopatologías (trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, psicosis, déficit de atención, esquizofrenias) y 24 de 67 capacitarse en diagnósticos de SM (criterios, metodologías, comprensión, utilización y derivación).

Como se aprecian en los Estudios anteriores, la urgencia por incorporar prestaciones de SM y psiquiatría como ejes centrales del cuidado de los NNA en la red SENAME, es una demanda de reciente instalación en el debate respecto a los derechos que debieran ser garantizados por la Política Pública de Protección de la Infancia en Chile. Varios factores han contribuido a este “cambio de paradigma”, uno de los cuales ha sido la acción técnico-política realizada progresivamente entre los años 2009 y 2014 por un grupo de profesionales de SM y psiquiatría, quienes lograron visibilizar y poner en la agenda pública una fuerte crítica social, política y financiera denunciando al Estado de Chile, representado por SENAME y al conjunto de las instituciones colaboradoras involucradas en la llamada política de infancia, a las cuales acusaron de que, conociendo la precaria situación de los NNA institucionalizados en la Red SENAME, no fueron capaces de hacerse cargo ni en sus discursos ni en sus prácticas profesionales de exigir el cumplimiento de la CDN, especialmente, del derecho a la atención integral de las necesidades de SM de los NNA institucionalizados. Para denunciar esta silenciosa complicidad entre un Estado vulnerador de derechos y Privados recibiendo subvenciones públicas para ejecutar políticas públicas ineficaces y de mala calidad técnica, acuñaron el término “Conspiración del Silencio” (El Mostrador, 2013).

Un hito fundamental que posibilitó abrir el debate sobre la relevancia de la SM y visibilizar el rol clave que la neuropsiquiatría puede y debe jugar en el abordaje integral de los NNA institucionalizados en el SENAME, fue la irrupción, el año 2009, del llamado “Caso Cisarro”. Un debate público que, azuzado por las provocadoras declaraciones del Médico Jefe de la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía del Hospital Calvo Mackenna se centró en la posibilidad de que buena parte de los NNA en conflicto con la justicia en Chile en los cuales estaban fracasando flagrantemente las estrategias de intervención implementadas por el Estado y sus “organismos colaboradores” padecían de distintas formas y grados de patología neuropsiquiátrica que no estaba siendo ni

diagnosticada ni menos tratada por los equipos profesionales del SENAME. De acuerdo, a la visión planteada por el propio psiquiatra Dr. Paz, para fines de esta investigación, nos señala que:

“A sus 10 años de edad, con su historia de violencia, abuso y desamparo en una población de la comuna de Peñalolén tomada por el narcotráfico y la delincuencia, un niño apodado Cisarro hizo visible la incapacidad del llamado Sistema de Protección de Infancia para salvaguardar la integridad física y psicológica de los niños/as más dañados por las duras condiciones de vida a la que, antes de nacer, in-útero, nuestro país los expone en cientos de guetos urbanos repartidos por todo Chile. Antes de él, la historia de otro niño, conocido en la prensa, siempre ávida de historias de violencia y destrucción, como “el Tila” había puesto en las primeras planas el drama de “los niños del SENAME”. La historia del “Tila”, sin embargo, no alcanzó a generar mayor discusión pública, salvo, claro está, las consabidas críticas a la “ineficiencia” del SENAME y la falta de “mano dura” de los Gobiernos Democráticos que con su “falta de sentido de la autoridad” permitían y alentaban lo que se denominó “la puerta giratoria”. Es decir, la entrada y salida de los “delincuentes” de la Cárcel y/o el SENAME, sin que nadie “aplicara la Ley. ¿Qué hizo distinta la historia del “Cisarro”? En primer lugar su precocidad. Desde los 7 años registraba más de 10 causas por graves delitos “contra la propiedad”, pero también, al igual que el “Tila”, actos de violencia extrema contra “ciudadanos indefensos”. Fue, sin embargo, su ingreso, luego de decenas de fracasadas intervenciones de equipos tanto del propio SENAME como de la Municipalidad de Peñalolén (“curiosamente” los nombres de los profesionales a cargo se repiten en ambas reparticiones), a un Servicio de Psiquiatría y SM, la recientemente creada Unidad de Hospitalización de Corta Estadía, dependiente del Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Calvo Mackenna, lo que cautivó la atención de los medios, de los profesionales que tradicionalmente hegemonizaban los discursos sobre “Infancia Vulnerable” y la llamada “opinión pública”. Por primera vez desde que un Psiquiatra, el

Dr. Hugo Lea-Plaza, lideró los primeros intentos por hacerse cargo de estos niños a comienzos del siglo pasado, la Neurología y la Psiquiatría, como disciplinas de la conducta, se pronunciaban públicamente sobre un caso frente al cual los dispositivos del Estado, hegemonizados por un discurso donde la BioMedicina brillaba por su ausencia, habían fracasado estrepitosamente ¿Y qué fue lo que dijeron los profesionales del Hospital Calvo Mackenna? Lo impensado. Dijeron que “Cisarro” tenía un nombre y que de ahora en adelante lo podían llamar Cristóbal. Que tenía tan sólo 10 años y que no era un delincuente. Dijeron que estaba enfermo y que su enfermedad tenía un nombre; “Síndrome por Desregulación Emocional Severa”. Dijeron que él no era culpable de estar enfermo. Dijeron que los verdaderos responsables de su situación eran los profesionales Psicólogos, Asistentes Sociales, Abogados, etc. que durante tres años habían Estado “tratándolo” sin haber solicitado ni una sola vez una evaluación ni neurológica ni psiquiátrica. Y no sólo dijeron eso, también dijeron que su condición no era patrimonio de los niños pobres, dijeron que también los niños de los barrios acomodados de Chile presentaban lo mismo, pero que, a diferencia de los niños que llegaban al SENAME, ellos si recibían ayuda médica y psicológica especializada y que de hecho “le daban de comer” a buena parte de los profesionales de la SM que trabajan en las “clínicas ABC-1 de Chile”. Y que esa ayuda hacía la diferencia entre sanarse y no sanarse. Y dijeron más. Dijeron que se trataba de una condición genética. Dijeron que su madre también estaba enferma y que si ella no se trataba no iba a ser capaz de cuidar ni de ella ni menos de su hijo” (Paz, 2015).

El caso del niño Cristóbal, mal llamado Cisarro, marca un hito central al poner en la agenda pública la problemática de la SM de los NNA institucionalizados y posteriormente, el abordaje con los adolescentes infractores de ley, interpelando directamente a MINSAL y SENAME. Este caso, refleja el fracaso del modelo punitivo, de control social y represión del delito instalado en la acción del Estado para erradicar las conductas delictivas que presentan los NNA más vulnerados del país.

Diversos debates y tensiones a nivel de profesionales Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, sociedades científicas, académicos, especialistas, jueces, psiquiatras, psicólogos, medios de comunicación y autoridades estatales, generó la situación de este niño. No obstante, el problema de fondo, pareciera ser que se trataba, de cómo la SM y la psiquiatría se incorporaba como un factor clave en el abordaje de primera línea en NNA altamente complejos y vulnerables de la red SENAME.

En este escenario, el 2009 SENAME, fue increpado por primera vez en su política proteccional y el MINSAL a través de la Unidad de Corta Estadía del Hospital Calvo Mackenna tuvo que hacerse cargo de la evaluación psiquiátrica, hospitalización y tratamiento integral del niño, logrando resultados favorables. No obstante, durante alta del Hospital a SENAME, particularmente, el reintegro y la fuga del Centro de Diagnóstico, Tránsito y Distribución (CTD) de Pudahuel, muestran como SENAME no logra sostener con sus equipos profesionales los favorables cambios de tuvo el niño cuando estuvo a cargo del equipo del Hospital. Allí, según relatan los profesionales que lo atendieron (psiquiatra y psicólogos) el niño contó un tratamiento combinado de psicofarmacología, psicoterapia basada en el trauma y reforzamiento del apego y, además, contención a la madre, la cual, se mostró refractaria a tratamiento psiquiátrico y psico-social desde la pesquisa del caso en la Ilustre Municipalidad de Peñalolén. Sólo cuando, el niño es entregado a SENAME por orden del Tribunal de Familia respectivo, se inicia nuevamente en sus conductas “delictivas” conocidas hasta la fecha. Se constata, que SENAME, no fue capaz de implementar una eficaz intervención con el niño, la madre, el entorno y, una vez egresado de la Unidad de Corta Estadía, se aprecia que cuando vuelve a cometer “delitos”, sin miramientos la autoridad judicial a los 14 años (enero 2013) aplica la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente y es ingresado hace 2 años (2013) al Programa Vida Nueva de la comuna de La Florida, Programa co-dependiente entre Subsecretaría de Prevención del Delitos, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y SENAME, con resultados fracasados en el intento de implementar con este perfil de adolescente la denominada terapia multisistémica, una modalidad terapéutica

expresamente contraindicada por sus propios creadores en este perfil de NNA más graves.

A la fecha, han transcurrido 6 años, Cristóbal hoy tiene 17 años y continúa su carrera como un “avezado criminal” siendo el sistema judicial aún incapaz de comprender que este adolescente presenta patología psiquiátrica, negligencia parental sumado a entornos antisociales y por sobre todo, la ineficacia del Estado y Poder Judicial de hacerse cargo de tratar en forma oportuna, eficaz e integral estos casos, de los cuales, las residencias de protección están cada vez con mayores ingresos.

Se aprecia que muchos de los planteamientos resistidos en dicha época, hoy cobran mayor pertinencia e invitan nuevamente a examinar cómo el factor psiquiátrico y la SM de los NNA y sus familias impacta en las vulneraciones de derechos de los NNA atendidos en las residencias de la Red SENAME. La tensión que se instala tras Cisarro, es básicamente el dualismo cartesiano ¿Cuánto de biología y ambiente influyen en las bases de la conducta y desarrollo de la infancia y adolescencia vulnerada? (Valenzuela, 2011).

Este caso obliga a tener un cambio de mirada, permite que los especialistas reconozcan progresivamente la necesidad de incorporar la variable SM y la vulnerabilidad neurobiológica de estos NNA como parte fundamental de la oferta de servicios del MINSAL hacia los NNA atendidos en SENAME. Gradualmente, desde el enfoque de protección de derechos centrado en las estrategias socio-familiares, se avanza en reconocer que el daño biopsicosocial y psiquiátrico presente tras las vulneraciones de derechos, refleja daños pre-existentes y consecuentes que se agudizan durante el proceso de internación, es decir, la SM está alterada y debe ser intervenida con suma urgencia, en tanto, es una vulnerabilidad biopsicológicas que debe ser incorporada en el abordaje de los casos.

Posteriormente, durante el 2013, mediante numerosos reportajes en los medios de comunicación, denuncias e Informes del Poder Judicial, dan a conocer a la opinión pública que cada año cerca de 15 mil NNA institucionalizados pasan por residencias de protección de SENAME, permaneciendo en ellas períodos significativos de sus vidas y enfrentando graves vulneraciones de derechos, abusos y maltrato al interior de hogares a nivel nacional. Fue así como, el actual sistema de protección residencial de SENAME,

enfrenta de cara al país, una profunda crisis de descrédito, sin precedentes en la historia del SENAME, se dan a conocer un conjunto de nudos críticos que reflejan que la internación de los NNA, presenta deficiencias graves debido a diversas fallas de la política de infancia a cargo del Estado de Chile. Abusos sexuales, malos tratos, problemas de salud física y mental sin atención, muertes de NNA, falta de recursos económicos, malas condiciones de habitabilidad, de infraestructura, de alimentación, baja especialización y rotación de los profesionales y del personal de trato directo, ausencia de programas que trabajen integralmente con la familia de origen y el NNA, son algunos de los aspectos visibilizados. Se exige, al Estado de Chile, transformaciones institucionales profundas que permitan garantizar que la experiencia de internación de los NNA y sus familias sea temporal, protectora y restituya sus derechos fundamentales (Guzmán; La Tercera; El Ciudadano; El Mostrador; Radio Biobío; Radio Cooperativa, Radio Soberanía; CNN Chile, 2013).

De este modo, Ciper-Chile, medio de comunicación dedicado al periodismo de investigación, publica el llamado Informe Jeldres, trabajo liderado por la Jueza de Familia, la abogada Mónica Jeldres, Coordinadora de la Comisión de Jueces de Familia que el 2012 tiene la misión de evaluar la situación judicial y condiciones de vida de 6.500 NNA institucionalizados por medida de protección en nueve regiones del país.

Los resultados del “Informe Estadístico de los Niños/as Privados de Cuidado Parental en Chile” (Corporación Administrativa del Poder Judicial, 2013) o el llamado Informe Jeldres, establece que el marco del “Proyecto de Levantamiento y Unificación de la Información de NNA en el Sistema Residencial”, en lo referente al derecho a la salud y particularmente a la SM, señala que existen graves patologías y daños en los NNA que el Estado tiene ingresados en el sistema residencial para su protección. Sostiene, que estas vulneraciones de derechos, en forma urgente requieren ser debidamente atendidas y denunciadas por los riesgos que presentan para los NNA institucionalizados. Al respecto, el Informe Jeldres, señala por región en materia de SM lo siguiente:

En Arica, un 8% de los NNA presentaba algún tipo de discapacidad, es decir, 17 casos distribuidos de la siguiente forma. De los 17 NNA que tienen algún tipo de discapacidad, un 53% no recibe tratamiento. Este último porcentaje corresponde a 9

NNA. De los NNA con discapacidad, 7 presentan una discapacidad intelectual, 3 leve y 4 moderada, 1 presenta una discapacidad visual moderada y otro auditiva. Se registra un caso para un postrado que presenta una discapacidad severa. En relación a las enfermedades crónicas, un 7% de los NNA padecía alguna enfermedad crónica, lo que corresponde a 17 NNA, principalmente a niñas que se encuentran en la Residencia Ajllasga, sobre las cuales se identificaron las siguientes enfermedades: Linfoma, 2 situaciones cáncer cérvico uterino, hernia umbilical, enfermedad de chagas, trastorno alimenticio, constipación crónica, síndrome oposicionista desafiante, enuresis y estrabismo. En 15 de los 17 casos se registró que las niñas no recibían tratamiento alguno por su enfermedad crónica, siendo los casos más preocupantes el de una niña con cáncer cérvico uterino de la residencia Ajllasga. Respecto a la SM, las residencias refirieron para 15 casos (6% del total de NNA) problemas de SM en los NNA, de éstos para 6 existía tratamiento y para 9 casos no. En el ámbito de consumo de drogas, 16% del total de los casos presenta esta adicción.

En la región de Tarapacá, 13 casos (10% del total de NNA) presentan problemas de SM, todos se encontraban diagnosticados y en tratamiento. Dentro del ámbito de consumo de drogas, señalaron consumo para 3 NNA (2% del total de los casos) 1 de estos casos, no se encontraba recibiendo tratamiento, debido a que el consumo de marihuana era una sospecha de la madre pero la residencia señalaba no estaba acreditado.

En Antofagasta, las residencias refirieron para 60 casos (20% del total de NNA) problemas de SM en los NNA, de éstos 13 se encontraban sin tratamiento. En cuanto a consumo de drogas, las residencias de la región señalaron consumo para 15 NNA (5% del total de los casos).

En Atacama las residencias refirieron para 14 casos (6,7% del total de NNA) problemas de SM en los NNA, sólo 6 con diagnóstico y sólo 10 se encontraba en tratamiento, es resto sin tratamiento. Las residencias de la región, señalaron consumo para 12 NNA (5% del total de los casos) cuyo consumo es de las siguientes drogas, 4 casos de consumo problemático en 3 para marihuana y 1 de pasta base. De ellos, sólo dos se encuentran recibiendo tratamiento de consumo de marihuana.

En Coquimbo, el 15% (43 casos) presenta patologías mentales, 40 cuentan con diagnóstico y 34 con tratamiento. El resto espera recibir tratamiento. Un 5,8% de los NNA consume drogas (16 casos) principalmente Tabaco.

En la región de O'higgins, el 19% (75 casos) presenta algún tipo de problemas. Del total de NNA, el 91% tiene un diagnóstico y el 30% sin tratamiento. Sobre el consumo de drogas, el 60% consume pasta base, el 20% marihuana y sólo 1 caso en alcohol.

En la región del Maule, el 14.3% (152 casos) presenta algún tipo de trastorno de SM. De ellos, el 66% tiene un diagnóstico (100 casos) y el 100% recibe tratamiento. Un 10.1% consume drogas (107 casos), principalmente alcohol (30,8%), marihuana (20,4%), Tabaco (18,7%) e Inhalantes (16%). Cabe señalar, que un 7,5% consume pasta base de cocaína (8 casos). En relación a los casos de consumo abusivo o problemático en los tres tipos de drogas, siendo el más relevante en casos, el de los inhalantes, con 12 de ellos. Sólo 17 casos de consumo tienen diagnóstico. El principal es por consumo problemático de pasta base de cocaína 40%, seguido por el alcohol y fármacos con un 40%. En el caso de los inhalantes 13%, y marihuana 7%.

En Los Lagos, el 13,9% (108 casos) presenta algún tipo de problemas. De ellos, el 85% tiene un diagnóstico (92 casos) y el 82% recibe tratamiento. Los demás NNA esperan atención.

En la región de Los Ríos, el 5% (16 casos) presenta algún tipo de problemas mentales. Respecto del consumo por alcohol (64%), marihuana (18%), Cocaína (1 Caso) y Pasta Base de cocaína con 1 caso. Sólo 7 casos de consumo tienen diagnóstico. Principalmente por consumo de Alcohol (3 casos), Marihuana (2 Casos), Cocaína (1) y pasta base (1).

Y finalmente en la región de Magallanes, el 25,9%, presenta problemas de SM. El 82% presenta diagnóstico y el 76% recibe tratamiento. Respecto a la temática de drogas, en un 21,7% se señala consumo (25 casos), principalmente alcohol (56%), Inhalantes (24%), Tabaco (16%) y otras (4%). En relación al tipo de consumo -excluyendo del análisis el tabaco- la región presenta 10 casos de consumo abusivo o problemático en los tres tipos de drogas, siendo el más relevante en casos, el del alcohol, con 7 de ellos.

Como podemos concluir de este apartado, la situación de SM de los NNA de la población SENAME, es crítica y requiere servicios y prestaciones de alta calidad y especialización por parte de los equipos profesionales, siendo esta responsabilidad en primer lugar, del Estado de Chile y de los equipos de SM en orden a orientar los enfoques y estrategias de intervención eficaces para dar respuesta a esta realidad de los NNA de la Red SENAME.

2.3.3. Crisis en el sistema residencial de SENAME: La paradoja de la “protección de derechos” de los NNA institucionalizados

Hacia fines del 2013, conocidos los resultados del Informe Jeldres, descrito en el acápite anterior, profesionales de la SM organizados en la Corporación de Desarrollo y Promoción de los NNA SOFINI (Nuestros Hijos) presionan desde la ciudadanía para que el Parlamento de la República tome cartas en la grave situación de vulneración de derechos que afecta a más de 15 mil NNA institucionalizados en residencias colaboradoras de SENAME (Paz, R., 2013a). Considerando muy grave el ocultamiento de información que hiciera el Poder Judicial, SENAME y UNICEF ante los resultados conocidos e informados del Informe Jeldres, se logra conformar una Comisión Investigadora de SENAME en la Cámara de Diputados de Chile (Paz, R., 2013b).

En paralelo, se pide la renuncia inmediata del Director de SENAME Sr. Rolando Melo, la plana superior del Departamento de Protección de Derechos de SENAME Nacional y de los Directores Regionales de SENAME (Paz, R., 2013c). Se gestiona la designación por parte de la Fiscalía Nacional de un Fiscal Especial Sr. Meléndez que investigue cada una de las situaciones de abuso sexual, malos tratos y vulneraciones de derecho de los NNA consignados en el Informe Jeldres en las nueve regiones (Paz, R., 2013d).

Se presiona a UNICEF Chile y Regional, para que exija al Estado de Chile el cumplimiento cabal de la CDN en los hogares y que vele en forma efectiva por los derechos de los NNA institucionalizados en el país (El Mostrador, 2013). Asimismo, se solicita urgencia al Ejecutivo a través del Ministerio de Hacienda de incrementar sustantivamente la subvención a los hogares y que el MINSAL intervenga y se haga

cargo con equipos especializados y con suma urgencia de la SM y psiquiatría de los NNA institucionalizados (Paz, R., 2013e).

Respecto del Poder Judicial, se realiza ante el Congreso Nacional la primera acusación constitucional contra un Ministro de la Corte Suprema de Justicia, el Juez Héctor Carreño, Coordinador de los Jueces de Familia en el país, por haber ocultado información emanada del Informe Jeldres, destituir a dicha Comisión y abandonar sus deberes de protección a la infancia y adolescencia (EMOL, 2014).

Finalmente, se presenta una solicitud formal para que la Contraloría General de la República investigue también los delitos administrativos envueltos en lo que pasó a llamarse en los medios “el Caso SENAME”.

Por otra parte, profesionales de la Corporación SOFINI entregan una Carta al Presidente de la República con una propuesta para intervenir SENAME y re-asignar recursos para contratar psicólogos/as, neurólogos, psiquiatras y asistentes sociales que pudieran evaluar cada uno de los casos de los 15 mil NNA y asegurar que fueran puestos en tratamientos que permitieran su egreso a familias que garanticen su integridad física y psicológica (El Ciudadano, 2013).

2.3.4. Sobre la Comisión Investigadora de SENAME en el Congreso Nacional

El primer hito muy importante de este proceso surge a fines del 2013, cuando son presentados oficialmente al país, los resultados de la Comisión Investigadora de SENAME de la Cámara de Diputados de Chile, contenidos en un contundente Informe Final de más de 270 páginas, presentaremos extractos de las conclusiones más relevantes para comprender la crisis profunda que atraviesa hasta la fecha el sistema de protección residencial de SENAME a saber: “Para la Comisión Investigadora fue particularmente relevante, poner que el abuso sexual de NNA en las residencias, no sólo existe sino que es una realidad instalada en el sistema residencial y que, insólitamente, los responsables – particulares y autoridades competentes- no lo consideran un problema gravísimo requerido de urgente atención y resolución, sino que a juzgar por los testimonios recogidos en la investigación, lo estiman como un hecho casi consustancial a la vida en residencia, como una especie de “normalidad” que no

queda más remedio que padecer(...) Se consigna especialmente la evidencia de su ocurrencia en este Informe, de modo que nadie pueda negar su ocurrencia sistemática, y se demanda su urgente atención. Así como la entrega de tratamiento adecuado para todos los NNA involucrados, sean actores del abuso o pacientes de él, pues al fin y al cabo, todos ellos son víctimas de una misma violencia institucional” (Cámara de Diputados, 2014).

Luego agrega, “particularmente graves, resultan para esta Comisión, las afirmaciones y distinciones hechas por el Director Nacional del SENAME señor Rolando Melo, por la Jefa de la Unidad de Protección de Derechos Sra. Angélica Marín y por la encargada de las Aldeas SOS señora Alejandra Riveros González, y por otros colaboradores, entre un abuso cometido por adultos o por los propios NNA, o el cometido por un adulto que es integrante de la Residencia o por un tercero ajeno a ella, o el abuso que sufren los NNA al interior de ésta o los que sufren, fuera de la misma, cuando salen a visitar a sus familias. Alegaciones que se hacen en un intento por delimitar sus propias responsabilidades. Sus alegaciones son del todo improcedentes en tanto están obligados por la calidad de cuidadores que les asiste, y no hacen más que confirmar que la debida atención de todas las víctimas, no constituye para ellos una preocupación. El Estado de Chile, sin embargo, en tanto primer responsable por el cuidado de los NNA que acoge para proteger, no puede seguir tolerando el abuso sexual sistemático que se produce en las residencias, debe tomar medidas drásticas para terminar con él. Prestar la debida atención médica especializada a las víctimas de abuso como a quienes lo padecen, todos ellos son víctimas de violencia institucional y la detención de aquélla, es responsabilidad ineludible del Estado de Chile, en su conjunto.” (Cámara de Diputados, 2014).

Continúa, “SENAME ha permitido, conocido y tolerado, que los NNA acogidos en los Centros Residenciales claramente identificados en dicha Investigación en las regiones de Arica, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, O’Higgins, Maule, Biobío, Los Ríos, Los Lagos y Magallanes -encontrándose al cuidado del Estado de Chile- fuesen vulnerados en sus derechos fundamentales a su integridad física, psíquica e indemnidad sexual, a su salud física y mental, educación, adecuada alimentación, al contacto con su familia, a un cuidado alternativo adecuado y estable

acorde con sus necesidades, al restablecimiento del pleno uso y efectivo goce de los derechos que le fueron vulnerados y que motivaron la adopción de medidas de protección a su favor, a la reintegración familiar y comunitaria, a ser oído, a contacto permanente con el juez que ordenó su internación, a un trato digno, entre otros. De la conducta desarrollada por el SENAME con posterioridad al conocimiento del Informe Jeldres, a las declaraciones y explicaciones vertidas por sus representantes en el marco de este proceso investigativo, resulta evidente que el Servicio mantiene hasta el día de hoy una conducta transgresora de sus deberes y al decir lo menos, ineficiente a fin de poner término a tales incumplimientos, exigir las responsabilidades comprometidas a todos y cada uno de los actores, restableciendo el imperio del derecho en el funcionamiento de su cometido, y sobre todo, en orden a poner pronto remedio a las vulneraciones de derechos, devolver a cada NNA el pleno uso y goce efectivo de los mismos , y entregarles las reparaciones que les son debidas. Para esta Comisión Investigadora es claro que el SENAME no ha dirigido especialmente su acción a éstos NNA que se encontraban acogidos y en protección por parte del Estado por haber sido vulnerados en sus derechos (...) que pone en peligro su vida o integridad física o psíquica. Ello significa que la institución ha dejado de cumplir con el que es su deber primordial en el ejercicio de su cometido, de acuerdo con lo prescrito en el Artículo 2° Ley N° 2.465 Crea el Servicio Nacional de Menores y Fija el Texto de su Ley Orgánica.” (Cámara de Diputados, 2014).

La Comisión enfatiza sobre SENAME, que “lo menos desde el año 2010, en el que ya se encontraba diagnosticada la crítica situación de incumplimiento de las normas vigentes y los estándares debidos para el cuidado alternativo dentro del Sistema Residencial Chileno y los altos riesgos de graves vulneraciones a los derechos de los NNA que existían, hasta la fecha (2013), SENAME no ha ejercido las competencias que conforme a la Ley le corresponden. A lo menos, no ha ejercido las competencias referidas en los numerales 2, 3, 5, 6, 7 ,8 ,9 ,10 y 11 del Artículo 3° de su Ley Orgánica. Por lo tanto, se concluye que SENAME ha ejercido notable abandono de deberes (Cámara de Diputados, 2014).

A estas conclusiones de la Investigación de la Comisión, se suma “SENAME ni trabajó con sus familias ni con la comunidad en pos de la recuperación e integración,

sino que, sabiendo y no pudiendo menos que saber, que las residencias no contaban con la infraestructura y el personal necesarios, no hizo nada para prevenir las nuevas vulneraciones. Los Directores de las Residencias, sabiendo y no pudiendo menos que saber que no cuenta con los especialistas y con los programas de atención de los NNA que realmente son necesarios, no hizo nada para procurárselos ni para requerir estas atenciones, no ha hecho nada -hasta la fecha- para poner fin a esas vulneraciones y restaurar el imperio del Derecho. Salvo intentar deslindar responsabilidades y hacer una defensa insostenible de sus falencias.” (Cámara de Diputados, 2014).

Cabe señalar, que SENAME cuando es citado a declarar ante los legisladores según consignó el Informe “reconoce (SENAME) en la Comisión Investigadora que existen muchos problemas entre ellos presupuestarios. Indicó que tienen 9.076 NNA que se encuentran vigentes en el sistema residencial. Adicionalmente, cerca de 600 se encuentran en el sistema residencial institucional, es decir, en los centros de administración directa del Servicio Nacional de Menores. Enfatizó que la idea ha sido siempre reducir al máximo posible los casos en que los NNA ingresen a las residencias y destacó que están transformando las plazas residenciales en familias de acogida, proceso que requiere de tiempo. Manifestó que las decisiones de los Tribunales de Familia, también ha permitido que haya habido una disminución en el ingreso a las residencias, así, en el año 2010 tenían 12.229 plazas, en comparación con las 10.409 plazas al año 2013 (cifra que aclaró incluye las subatenciones). Reiteró que la idea es reducir al máximo la cantidad de NNA y dejarla como una medida de protección de última ratio, pasando siempre por las medidas ambulatorias. En cuanto a las residencias, señaló que actualmente tienen 294, 10 de ellas bajo administración directa y el resto, 284, con subvención.” (Cámara de Diputados, 2014).

Acerca del tema del déficit presupuestario de las residencias SENAME declaró lo siguiente “la subvención promedio que entrega el Estado alcanza, aproximadamente, al 55%, por lo tanto, hay una brecha aproximada del 45% del costo real en promedio. Posteriormente agregó que en el 2011, el Ministerio de Justicia modificó el reglamento, de manera de aumentar la subvención a las residencias y en junto a ello, se incrementó presupuestariamente para cubrir el delta hasta el 100%, lo que significó un incremento importante. Así, en el año 2013 se incrementó un 10% y en el 2014, un 10%; también lo

que significa que hay un aumento que llega en total a 37% sobre ese 55%. Enfatizó que siguen faltando recursos, pero en este período se ha aumentado de manera significativa el aporte del Estado.” (Cámara de Diputados, 2014).

Sobre la supervisión de SENAME afirmó que los sistemas de control y supervisión de las residencias son de tres tipos. Primero, las visitas semestrales de los Jueces de Familia, las cuales hasta el 2010 fueron irregulares, en aquellas se entrevistan con los NNA de manera privada, se hace una revisión de carpetas, de infraestructura y un informe que se emite semestralmente a cada una de las residencias, a fin de que den respuestas y soluciones a las observaciones y sugerencias que pueda plantear el tribunal que ha hecho la visita. Segundo, otra institución importante, que fue creada bajo esta administración, son las comisiones interinstitucionales de supervisión de centros residenciales. Esta institución se hizo a semejanza de las CISC, que son las Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de los Centros Privativos de Libertad, es decir, es una comisión interdisciplinaria donde participan distintas instituciones y asisten a las residencias. Indicó que en un primer momento se hizo con 48 o 50 residencias y así se ha hecho sucesivamente en un par de ocasiones. Y tercero, están las supervisiones técnicas del SENAME a las distintas residencias, tanto con subvención como aquellas que son de administración directa y que dependen, fundamentalmente, de las direcciones regionales. Señaló además, que son aproximadamente 93 supervisores a nivel nacional para las 294 residencias. Manifestó que en se solicitaron más recursos para aumentar la cantidad de supervisores de tal manera de contar con un estándar de proyectos a supervisar. Agregó que se aumentaría dicha cifra en un 10% (la cantidad de supervisores) (Cámara de Diputados, 2014).

En este marco, el Sr. Olsen, representante de UNICEF para América Latina y el Caribe, declara en la Comisión Investigadora sobre el panorama de los cuidados alternativos y protección de la infancia y adolescencia en la región. En Chile, plantea que “UNICEF-Chile participó en el proyecto “Levantamiento y Unificación de Información referente a NNA en Sistema Residencial a nivel nacional”, cuyo objetivo fue analizar las condiciones generales de todos los NNA que se encuentren en sistema residencial, estableciendo los principales nudos críticos que enfrenta tanto en el ámbito

judicial como desde el administrativo y formular estrategias para superar los problemas existentes”. Destacó que el rol de UNICEF en este proyecto fue entregar apoyo técnico con sus expertos para desarrollar distintos instrumentos aplicados bajo la dirección y coordinación de un equipo de jueces y profesionales designados por el Poder Judicial a estos efectos. En particular, UNICEF apoyó a los equipos del Poder Judicial en la confección de la ficha única individual, la ficha residencial y la elaboración de una encuesta que recogiera la percepción y opinión de los NNA; la sistematización de sus respuestas y la elaboración de los instructivos para la aplicación de los tres instrumentos” (Cámara de Diputados, 2014).

Indicó que “el proyecto se inscribe dentro del programa de cooperación entre el Gobierno de Chile y UNICEF. El último programa se firmó en el 2012 y estará vigente hasta el 2016. Agregó que en ese programa de NNA privados de su medio familiar, realizar el monitoreo y supervisión de las instituciones responsables a fin de garantizar sus derechos es un eje central del programa de cooperación y que el proyecto se enmarca en el mandato de la CDN e insistió en lo señalado por el Director del SENAME, que lo más relevante es el derecho del NNA a vivir en familia y también la responsabilidad del Estado de apoyar a las familias para que ejerzan sus roles protectores.” (Cámara de Diputados, 2014).

Destacó que este es el cambio fundamental que hace la Convención en relación con el sistema tutelar. Antes, un NNA que tenía problemas, que estaba en situación de pobreza y era vulnerable, era tomado por el Estado e ingresado a una institución. La Convención cambia ese concepto y hoy el énfasis es apoyar a la familia para que efectivamente pueda ejercer su rol protector. Explicó que la Convención plantea el derecho del NNA a vivir en familia, y si en base a su interés superior no puede permanecer en la familia tiene derecho a la protección y asistencia especial del Estado, teniendo en consideración que las instituciones encargadas del cuidado de los NNA deben cumplir con las normas establecidas por las autoridades, y debe existir información adecuada para realizar la supervisión (Cámara de Diputados, 2014).

Señaló que en el 2009 Naciones Unidas, establece las directrices sobre modalidades alternativas para el cuidado de NNA e insiste en que la separación de la familia debe ser el último recurso. Plantea, que cuando los NNA están privados de su

medio familiar, el Estado tiene la obligación de escuchar al NNA y promover la transitoriedad del cuidado alternativo. Además, se establece la necesidad de la revisión periódica de medidas; la necesidad de que cada NNA tenga un expediente, la existencia de una instancia donde puedan notificar sus quejas e inquietudes respecto al acogimiento; posteriormente, un último documento, sobre avance de la implementación. Insistió en que las medidas de cuidados alternativos deben ser justificadas, tener carácter temporal y ser orientadas a la recomposición de los vínculos y reintegración familiar, en el marco del interés superior del NNA, en tal sentido, expresó que estiman necesario que el primer día que el NNA ingresa a una institución se debe comenzar a trabajar en su egreso. Eso significa que el primer día se debe empezar a trabajar con la familia. Agrega, que esto es una de las carencias comprobadas en el Informe (Jeldres) (Cámara de Diputados, 2014).

Destacó que de acuerdo a un estudio realizado por ellos como UNICEF en julio de 2013, en América Latina y el Caribe, todavía hay una desmedida institucionalización y carencias importantes en las residencias. En este estudio regional, se enfatiza que la permanencia de los NNA en instituciones les causa perjuicio, afecta su desarrollo y produce daños difíciles de recuperar, y hace un especial énfasis, en el impacto de la institucionalización a los menores de tres años. De modo, explicó, existe una amplia evidencia en estudio que señala que la institucionalización precoz y prolongada tiene graves efectos sobre la salud y el desarrollo físico, mental y cognitivo de los NNA, así, señala que por cada tres meses que un NNA permanece en una institución, pierde un mes de su desarrollo (Cámara de Diputados, 2014).

Luego, afirmó que en Chile, UNICEF el 2010, desarrollado por el psicólogo Víctor Martínez, se reportó que existe desequilibrio entre la actual capacidad de los centros residenciales y los requerimientos de los NNA, pues el nuevo perfil del NNA es más complejo y ha generado la necesidad de atención más especializada. Agregó, que la población vigente de NNA atendidos en los centros perfila a un NNA más vulnerado en sus derechos, siendo las principales causas de ingresos al sistema la negligencia, el maltrato y el abandono de los padres. En otras palabras, una familia con mayores niveles de complejidad a diferencia de un estudio realizado en los años 1994 y 1995, que sostuvo que uno de los principales factores de ingreso a las residencias era la

pobreza. Destacó que en la actualidad, en la medida que ha disminuido de manera importante el número de NNA en las residencias, cambia el perfil, pero no cambia la institución y sus funcionarios para atender un nuevo tipo de NNA, y eso es un problema bastante grave (Cámara de Diputados, 2014).

Dentro de las principales conclusiones del Estudio, está que las residencias actuales no cuentan con la capacidad técnica que requiere la atención de los NNA. Se necesitan profesionales especializados, con mayor capacitación; tanto los educadores como los profesionales requieren desarrollar recursos y metodologías para trabajar con la familia. Se trata de una gran carencia. En general, los funcionarios lo visualizan como un desafío difícil, arduo y lento. En las residencias se necesitan educadores más especializados que asuman el trabajo con los NNA, las familias y las redes locales; mayores recursos presupuestarios, un modelo más integral de intervención y el establecimiento de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de trabajo socio-educativo. Preciso, que el primer instrumento es la ficha única y que al término de la primera Comisión llamada Comisión Jeldres, había 6.500 fichas aplicadas y a través de ellas, se entrega información sobre la situación de los NNA en residencias (Cámara de Diputados, 2014).

Acerca de la actuación del Poder Judicial, el Informe de la Comisión, consignó que al menos, nueve residencias que de acuerdo con la información recogida han tenido a sus NNA institucionalizados por un plazo mayor a los 2 años y hasta 4 años y que Chile, presentan el mayor número regional de NNA en riesgo alto, estos centros debieron ser intervenidos por nuestro sistema judicial, prohibido su funcionamiento y perseguidas las responsabilidades de instituciones colaboradoras y autoridades involucradas. Agrega, que no puede soslayarse el hecho de que el índice de riesgos construido en este Informe, permite calificar a las 108 residencias estudiadas en sus diferentes niveles y no sólo a las nueve que resultaron tener los índices más altos, información que fue recogida de los sistemas informáticos SENAINFO, perteneciente al SENAME y SITFA perteneciente a los Tribunales de Familia. De modo que a ninguna de estas dos instituciones les era desconocida dicha información, una silenciosa máquina que invisibiliza –y en ocasiones acrecienta- el sufrimiento de NNA que deben ser ayudados por el Estado (Cámara de Diputados, 2014).

Sobre los Directores de Residencias, el Informe concluyó que son responsables por la vulneración grave y sistemática de los derechos fundamentales de los NNA que ocurre en sus residencias. Por disposición del artículo 14 de la Ley N° 20.032 que Establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del SENAME los Directores o responsables de los proyectos, y los profesionales que den atención directa a los NNA en alguna de las líneas de acción de su competencia tienen el deber de denunciar de inmediato esta situación a la autoridad competente en materia criminal si la misma fuere constitutiva de delito (Cámara de Diputados, 2014).

Respecto a las autoridades del Ministerio de Justicia, el Informe señaló, que manejaban la información de los centros residenciales y los requerimientos de los menores, pues el perfil del NNA existente a esa fecha, es más complejo y ha generado la necesidad de atención más especializada. En el diagnóstico existente desde el año 2010 y realizado en colaboración con el mismo SENAME, ya se estableció que la población vigente de NNA atendidos en los centros perfila a un menor vulnerado. Reitera que desde el año 2010, era sabido que, en la actualidad, en la medida que ha disminuido de manera importante el número de NNA en las residencias, había cambiado su perfil, pero que no había sucedido lo mismo con la institución y sus funcionarios. Informe enfatiza que sabiendo esto, debieron implementarse las medidas necesarias. Durante el mes de mayo del año 2012, el Ministerio de Justicia conformó Comisiones para que inspeccionaran 48 hogares de la red de protección del Servicio Nacional de Menores, a lo largo de todo el país. Los profesionales elaboraron un crudo Informe, con lapidarias conclusiones, pero que a nadie debieron sorprender en razón de la descripción del nuevo perfil descrito en el Estudio Diagnóstico realizado en el año 2010 por UNICEF en convenio con SENAME. El que también describió la inadecuación de la oferta del SENAME para atender las necesidades especiales de NNA con perfiles multiproblemáticos requeridos de intervenciones médicas, psicológicas y psiquiátricas especializadas.” (Cámara de Diputados, 2014).

Una conclusión importante, que afirmó la Comisión Investigadora, relativa a los centros de administración directa de SENAME, los actuales CREAD señala lo siguiente: “las falencias en la gestión también fueron evidentes para las autoridades ministeriales

de justicia y se registraron también en los centros directamente gestionados por el SENAME: El CREAD Galvarino, en Santiago, *"tiene una capacidad para 70 NNA y siempre está sobrepasado en su capacidad, con lo cual se deben ocupar hasta las salas de estar como dormitorios (...) Los baños son colectivos no hay privacidad para bañarse o hacer sus necesidades"*. Los baños para las visitas también son colectivos. En el CREAD de Pudahuel, aunque tiene capacidad para 80 menores, al momento de la visita gubernamental había 150 personas, entre los 12 y los 17 años. Además, *"hay sistemas que deben ser cambiados, como la eliminación de agua del baño. Hay humedad"*. En el Centro Residencial de NNA de SION de Macul, de la Corporación de las Asambleas de Dios de Chile, se constató que el total de 40 cupos estaba ocupado, pero que los educadores no daban abasto: cada uno tenía trato con un promedio de 6,7 NNA. Existen por tanto desde el año 2010, profusos registros sobre la negligencia en el cuidado de los encargados de las residencias y de las propias autoridades ministeriales que alcanzan extremos del todo inadmisibles" (Cámara de Diputados, 2014).

En relación a la oferta de salud especializada, señaló el Informe que "la Comisión Despeje y el SENAME en su trabajo de los años 2009-2010 abordó el tema de las atenciones de SM especializada y requeridas por el nuevo perfil de NNA atendidos por el sistema de protección residencial. La situación ya era alarmante. Según reconoció el entonces Director del SENAME, cita a Francisco Estrada: "Nunca se había hecho el catastro de las atenciones de SM que necesitamos y lo estamos haciendo ahora. Pero como referencia le puedo decir que un estudio de la UNICEF, mostró que más de la mitad de los NNA que atendemos en los hogares ha sufrido abuso sexual, maltrato infantil o negligencia parental grave y con esos tres factores tienen problema de salud que deben ser tratados". Para esa gran población de NNA no hay una solución fácil pues se requiere que el sistema de Salud el MINSAL, participe y eso nunca ha ocurrido SENAME no puede resolver solo el problema. No hay posibilidades de llegar a levantar un sistema paralelo al de Salud Pública. La única fórmula es que tengamos mejor relación con el sistema de salud y que éste asuma los problemas de SM de los atendidos del SENAME también como un problema propio afirmó el ex Director" (Cámara de Diputados, 2014).

En síntesis, la conclusión más relevante es que el Estado de Chile, representado por SENAME vulnera los derechos de los NNA de forma grave, por lo cual, ha realizado “notable abandono de deberes” en su función central como es brindar protección de los derechos de los NNA bajo su cuidado, es lo que llamaré la “paradoja de la protección”.

2.3.5. Sobre la Auditoría de la Contraloría General de la República al Sistema Residencial de SENAME

Un segundo hito en la generación de evidencia que fundamenta la existencia de una crisis del sistema residencial de SENAME y aporta información relevante para su resolución proviene de los resultados de la Auditoría Nacional realizada por Contraloría General de la República al sistema entre los años 2013 y 2014. Los resultados de estas investigaciones están contenidos en quince informes.

A mediados del 2013, profesionales de la Corporación SOFINI presentaron un requerimiento a la Contraloría General de la República solicitando se investigaran los delitos administrativos vinculados con las vulneraciones a los derechos de los NNA institucionalizados en el sistema residencial de SENAME que se describían en el Informe de la Comisión Jeldres, a los que agregaron denuncias recogidas por la propia Corporación.

En el escrito, presentado por el especialista en Derecho Administrativo, abogado Rigoberto Valdivia, se solicitó investigar las figuras administrativas y penales de faltas a la probidad, grave abandono de deberes funcionarios y malversación de fondos públicos. Hasta el día de hoy, los resultados de dicha auditoría no se han hecho públicos. De hecho fue gracias a una periodista de un diario de Atacama que fue posible informarse que la auditoría solicitada efectivamente se había realizado entre mediados del 2013 y comienzos del 2014. Alertados por esta periodista y luego de rastrear en los sitios web del SENAME y de la Contraloría General de la República fue posible acceder, no sin dificultad debido a la dispersión en que se presentan los Informes, los resultados por cada región auditada. Llamativamente, pese a que en salvo dos de los informes de la Contraloría se reconoce que la auditoría fue ejecutada a solicitud de la Corporación SOFINI, hasta el día de hoy, ni la noticia oficial de su

realización ni los resultados obtenidos han sido oficialmente comunicados a la organización ciudadana que la solicitó. Tampoco se encuentra disponible, en ningún sitio web de gobierno al menos, un análisis de los resultados que consolide, en una imagen global a nivel nacional, la magnitud exacta de las graves faltas y delitos administrativos detectados por la Contraloría. Por otra parte, pese a que en todos o casi todos los informes emitidos se solicitan sanciones administrativas, nada se sabe si estas sanciones si hicieron efectivas.

A continuación, para fines de esta Tesis, se resumen algunos de los hallazgos más relevantes en la Región Metropolitana, donde se sitúa nuestro Estudio. En dicho Informe se consigna que “para determinar la muestra a auditar, se consideraron los hogares incluidos en la denuncia presentada a este Organismo Contralor por la Corporación de Desarrollo y Promoción de NNA, Jóvenes y Familias, SOFINI, incorporando aquellos que se encontraban vigentes a la fecha de la fiscalización y que registraban la mayor cantidad de fondos transferidos hasta el mes de noviembre del año 2013”.

Entre el extenso y detallado listado de irregularidades y delitos administrativos detectados por la Contraloría, se destacarán aquí aquellos que resultan más pertinentes para evaluar la Calidad del Trabajo que en SM se realiza en las residencias auditadas y las condiciones laborales en las que trabajan los profesionales psicólogos:

1. En el acápite “Inhabilidades del personal que trabaja en los Hogares” se consigna que; “de la revisión practicada a las carpetas de las personas que trabajan para los proyectos examinados en los centros de que se trata, se determinó que, en términos generales, estas no contienen los certificados de antecedentes ni las declaraciones juradas simples que expresen la circunstancia de no encontrarse procesado o formalizado por crimen o simple delito, o bien, estos documentos no se encuentran actualizados. Lo manifestado contraviene lo previsto en el artículo 11 de la ley N° 20.032 precitada y el punto 2, letras a) y c), del oficio circular N° 15, de 2012, del SENAME, que imparte Instrucciones sobre Obligación Contenida en los Convenios que se Suscriben con Organismos Colaboradores de las Funciones de este Servicio”. Más adelante agregan los auditores; “sobre la materia, la institución señala que dicha situación se produjo debido a que los supervisores técnicos examinaban aleatoriamente

las carpetas del personal, ya que no daban abasto para efectuar una revisión completa de ellas, sin embargo, agrega que en el transcurso del presente año esta debilidad ha sido subsanada, ya que es deber tanto de los supervisores técnicos como de los financieros exigir el cumplimiento de este requerimiento, dejando constancia de aquello en las actas de supervisión respectivas.”

Destaco la gravedad de las irregularidades detectadas por la Contraloría ya que si se consideran las vulneraciones a los que se expone a NNA bajo el cuidado de personal en el que no se coteja ni siquiera la presencia de antecedentes penales, el riesgo para NNA es evidente. De hecho, al momento de escribir esta Tesis, se ha denunciado que un funcionario del SENAME de la V Región está siendo hoy procesado por su participación en una Red de Almacenamiento de Pornografía Infantil (Riquelme, 2015).

El impacto que estas negligencias administrativas tiene para la SM de los NNA internos en el sistema residencial de SENAME es evidente y resulta aún más grave si se considera que las irregularidades detectadas siguen ocurriendo a pesar del revuelo mediático que las denuncias de abusos sexuales del SENAME han tenido y luego de que una Comisión Investigadora del Congreso Nacional ha emitido un contundente Informe y un Juez de la Corte Suprema estuvo a punto de ser destituido justamente por este tipo de negligencias ¿Qué más tiene que ocurrir? ¿Luego del Informe hasta ahora reservado de la Contraloría General de la República, se está chequeando que el personal que trabaja en SENAME no tiene antecedentes penales, al menos? ¿Qué tipo de evaluación respecto a la SM , competencias psicológicas e idoneidad técnica se está haciendo hoy día antes de contratar personal técnico y profesional que trabajará con NNA en extremo frágiles, vulnerables y muchas veces invisibles para sus propias familias de origen y/o adultos potencialmente protectores?.

Por último, quiero destacar el hecho de que, en su respuesta a la Contraloría, la Dirección Regional Metropolitana del SENAME intenta disculpar la ausencia de la más mínima supervisión del cumplimiento de aspectos que resultan básicos para la seguridad de los NNA institucionalizados como es el supervisar el que la “institución colaboradora” no contrate pedófilos con antecedentes penales entre sus trabajadores. Como se verá en la sección resultados de la tesis, uno de los hallazgos de esta

investigación dice relación justamente con la visión que los profesionales entrevistados refieren respecto a la “supervisión” efectuada por SENAME. La respuesta de la Dirección Metropolitana de SENAME cobrará entonces aún más sentido “los supervisores técnicos examinaban aleatoriamente las carpetas del personal, ya que no daban abasto para efectuar una revisión completa de ellas.”

2. En el acápite “Recursos Profesionales” se consigna que; “se determinó que en la residencia para mayores, RPM-Aldea Mis Amigos, existe una dotación de 3 profesionales para el desarrollo del proyecto, cantidad que resulta insuficiente, por cuanto, en concordancia con lo indicado en el numeral 7.1 de la resolución N° 765, ya aludida, esta permitiría prestar atención a un número no superior a 75 menores, en circunstancias que las plazas autorizadas en este centro alcanzan a 90. En el mismo orden de ideas, el Hogar Los Ceibos tiene contratado un psicólogo de jornada completa para atender a un total de 186 residentes, de los cuales 23 son NNA y el resto adultos, proporción que incumple lo requerido en la normativa previamente señalada, toda vez que de acuerdo con esta, el centro debería contratar, a lo menos, 2 profesionales del área psico-social. Al respecto, la entidad fiscalizada manifiesta que, efectivamente, esta situación es una observación recurrente, no obstante, en las aludidas residencias, la cantidad de profesionales existentes se ajusta a los respectivos proyectos de funcionamiento que dieron origen al convenio, documento en el cual se basa la supervisión técnica y financiera del SENAME. Sobre la materia, corresponde mantener la observación, toda vez que se advierte que el SENAME ha aprobado proyectos cuyas condiciones no se ajustan cabalmente a lo establecido en la citada resolución N° 765”.

A modo de resumen de esta sección de la auditoría se puede concluir que luego de realizada y habiéndole dado la oportunidad a la Dirección Regional Metropolitana de SENAME para resolver la carencia de un número de profesionales psicólogos que den cuenta de las Bases Técnicas que el mismo SENAME licita, la Dirección Regional del SENAME se limita a responder que la carencia de un número adecuado de psicólogos/as que garantice la adecuada atención de los NNA es una realidad asumida por el sistema y frente a la cual, no habría nada que hacer

¿Qué consecuencias tiene para la SM de los NNA en las residencias la ausencia de un número de psicólogos acordes al volumen de NNA institucionalizados? ¿Qué

nivel de formación de pre y/o postgrado se exige a los psicólogos que aceptan trabajar en condiciones tan precarias? ¿Cuánto tiempo permanecen estos profesionales trabajando en estas condiciones? ¿Qué nivel de rotación tienen los psicólogos contratados para trabajar en el sistema residencial licitado a privados por SENAME?.

3. En el acápite “Educadores de Trato Directo” se consigna que “se detectó que en los hogares Acogida a la Vida, Refugio de Misericordia, Aldea Nazareth, Acógeme, Los Ceibos, Juan XXIII, Las Camelias, Pequeño Cottolengo, Don Orione, Ángeles Custodios e IDECO de Puente Alto, existen funcionarios que realizan la función de educadores de trato directo sin cumplir con los requisitos académicos para desempeñar dicha labor, los cuales son diferentes dependiendo del tipo de residencia de que se trate y aparecen consignados en la mencionada resolución N° 765, de 2011. Los casos identificados se presentan en el anexo N° 6. Por otra parte, se observó que las Residencias RPM Aldea Mis Amigos y Acogida a la Vida no cuentan con la cantidad de educadores de trato directo mínima requerida, puesto que el primer centro debía mantener 9 personas en ese cargo, en circunstancias que efectivamente trabajan 7, y en el segundo caso, la dotación existente es de 1 trabajador por cada 13 menores, no obstante que la proporción debe ser de 1 por cada 7 usuarios, todo ello en armonía con lo establecido en la referida resolución N° 765, de 2011. En cuanto, al incumplimiento de los requisitos académicos solicitados a los educadores de trato directo, la entidad en su respuesta expone que tal situación se origina dado que la mayoría de los funcionarios ejercen su labor desde antes de la exigencia establecida en la precitada resolución y, por ende, hoy en día prima la experiencia, no obstante, en las nuevas contrataciones se hace hincapié en el cumplimiento de las exigencias normadas. No obstante el argumento expuesto por el servicio no se aporta evidencia que permita establecer la fecha de inicio de labores de los funcionarios objetados en cada centro, por ende, se mantiene la observación. Por otra parte, la entidad no responde la observación referida a la cantidad mínima de educadores requerida en los hogares RPM Aldea Mis Amigos y Acogida a la Vida, por lo cual corresponde mantener lo objetado.”

En síntesis, la Dirección Regional del SENAME Metropolitano reconoce que los NNA bajo su protección no cuentan con un número adecuado de Educadores de Trato Directo (ETD) y que los contratados tampoco cuentan con la formación técnica mínima

necesaria, lo que sumado al hecho de que tampoco se controlan sus antecedentes penales podría explicar, al menos en parte, la razón por la cual graves malos tratos han sido denunciados reiteradamente en los últimos años. Cabe preguntarse ¿Qué actitud asumen los psicólogos/as que trabajan en estas residencias cuando sus usuarios/pacientes refieren ser víctimas de malos tratos por el personal que trabaja en los equipos que ellos mismos integran? Recientemente, algunos profesionales de las residencias de la V región, motivados tal vez por el clima de discusión pública que se ha generado, se han atrevido a hacer públicas las denuncias. Sin embargo, es difícil discriminar cuánto de este interés por denunciar estas negligencias es movido por legítimas aspiraciones salariales y cuánto por el deseo de asegurar intervenciones de calidad para los NNA institucionalizados (Pérez, 2015).

7. En el acápite “Psicopedagogos y Educadores de Párvulos” se consigna que “se constató que la Residencia Ángeles Custodios no ha contratado un profesional de las características recién enunciadas, acorde a lo contemplado en el numeral 6.1 de la identificada resolución N°765, el cual debe diseñar, ejecutar y evaluar actividades semanales y planes mensuales de estimulación temprana dirigida a los NNA, lo que contribuye al desarrollo integral del menor, de modo de lograr la expresión al máximo de las potencialidades de cada uno de ellos, como asimismo, apoyar el trabajo que realizan las educadoras de trato directo. En su respuesta, la autoridad institucional expresa que la existencia de este profesional no se encuentra incluida en el proyecto de funcionamiento de la aludida residencia. Al tenor de lo anterior, se reitera lo mencionado en la letra b., de este apartado, en el sentido de que el SENAME debe aprobar proyectos cuyas condiciones se ajusten a lo establecido en la citada resolución N° 765, por lo tanto, se mantiene la observación”.

Se confirma entonces que, al menos, algunas de las instituciones colaboradoras aceptan concursar a licitaciones que les exigen, al menos en el papel, estándares mínimos de calidad técnico-profesional que los privados saben que no podrán cumplir y que SENAME tampoco está dispuesto a fiscalizar. La Declaración Pública de una de estas Instituciones colaboradoras en la V región, a propósito de los cuestionamientos de que era objeto, resulta dramáticamente ejemplificadora de cómo, al hacerse públicas los incumplimientos de Convenio con SENAME, optan entonces por declararse “en

proceso de discernimiento” respecto a la viabilidad de continuar su trabajo dado que, ahora súbitamente se les hizo evidente, luego de años de concursar por recursos públicos, que “los aportes del SENAME no alcanzan ni siquiera para cumplir con el 40% de las exigencias del proyecto” (Paz, G., 2015). De hecho, en este caso el Hogar fue cerrado prácticamente de un día para otro, sin que hubiera la menor consideración para con el destino final de las niñas y jóvenes que llevaban años viviendo en esta residencia (Trejo, 2015). ¿Cómo impactan estas situaciones el trabajo de los profesionales psicólogos/as que allí trabajan? ¿Cómo “significan” el trabajar en un sistema donde los recursos comprometidos para hacer bien su trabajo simplemente no alcanzan?.

8. En el acápite “Formulación de Plan de Intervención Individual (PII) Sub-acápite Registro” los auditores consignan; “sobre el particular, se evidenció que en la carpeta una NNA beneficiario de la residencia Renuevo, no se encontraba incluido el Plan de Intervención Individual correspondiente, por lo que no se pudo acreditar su elaboración. También se observó, en la residencia Casa de Laura, que 2 de los 5 PII examinados fueron emitidos con retraso, toda vez que se confeccionaron a los 105 y 339 días de ingresados las menores Lisbeth G.P. y Tabita C. H., respectivamente al hogar, no obstante, la resolución N° 765, de 2011, ya citada, indica que la formulación del referido plan debe iniciarse durante el primer mes de estadía del usuario y complementarse en el segundo con los hallazgos de la evaluación diagnóstica, y encontrarse debidamente registrado en la carpeta individual. La entidad en su respuesta adjunta el Plan de Intervención Individual del menor residente del centro Renuevo, antecedente que permite dar por levantada la observación al respecto. Sin embargo, no se pronuncia sobre el retraso en la confección de los PII de los NNA objetados en la Casa de Laura, por consiguiente, corresponde mantener lo observado.”

Al respecto cabe reflexionar que resulta difícil esperar que en residencias donde no existe el número adecuado ni de profesionales, ni de ETD, se elaboren PII que cumplan, al menos, con los mínimos requisitos técnicos contenidos en las Bases Técnicas exigidos por la Ley 20.032 como es elaborar planes de calidad al ingreso del NNA a la residencia. Así, a más de un año de conocido el Informe de la Comisión Jeldres en el que se señalaba justamente la ausencia de planes efectivos de

Intervención Individual, la auditoría realizada por la Contraloría indica que la situación no ha cambiado.

9. En el acápite “Carpeta de Menores” se consigna que: “en el anexo N° 5 se presenta el detalle de las carpetas revisadas en cada una de las residencias incluidas en la muestra, cuyo resultado se indica seguidamente: a. Ingreso y acogida del menor a la residencia. En relación con este punto, se constató que el beneficiario Daniel Z. P. se incorporó al Hogar Pequeño Cottolengo Don Orione, con fecha 2 de mayo de 1998, a raíz de la solicitud directa de su padre, don Marcelo Z. C. quien, en esa época, se desempeñaba como Director Regional del SENAME, en consecuencia, la derivación del infante no se efectuó por disposición de una autoridad judicial, infringiendo con ello lo dispuesto en el artículo 19 de la ley N° 20.032, antes mencionada. Por otra parte, se verificó que las residencias Hagámoslo Juntos y Renuevo carecían de un protocolo para la acogida y contención de los menores, tanto en el caso de los ingresos programados como en los de situaciones de emergencia, el cual aparece exigido en el numeral 6.1 de la resolución N° 765, de 2011, del SENAME, que "aprueba formato de bases tipo administrativas, técnicas y anexos para concursos públicos de proyectos, relativo a la línea de acción centros residenciales, modalidad residencias, de conformidad con la ley N° 20.032" y su reglamento. Al respecto, SENAME en su respuesta, adjunta antecedentes que dan cuenta de la superación de lo objetado en el hogar Renuevo, toda vez que acompaña los referidos protocolos confeccionados por el centro afectado, debido a lo cual se subsana la observación formulada. En cuanto a la falta de los citados protocolos en el hogar Hagámoslo Juntos y en relación con la situación detectada en el Pequeño Cottolengo Don Orione, el SENAME no dio respuesta, por lo tanto, se mantiene íntegramente lo observado en cada caso.”

A propósito de esta situación, resulta relevante enfatizar que más allá de la existencia o no de “protocolos” que salven la grave vulneración detectada, este hecho da cuenta de la ausencia de una mirada institucional respecto del ingreso irregular de un NNA a una residencia y cómo los NNA son ingresados/egresados sin considerar el desarraigo que esto provoca en su historia y continuo vital, esto constituye una nueva vulneración, violencia y maltrato. La experiencia de equipos de psicólogos/as que han reflexionado respecto a esta forma de violencia y trabajado con NNA institucionalizados

en SENAME muestra el nocivo impacto que para su SM representa la forma como se les ingresa y egresa de los “hogares” del SENAME (Marchant, 2013).

10. En el acápite “Evaluación Integral del Menor” se consigna “al respecto, se advirtió que la carpeta del menor Lawrence R. L., quien reside en el Hogar Maruri, no contaba con la evaluación de competencias parentales que dispone la aludida resolución N° 765, la cual consiste en una verificación y profundización de las evaluaciones con que el NNA, niña o adolescente ingresa a la residencia. De igual forma, se detectó que el reporte del NNA Kevin S. R., no registraba la fecha de su confección. Por otro lado, se comprobó que algunas de las carpetas examinadas en el hogar Casa de Laura y Nuestra Señora del Camino presentaban evaluaciones realizadas fuera del plazo establecido en la normativa previamente citada, el cual corresponde a 20 días hábiles (1 mes) contados desde el día de ingreso del menor al centro. Acerca de este punto, el servicio auditado adjunta una copia del informe de evaluación de competencias parentales del menor Lawrence R. L., sin embargo, no es posible identificar fehacientemente que tal documento pertenezca al residente en cuestión. Por otra parte, respecto de lo objetado del beneficiario Kevin S. R. y de las situaciones detectadas en el hogar Casa de Laura y Nuestra Señora del Camino, la entidad no aporta antecedentes. Producto de lo antes descrito, se mantiene la observación.”

11. En el Sub-acápite “Informes de Evaluación y Permanencia”, se consigna; “de la inspección realizada a los hogares Casa de Laura y Maruri se advirtieron demoras de 182 y 81 días respectivamente, en el plazo establecido para la entrega de los informes de permanencia que estas instituciones deben enviar a los tribunales de familia que ordenaron el ingreso de los menores al hogar y, en la Aldea Mis Amigos, programas REM y RPM, se comprobó que esta obligación se cumple en forma semestral, no obstante, que la aludida resolución N° 765, de 2011, ordena que estos deben remitirse al juzgado, al menos cada 3 meses. Sobre la materia, el Servicio auditado señala que efectivamente hay días de desfase en el envío de los aludidos informes a los tribunales de familia respectivos, los cuales no son remitidos exactamente cada 3 meses como lo establece la normativa precitada y el artículo 76, de ley N° 19.968, que Crea los Tribunales de Familia, el cual consigna que este informe se evacuará cada tres meses, a menos que el juez señale un plazo mayor, con un máximo de seis meses, autorizada

mediante resolución fundada. Al respecto, corresponde precisar que en los casos observados no se evidenció la resolución que autorizara el aumento de plazo y, debido a que el SENAME no aporta antecedentes que den cuenta de la implementación de medidas que permitan evitar atrasos como los descritos, se mantiene la observación.”

Cabe señalar que, más allá de las formalidades técnicas consignadas por la Contraloría como incumplidas, las vulneraciones y negligencias detectadas indican que las denuncias realizadas por los Jueces que integraron originalmente la Comisión Jeldres, antes de que fuera destituida por el Juez de la Corte Suprema Magistrado Héctor Carreño, siguen plenamente vigentes en cuanto a que los NNA ingresan a las residencias del SENAME sin planes específicos de intervención que permitan su más pronta desinstitucionalización. Los informes de Avance y Permanencia, se dilatan porque una vez ingresados la mayoría de esos NNA permanecerán en las residencias hasta que cumplan su mayoría de edad a cargo de instituciones que no cuentan con equipos con capacidad técnica ni instrumentos de trabajo que permitan “avanzar” en la restitución de sus derechos vulnerados.

Por otra parte, tal parece que la estrategia técnico-política seguida por SENAME, tanto en la administración del Presidente Piñera como en la de la Presidenta Bachelet, ha sido utilizar las denuncias de abusos sexuales y/o malos tratos en los centros residenciales como excusa para proceder al cierre inmediato de los hogares y de esta manera “resolver” dos “problemas”; El primero, la existencia de testigos que puedan declarar en procesos penales (una vez egresados, los NNA son muchas veces inubicables, especialmente cuando sus denuncias se han estampado en “encuestas anónimas”). El segundo, reducir “la carga” financiera que representa para el Estado un sistema residencial en crisis y financieramente colapsado. Así se entiende, la imposibilidad del Fiscal Especial designado para entrevistar a las víctimas haya cerrado la investigación sin testigos y que la primera medida del Consejo Nacional de Infancia a cargo de la Educadora de Párvulos, Estela Ortiz haya nominado a una Comisión de Abogados para “apurar las causas” (surge el 2013 en el Ministerio de Justicia denominándose Programa ASCAR) y conseguir el egreso de la mayor cantidad posible de NNA, especialmente lactantes, dado que, justamente por la falta de profesionales y técnicos, es en este grupo etario donde se produce la mayor mortalidad por falta de

cuidados adecuados debido a la escasez de personal tanto en cantidad como en capacidad técnica. Cerrar hogares, generar egresos express, fueron las acciones inmediatas que tomó SENAME durante la Administración del Presidente Piñera. Todo parece indicar que, en el Gobierno de la Presidenta Bachelet, la estrategia no cambia (Ortíz, 2014a). Y si bien, desinstitucionalizar NNA, especialmente lactantes y preescolares menores de 3 años, surge como un objetivo muy relevante y necesario, sorprende la ausencia de información técnica respecto a cómo se hizo y se hará este proceso y quienes lo supervisarán. Finalmente, algo más de información se encontró en el PNUD, en el que queda claro que los profesionales que liderarán el proceso de desinternación serán abogados (Ortíz, 2014b) ¿Qué competencias tienen los abogados para evaluar si una familia está o no en condiciones de hacerse cargo del cuidado de un NNA? Todo parece indicar que con tal de evacuar a NNA de alto riesgo de mortalidad el conflicto está siendo “resuelto” por “secretaría” (Seymour, 2014).

A objeto de no extender innecesariamente el análisis de toda la Auditoría realizada por la Contraloría a las Residencias de SENAME correspondientes a la Región Metropolitana, sólo agrego, a modo de resumen, que en el resto del Informe se entregan múltiples evidencias que confirman y amplían las denuncias contenidas en el Informe Jeldres dando pie para la configuración de otros delitos, tales como el de malversación de fondos públicos. Un capítulo aparte merecerían los resultados de la auditoría en los aspectos de sanidad, higiene, condiciones del mobiliario, manipulación de alimentos, condiciones de seguridad, vías de escape, etc. (ver las fotografías que se adjuntan en el informe de la Contraloría para hacerse una imagen de la situación)

Por otra parte, la lectura de las auditorías realizadas en otras regiones no muestra nada mejor. Así las cosas, resulta “comprensible” el que hasta el día de hoy estos informes permanezcan enterrados en el anonimato de internet. Lo que no resulta comprensible y amerita por tanto una investigación es ¿Cómo profesionales psicólogos/as logran co-existir con tanta vulneración ejercida en contra los NNA?

Espero que esta investigación, ayude a entender tan profundo fenómeno. Las fotografías que la propia Contraloría adjunta en dicho Informe, hablan más que mil palabras. Hablan de un sistema residencial en profunda crisis donde como plantea Arendt “el mal se hizo banal” (Arendt, 1963). Un sistema residencial donde simplemente

los NNA no son tratados como personas, ni menos como sujetos de derechos. Y los profesionales, “sólo cumplen órdenes” (Arendt, 1963). En la sección resultados de este Estudio, veremos como el mal ejercido contra los NNA también se extiende a los psicólogos/as que trabajan con ellos. En el Holocausto de NNA en el SENAME los presos y sus carceleros, al final, terminan compartiendo destinos similares. En SENAME, los NNA mueren a vista y paciencia de todo Chile, realidad que esperamos salga a la luz pública tarde o temprano.

2.4. Una Aproximación a las experiencias de intervención de los psicólogos/as en Salud Mental

Se ha hecho un lugar común en el convulsionado debate público de un país que, por primera vez se cuestiona de manera colectiva el modelo de desarrollo en que ha estado embarcado durante los últimos cuarenta años, el reconocimiento de las profundas brechas de desigualdad que trajo consigo la implementación de la forma radical de neoliberalismo que se instaló en Chile con la Dictadura Militar y se profundizó durante los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia y Alianza por Chile. Menos discutido ha sido el impacto que el modelo ha tenido en la SM de la población, especialmente de aquellos segmentos más precarizados y marginados. Por ejemplo, hoy sabemos que, a diferencia del resto de los países OCDE en los cuales las tasas se mantienen estables o en franco decremento, en Chile la tasa de Suicidio en NNA se ha incrementado en los últimos 15 años. Y, lo más grave, junto con el Embarazo Adolescente, Violencia Intra-Familiar, Dependencias de Alcohol, Marihuana, Inhalantes, Pasta Base de Cocaína, etc. el Suicidio Infanto-Juvenil se distribuye desigualmente. Es decir, son los NNA de los estratos marginados, los NNA de los guetos de Chile los que más “contribuyen” al aumento del Suicidio, Adicciones, Violencias y Conductas Impulsivas. Así, los mismos NNA que en los guetos de Chile se embarazan precozmente, se hacen más adictos, también se contagian más de VIH, se tornan más impulsivos/violentos, y, en creciente número, se suicidan.

En el Chile que camina hacia el “desarrollo”, la pobreza y la salud mental tienen rostro de NNA. ¿Cómo ha influido el negativo incremento en los indicadores de SM entre los NNA más vulnerables en el ejercicio de la Psicología en Chile?.

Para entender la magnitud de los desafíos que enfrentan los psicólogos/as que intentan responder a esta crítica situación de los trastornos mentales que el modelo de desarrollo está generando, especialmente en los segmentos más vulnerables de la población, no basta, sin embargo, acudir a las estadísticas de prevalencia de depresión, suicidio, adicciones, violencias, embarazo adolescente, contagio juvenil de VIH, etc. es necesario también tener presente que, en estricto paralelo con esta verdadera crisis de SM, los recursos que el Estado de Chile destina para atender a las necesidades de SM de la población han ido disminuyendo. Dicho de otra manera, Chile es, al mismo tiempo el país OCDE con los peores indicadores de SM y el que menos invierte en SM ¿Cómo afecta el trabajo que realizan los psicólogos/as que intentan atender a la población más vulnerable de Chile este complejo escenario caracterizado por NNA cada vez más dañados en su SM y un Estado que cada vez ofrece menos recursos para atenderlos?.

¿Cómo resuelven los psicólogos/as las urgencias de SM de una población cada vez más enferma con recursos cada vez más limitados en términos de horas-psicólogo, horas-médico y horas de otros profesionales que apoyen su trabajo (asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, abogados, etc.), para no hablar de acceso a hospitalizaciones, medicamentos, etc.?

Tan sólo dos Estudios han intentado, hasta ahora, acercarse a conocer la manera como los psicólogos/as enfrentan estos desafíos y lo que reportan no es alentador.

Acuña (2015) utilizando la técnica de las producciones narrativas investigó la intervención psico-social estatizada en instituciones colaboradoras de SENAME y SENDA. Cuatro profesionales, dos psicólogos de SENAME, un asistente social y un educador de SENDA, fueron entrevistados. Los entrevistados fueron seleccionados por su larga trayectoria en el trabajo psicosocial “en terreno”. Todos ellos originalmente pertenecientes a Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) que cumplieron un activo rol articulando el trabajo de comunidades en lucha por recuperar la Democracia y acceder a condiciones materiales de vida acordes con su “dignidad”.

El testimonio de cómo han vivido estos profesionales el progresivo retiro del Estado del “mundo popular” y la implementación de políticas de profundización del modelo neoliberal implementadas por los Gobiernos de “Transición a la Democracia” aparece de un valor incalculable para permitir un registro histórico, “en primera persona”, de cómo el ejercicio de nuestra disciplina está siendo afectado por las condiciones político-sociales en que intenta cumplir sus fines. Su vocación.

De acuerdo al relato de la autora del Estudio; “las ONG’s desde su accionar participaron activamente en la transición democrática (...) posteriormente se intenciona el fortalecimiento de la sociedad civil y la configuración del Tercer Sector como actores relevantes en los procesos de redemocratización. El Estado reconociéndoles un papel relevante en la lucha por la Democracia, intenta buscar un lugar de colaboración donde articular la participación de dichos organismos, proceso que sienta las bases para la instalación paulatina del rol ejecutor sin incidencia en la elaboración de políticas públicas. Así, a partir de los 90`s, el Estado se constituye en una creciente fuente de financiamiento, empleo precario y sostenibilidad institucional de estas instituciones, lo cual, resulta fundamental frente a la retirada de fondos de la cooperación internacional post Dictadura Militar” (Acuña, 2015, p.24). Más adelante agrega; “las ONG’s en el contexto de externalización de la acción interventiva que ha propiciado el Estado siguen una lógica neoliberal en la cual han entrado a jugar a través de los mecanismos de licitación y concurso público (...) así se continúa relevando el carácter ejecutor de las mismas en tanto organismo colaborador del Estado invisibilizando en ello la posibilidad de generar un accionar crítico, propositivo y pertinente, sello característico en épocas anteriores.” (Acuña, 2015, pp.22-23).

Se concluye que “El Estado se desliga de la responsabilidad de la protección de los Derechos Humanos de las personas que pertenecen a un Estado Nación (...) lo cual trae desventajas sobre las políticas públicas porque quienes las ejecutan lo hacen desde su propio parecer (...) los programas se transformaron en acciones donde el problema se centra en el individuo (...) tus problemas los resuelves tu (...) La Política Pública responsabiliza a sujetos particulares para evitar el cuestionamiento al sistema político-social en el cual estamos viviendo y la sociedad civil deja de cumplir su rol de fiscalizador.” (Acuña, 2015, pp.40-58).

Uno de los psicólogos entrevistados relata: “frente a esto hay ONGs y profesionales que son muy obedientes con la Política Pública y ese ser obedientes tiene que ver con profesionales que han tenido una historia y hoy son más temerosos del SENAME. Sienten que no pueden señalarle y decirles “no, tú estás equivocado yo soy la que está en terreno y trabajo con los NNA.”(Acuña, 2015, p.42).

De los testimonios recogidos en la investigación, se desprenden varios asuntos muy relevantes para el ejercicio de la Psicología en el contexto de la privatización de las Políticas de Protección de la Infancia Vulnerable en Chile; Primero; Los espacios para el ejercicio profesional en un marco de apego a los estándares de calidad definidos por la recta “lex artis” que la propia disciplina ha ido definiendo a lo largo de su historia, se encuentran constreñidos en un modelo institucional donde los psicólogos/as han quedado en la práctica reducidos a meros ejecutores funcionales de políticas institucionales en las que no parece tener derecho a “voz ni voto”. Segundo, en un marco tan restrictivo, las responsabilidades éticas individuales parecen diluirse y pasar a un segundo plano frente al temor a la desprotección y vulnerabilidad laboral. Los psicólogos/as se perciben “temerosos” al ser el último eslabón de la cadena de ejecución de la política pública de infancia”. Son los que reciben y ejecutan las órdenes, lo cual, los dejaría en una condición de autocensura y sumisión. En este contexto, los profesionales cuyas ONGs debieron aceptar recibir fondos públicos para poder “sobrevivir” se ven enfrentados al dilema de callar y aceptar formas de trabajo en las que no creen o enfrentarse al Estado y expresar sus reparos y/o abiertas diferencias corriendo el riesgo de perder su fuente laboral o, simplemente, renunciar a sus trabajos e “irse para la casa”. En definitiva, hagan lo que hagan, los costos serán altos.

¿Existe otra alternativa? A juzgar por los resultados de las entrevistas realizadas a las profesionales del sistema residencial del SENAME Región Metropolitana, la respuesta es que no. Tal parece que a la hora de elegir entre “adaptarse” o “perecer” sigue primando la lógica de la “vita laboriosa” como diría Arendt.

Pero no sólo en el trabajo con NNA “en riesgo social” surgen tensiones entre las miradas de los psicólogos/as “en terreno” y el aparato burocrático que diseña y gestiona políticas públicas “restrictivas”, por adjetivarlas eufemísticamente. Tal como lo plantea Andrade (2015) en su artículo “Haciendo Trampita”, en Chile el tratamiento de la

depresión está garantizado por ley, pero se desconocen las prestaciones efectivamente entregadas a los pacientes y el modo de funcionamiento de los equipos de salud encargados de proveerlas. Para responder a esta interrogante, entrevistó a ocho psicólogos que trabajan en Consultorios de Atención Primaria de Salud (APS en adelante) de la Región Metropolitana y se realizó un análisis desde la Teoría Fundamentada. Obtuvo seis categorías del análisis, siendo el “hacer trampita” una de las más relevantes y ejemplificadora.

Andrade, sostiene que la categoría identificada como “hacer la trampita” agrupa a un conjunto de acomodos/arreglos que realizan los psicólogos/as que intentan ejercer su trabajo en las precarizadas condiciones impuesta en la APS. Así, para cumplir las metas de gestión que exige el Estado a través de Servicios de Salud desfinanciados y sobre exigidos por altas demandas de atención, los psicólogos se verían “obligados” a “hacer trampitas” ¿Cómo lo hacen? Primero, aprenden a “arreglárselas con lo que hay”, es decir, con los recursos que tienen atienden a los pacientes lo mejor posible. Segundo, aprenden a “hacer malabarismos”, es decir, a desarrollar múltiples tareas para cumplir lo exigido por el Servicio de Salud y brindar la atención menos mala posible a los pacientes. Hay que quedar bien con el Estado y con los Pacientes. Dejo al lector la decisión de quien es Dios y quien el Diablo en esta analogía religiosa. Tercero, desarrollan su trabajo orientados a cumplir las metas de gestión para obtener un beneficio económico lo que es, de acuerdo a sus palabras un “secreto a voces en APS”. Es decir, la lógica de la “vita laboriosa” de Arendt sigue primando. Un ejemplo de estas estrategias es reorganizar su agenda diaria, destinando el tiempo de los pacientes que han faltado a su sesión para alargar el tiempo estipulado para realizar entrevistas de ingreso que, de no contar con la ausencia de algunos pacientes, simplemente no serían realizables en la siempre atestada programación que el Estado les exige cumplir. Esta “trampita” permite entonces que se puedan hacer entrevistas de ingreso más profundas, indagando sintomatología, historia clínica, gatillantes de la consulta actual, antecedentes relevantes y las redes sociales de los pacientes de una manera que se aproxima a satisfacer las necesidades de pacientes y profesionales.

Aquí, sostiene Andrade, los psicólogos/as significan esta adaptación como un proceso indispensable para dar una buena atención a sus pacientes, de modo que sin

esas “trampas”, no es posible hacer bien su trabajo. Un entrevistado relata: “Es que nosotros hacemos mucha trampa, en Atención Primaria si no haces trampa “no señora sabe qué, vaya al médico para que le dé su medicamento”, “es que me quedan dos”, “es que tiene que ir al médico a control”, entonces ya, va a esperar y eso significa un mes sin medicamento, por lo tanto el medicamento se fue “a las pailas” (pierde su efecto), entonces todas esas cosas te las tienes que saltar no más y tienes que resolver cosas en el pasillo, en la sala de espera (...) entonces yo por ejemplo, con la asistente social, repetimos recetas, eso es así, súper abierto, es normal, nosotros repetimos recetas sin ningún problema, en algunas ocasiones hasta subimos dosis (Entrevistada 3)” (Andrade, 2015, p.122).

Estas estrategias de ajuste, aun cuando pasan por alto las normas establecidas, son realizadas reiteradamente y a repetición implican, para el psicólogo/a clínico de APS, un proceso de aprendizaje que se profundiza a medida que el profesional va adquiriendo experiencia en el trabajo en su Consultorio. Es por ello que, plantea el autor, con el paso del tiempo, estas adaptaciones son asumidas con normalidad y son vivenciadas como parte integral de la manera de trabajar en este contexto: “yo pienso que ninguna persona que no haga lo que siente que tiene que hacer, soportaría trabajar con ese nivel de presión, con esa cantidad de pacientes, con esos rendimientos, o sea yo creo que lo que nos sustenta tiene que ver con eso, con que igual... claro, tiene que ver con... con que, o sea, yo creo que si vas a seguir la norma al pie de la letra, no creo que nadie haga eso, o sea, te mueres, (risas) profesionalmente, porque además la norma ni siquiera la hacen psicólogos, se hacen mirando a Estados Unidos, a Francia, España, y se hace acontextualmente, y se hace en un escritorio.” (Andrade, 2015, p.122).

Lo paradójal es que, de acuerdo a las vivencias de los psicólogos/as que trabajan en APS, para hacer bien su trabajo hay que hacerle trampas al Estado. Enfrentados a un Sistema de Salud que no responde a las necesidades ni de ellos ni de sus pacientes, los profesionales optan por disociarse y, por la vía del engaño, quedar en paz con su consciencia sin arriesgar su única fuente de trabajo.

Andrade, señala que esta práctica no es sólo un ejemplo del fuerte compromiso de los profesionales con la salud pública –y con sus necesidades de ingresos, agrego-

sino que debe entenderse, como un problema institucional que determina la calidad de la práctica profesional y que afectan los resultados de la misma con los usuarios. En este contexto, recomienda que “para lograr el fortalecimiento de la APS se deberían implementar medidas a distintos niveles. En términos de financiamiento, aumentando el monto per cápita en salud y modificándolo en función del perfil epidemiológico de la población. A nivel de recursos humanos, es necesario el aumento de sueldos y de la capacidad resolutoria de los profesionales (CPPUC, 2014). Por otro lado, es imprescindible que el Estado destine un mayor porcentaje del presupuesto público de salud a SM, para así alcanzar el 5% de gasto que se había propuesto para el año 2010”. (Andrade, 2015, p.126).

Las investigaciones de Acuña (2015) y Andrade (2015) muestran como el ejercicio del psicólogo/a, vinculado a instituciones del Estado, en el primer caso en programas de SENAME y SENDA y, en el segundo caso, en los Consultorios de Atención Primaria, reducen el rol profesional a la mera ejecución de una política pública paliativa caracterizada por restricciones presupuestarias, orientaciones técnicas y metas inadecuadas y sobre-exigentes para los profesionales al tiempo que no brindan las prestaciones que las personas necesitan para mejorar su protección y/o SM. Dicho de otro modo, si el rol central de la Psicología es el bienestar de las personas y grupos sociales, las experiencias de intervención que los psicólogos están desarrollando son perjudiciales tanto para agente de intervención en SM como para los usuarios.

¿Qué podría explicar esta situación? Un factor clave es el financiamiento, confirmado en los hechos y las estadísticas, el Estado que cada vez invierte menos en garantizar el derecho a la SM de los grupos vulnerables de la población. Por ejemplo, desde el 2008 al 2012, el presupuesto en SM disminuyó de 3,1 % a 2,16% casi un punto porcentual (MINSAL, 2015) ¿Cuál es el resultado de esto en el ejercicio profesional? Que todo lo sólido que pensaron realizar y aportar desde la Psicología se “desvanece en el aire” como escribió Marshall Berman (1981).

Estamos en presencia de un Estado cada vez menos garantista y un tercer sector “mercantilizado” que administra y sostiene la desigualdad. ¿Es posible así que los psicólogos/as realicen trabajo comunitario, psicoterapia, rehabilitación y tratamientos psico-sociales eficaces hacia los NNA y las personas en los territorios y regiones del

país? Difícil tarea. Algunos dirán “es lo que tenemos”. Si se habla en colectivo “tenemos”, parece adecuado pensar en cambiarlo y luchar por ello, porque a lo menos existe tras esta expresión algún interés en lo social, lo colectivo, en el siempre olvidado “bien común”, que nos recuerda que somos seres sociales dotados biológicamente para vivir en comunidad con Otros. Pero si la respuesta es, “lo que me toco”, sería, más bien, una forma sencilla de decir teóricamente que sigo las lógicas individualistas, patrimoniales y de competencia tan características de la Política Pública implementada por el Estado Moderno.

Weber en su libro *Economía y Sociedad* (1922) un clásico eterno de la sociología comprensiva, planteaba que los sistemas de dominación del Estado tienen distintos tipos de racionalidades de acuerdo a sus fines y propósitos, parece ser que la racionalidad que está presente en la vinculación del Estado y las ONGs, es instrumental de acuerdo a fines de financiamiento que permiten mantener el control, la manipulación y finalmente el exterminio silencio y progresivo de las personas ¿Será por eso que hay tantos problemas de SM en el país?.

Las nuevas problemáticas y síntomas clínicos que ha ido tomando la situación de SM de los NNA y población adulta, a lo menos son efectos de los procesos de transformación socio-culturales y cambios económicos que la modernidad ha construido como una sociedad de clase caracterizada por un poder burocrático y sociedades de expertos que cosifican los conflictos mentales como meras variables a intervenir una vez que han construido una forma de sociedad altamente patológica que los produce.

Las experiencias de los psicólogos/as en las intervenciones en particular en SM, se construyen en una dinámica histórico-social determinada, por tanto, las prácticas y los significados son construidos en esta cultura y van produciendo identidades profesionales que son el reflejo concreto de la sociedad en que vivimos (Berger & Luckmann, 1986) No existe ninguna práctica que sea en esencia crítica y/o disidente, todas lo son en distintos sentidos y en relación con las propuestas dominantes de ciertas épocas o contextos sociales, éstas que van cambiando en función de los equilibrios y desequilibrios de las relaciones de poder (Piper, 2008). Lo que está claro, y lo vemos en las investigaciones anteriores, es que el psicólogo/a, ya no busca en su experiencia laboral articular prácticas alternativas, ni exige la transformación de la

sociedad como una necesidad para la reparación social y el bienestar de las personas. Se acepta la reparación individual como el único ámbito de acción posible, “haciendo la trampita” o siendo “obedientes” aunque ambas prácticas son generadora de frustraciones para el conjunto de los actores involucrados, usuarios y los profesionales. Y lo más grave se reproduce una relación de competencia y consumidores.

En esta línea las posibilidades de transformar las experiencias y las prácticas de los psicólogos/a en SM exigen como sostiene Piper (2008) que “La disidencia de las Psicologías con los atropellos a los Derechos Humanos supone un deseo y una voluntad. Ese es el punto de partida fundamental para poder construir un campo de acciones transformadoras, pero la realidad no se transforma con buenas intenciones sino con la articulación de prácticas diferentes. En la medida en que estas Psicologías se han alejado de sus praxis políticas y se han acercado al campo de las técnicas psicológicas centradas en los sujetos individuales, han perdido un potencial crítico indispensable que es asumir que una práctica disidente es ante todo política. Y lo es cuando asume la transformación social como un hecho práctico inmediato, como algo inaplazable. Una Psicología Crítica debería estar dispuesta a considerar los efectos teóricos, éticos y políticos de afirmarse como un sujeto histórico y por lo tanto productor de realidad.” (Piper, 2008, p. 57).

De esta manera, las posibilidades de mejorar las prácticas de los psicólogos/as en las intervenciones en SM con NNA institucionalizados no se reduce a psicologizar y despolitizar el ejercicio profesional sino que se establezca que “el trauma” o las vulneraciones de derechos de los NNA, exige una reparación social y política global que produzca cambios y transformaciones en el Estado, la cultura y el psiquismo, este valor es una posición ético-política inexcusable para la Psicología.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Conocer las experiencias de intervención en SM y los significados que le atribuyen los psicólogos/as que trabajan con NNA vulnerados entre los 13 a los 18 años institucionalizados en residencias de protección para mayores dependientes (REM/PER) del SENAME de la Región Metropolitana.

3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar y caracterizar las experiencias de intervención en SM de los psicólogos/as en la atención con NNA en los aspectos teóricos y estrategias de intervención.
2. Caracterizar y analizar los significados construidos por los psicólogos acerca de las experiencias de intervención en SM con NNA institucionalizados en residencias de protección para mayores dependientes (REM/PER) del SENAME de la Región Metropolitana.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque metodológico

La investigación utilizó un enfoque metodológico cualitativo dado que aporta una perspectiva que genera información socialmente significativa y relevante para observar la experiencia, prácticas y toma de decisiones de los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la SM (Fernández, 2006). Se parte del supuesto de que el significado social de la atención en SM será distinto para los diferentes agentes implicados, quienes significan qué es, cómo se hace y cuáles son las expectativas que tienen sobre la problemática de diversas maneras (Iñiguez, Monreal, Sanz, del Valle & Fusté, 2009).

Se optó por una investigación de tipo exploratorio descriptivo dado que no se encontraron estudios anteriores que den cuenta de las experiencias de psicólogos en SM en el sistema residencial. Había que generar entonces una primera aproximación lo más abierta y des-prejuiciada posible.

Los datos fueron analizados mediante el Análisis de Contenido con el objeto de dar cuenta específicamente de las significaciones atribuidas por los psicólogos/as a sus experiencias en SM en las residencias de NNA de la región metropolitana. En este sentido, lo que se entendió aquí por significaciones alude al “uso de palabras para expresar imágenes mentales de un acontecimiento, un aspecto del panorama, una escena, experiencia, emoción o sensación” (Strauss & Corbin, 2002), realizada desde la perspectiva de quien hace la descripción. De este modo, se utilizó un análisis deductivo e inductivo que permitió cumplir los objetivos de investigación propuestos en la Tesis.

4.2. Muestra utilizada

Se seleccionó una muestra de siete psicólogas pertenecientes a tres instituciones colaboradoras que actualmente implementan la modalidad Residencias de Protección para Mayores con Programa Especializado Residencial (REM/PER) de la Región metropolitana. Las Residencias fueron seleccionadas en base al Cuatrato Nacional de la Oferta Programática de SENAME vigente al año 2015. Todas las residencias allí descritas cuentan con convenio vigente con SENAME a la fecha de la

realización del trabajo de campo, el cual fue realizado en el segundo semestre del presente año (SENAME, 2015)

Posteriormente se seleccionó específicamente a las REM/PER, dentro de las cuales se identificaron tres programas residenciales en ejecución pertenecientes a siete instituciones colaboradoras de la Red SENAME en la Región Metropolitana. La muestra escogida fue intencionada y no probabilística.

Se utilizó criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a un conjunto de atributos específicos que deberían cumplir los participantes en función de los objetivos de investigación y la consistencia de la información que aportarían sobre las experiencias de los psicólogos/as trabajando en el sistema.

Se tomó contacto formal con cada una de las Direcciones de las respectivas instituciones colaboradoras de SENAME para informar de los propósitos de la investigación y consultar sobre el perfil de los psicólogos/as que allí trabajaban. Se remitió una carta invitación vía electrónica a los psicólogos/as candidatos/as para ser entrevistados/as que luego, fueron seleccionados/as según los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:

Criterios de Inclusión

- Psicólogos/as que trabajen de acuerdo al actual Catastro de Colaboradores de la Red SENAME RM 2015 en convenio vigente en la modalidad residencias de protección para mayores con programa especializado residencial (RPM/PER)
- Psicólogos/as que a lo menos cuenten con 2 años de experiencia de intervención con NNA y/o adolescentes en residencias dependientes del SENAME.
- Psicólogos/as que trabajen en REM/PER proveyendo servicios de atención directa de necesidades de SM de adolescentes institucionalizados en jornada completa.
- Psicólogos/as que trabajen en REM/PER en atención directa en SM con adolescentes institucionalizados en jornada completa o parcial.
- Psicólogos/as que sean autorizados por las instituciones colaboradoras a participar en la investigación y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Psicólogos/as que no realicen atención directa con NNA institucionalizados.
- Psicólogos/as que trabajen paralelamente en programas ambulatorios de la red de colaboradores de SENAME.

Del total de veintitrés psicólogos/as que trabajan en las trece residencias, sólo ocho de ellos, cumplían con los criterios de inclusión propuestos como criterios muestrales de la investigación. Siete aceptaron participar y todas resultaron ser de sexo femenino. Una vez contactadas, fueron invitadas a participar de una entrevista de 1 hora de duración, la cual, fue grabada en audio y luego transcrita. Una vez que se lograron las transcripciones de las entrevistas, se realizó el procesamiento de la información de cada una de las entrevistas, siguiendo el orden cronológico en el cual fueron realizadas. Según este orden, a cada entrevistada se le asignó un número del 1 al 7, con el cual serán designadas en la descripción de los resultados. En general, se observó disposición de las entrevistadas a participar del Estudio una vez obtenida la autorización institucional. Las entrevistas fueron realizadas dentro de los marcos horarios definidos por cada institución.

4.3. Técnica de recolección de datos

Para realizar la recolección de información relevante, se utilizó como fuente primaria de producción de datos cualitativos la técnica de la entrevista semi-estructurada, la cual usualmente se aplica a participantes que disponen de manejo y conocimiento previo en el tema de investigación como en este caso, es decir; las experiencias de psicólogos/as en SM con adolescentes institucionalizados de SENAME.

Para facilitar que las profesionales expresaran sus puntos de vista, experiencias y reflexiones subjetivas, que técnicas estandarizadas no permiten indagar en detalle, se utilizó una entrevista semi-estructurada de carácter individual (Taylor & Bogdan, 1986).

Previamente, se elaboró una Pauta de Entrevista Guía con los dos grandes tópicos de la investigación 1) experiencias y, 2) significados de las experiencias de SM

atribuidas por los psicólogos/as del REM/PER, temas que fueron abordados con cada una de las entrevistadas. Una vez elaborada, la Pauta de Entrevista Guía fue pre-testeada con 2 psicólogos ex – residenciales y revisada por la asesora metodológica y guía de Tesis de modo de asegurar la pertinencia, comprensión y aportes de la misma para cumplir los objetivos propuestos en la investigación.

Cada una de las siete entrevistas se desarrolló en las respectivas instituciones donde trabajan las profesionales, lo que permitió observar el contexto real en el cual se desempeñan. Las Entrevistas se llevaron a cabo en las comunas de Santiago Centro, El Bosque, La Pintana y Estación Central.

Una vez transcritas las siete entrevistas, se invitó a tres de las participantes que en la primera ronda mostraron contar con mayor experiencia a revisar el material recolectado. Se buscaba contrastar y profundizar con ellas -en una segunda etapa- sus propios relatos con el análisis preliminar de las categorías que se estaban elaborando. No fue necesaria hacer una segunda sesión de entrevistas con todas las participantes ya que en la primera sesión se apreció que la problemática tiende a saturarlos rápidamente a nivel individual. Es decir, al volver sobre los temas investigados, buscando profundizar y/o facilitar la emergencia de nuevos contenidos, las entrevistadas tienen a repetir sus dichos sin aportar nueva información.

Con el objeto de contextualizar y analizar la información recogida se usó fuentes de información secundarias como documentos, estudios, informes, artículos y reportajes de medios de prensa, material audiovisual y estadísticas. En la revisión y búsqueda de otras fuentes de información disponible se intentó acopiar toda la información de contexto que estuviera disponible. Se solicitó formalmente a SENAME que se facilitara toda la información actual del sistema residencial, específicamente datos sobre la SM de los adolescentes atendidos y datos respecto a dotación actualizada del número y características contractuales de los psicólogos/as que trabajan en el sistema REM/PER. Se derivó al Centro de Documentación de la institución y sólo se logró disponer vía correo electrónico de una respuesta del Departamento. de Protección de Derechos según el cual se revisarían el material solicitado. Hasta la fecha no se ha obtenido respuesta.

Pese a que no estaba considerado originalmente, durante el transcurso de la investigación se realizaron conversaciones con informantes claves y especialistas con vasto conocimiento en el funcionamiento institucional de SENAME y la problemática de SM infanto-juvenil, los cuales, aportaron valiosa y actualizada información para fines casi exclusivos de la presente investigación. Información que sirvió de guía para ir profundizando en la problemática estudiada.

4.4. Análisis de Datos

Se trabajó con la técnica de Análisis de Contenidos, la cual, se fundamenta en marcos teóricos de tipo comprensivo/fenomenológicos. Lo central del enfoque cualitativo es conocer y/o comprender las significaciones de los diversos fenómenos, experiencias y prácticas investigadas.

Si bien existen diversas definiciones del análisis de contenidos, hay consenso respecto a lo que puede ser comprendido como “el proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente de los datos. Va más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos (contenido manifiesto) para interpretar y realizar una abstracción de los datos accediendo así al significado oculto de los miSMos (contenido latente)” (González y Cano, 2010).

En esta investigación, la información recabada fue decodificada y organizada mediante un proceso que no fue mecánico, sino un proceso interpretativo preliminar en sí mismo (Sisto, 2008). El análisis del material estuvo compuesto por fases de codificación abierta, codificación categorial y codificación selectiva. La codificación partió con la selección de citas de las entrevistadas sobre sus significaciones. Las ideas centrales de estas, se plasmaron en citas en códigos, conceptos de primer nivel, que permitieron relevar una descripción, valoración, distinción o posicionamiento relevante de la entrevistada sobre el tema.

En la fase de análisis codificación categorial, los códigos fueron organizados en torno categorías que emergieron durante el proceso. Y, en la codificación selectiva, se estableció la relación entre las distintas categorías en torno a un argumento central que

permitió comprender y explicar las experiencias y significaciones de las psicólogas en SM en las residencias con adolescentes institucionalizados.

Diversos autores coinciden en que el proceso de asignación de categorías de significados, ya es un proceso de reflexión teórica y gestación de interpretación, el cual, nos orientará en el análisis detallado o “denso” de los datos. A modo de ejemplo, si usamos la categoría “casos complejos” esta ya refiere directamente a experiencias concretas en atención de SM, es decir, estamos en un nivel de aplicación práctica de experiencias, no a un nivel de la reflexión teórica de SM, ello ya nos dice bastante sobre significados emergentes asociados a los grupos de significación. No se usaron categorías previamente determinadas sino que se elaboraron conforme el material que surgió en las entrevistas.

Posteriormente, con las categorías de significaciones se organizaron dimensiones globales, estas agrupaciones constituyen categorías y subcategorías, las cuales, dan cuenta de las interrelaciones interpretativas de los datos. Estas, se expondrán más adelante en una Matriz Categorical Global que sintetiza los principales resultados de la investigación interpretados de forma comprensiva en sus aspectos categoriales más específicos. Finalmente, estos resultados permitieron realizar reflexiones posteriores con mayor profundidad dando cuenta de las dimensiones y características relevantes del fenómeno investigado (Coffey & Atkinson, 2005).

En resumen, el análisis de contenido, lejos de ser un conjunto de procedimientos mecánicos y rígidos en su aplicación, es un proceso de codificación e interpretación de las significaciones altamente creativo, reflexivo y orientado por una epistemología de construcción permanente de los sentidos y significaciones que las personas, grupos o comunidades asignan a un determinado fenómeno que se investiga y en el cual, sus experiencias, relatos, hablas y sentidos cobran un valor interpretativo fundamental para encontrar la comprensión de lo investigado.

4.5. Aspectos éticos

A cada entrevistado se le solicitó su autorización para participar en el Estudio mediante la firma de un Consentimiento Informado. Asimismo, se envió cartas oficiales a las Direcciones de las residencias de SENAME, para ponerlos en conocimiento del objetivo y metodología del Estudio, de manera que brindarán las facilidades necesarias para concertar las entrevistas y proporcionarán información documental si fuese el caso. Se adquirió el compromiso de devolver una copia de los resultados de la Investigación a cada participante. Se garantizó también que los audios y transcripciones de las entrevistas sólo podrán ser usados para esta Tesis y las eventuales publicaciones que de esta se desprendan. El contenido de las entrevistas no estará disponible para uso público ni judicial ni para ser usado en ninguna otra finalidad que las descritas como objetivos de esta Tesis.

V. RESULTADOS

Se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas a 7 psicólogas que se desempeñan en residencias REM/PER de la Región Metropolitana. Para el propósito de organizar mejor su presentación y facilitar la lectura, los resultados se presentan usando una Matriz Categorial Global en la que se identifican 4 dimensiones principales, 6 categorías y 23 subcategorías.

Tabla 7: Matriz Categorial Global: Dimensiones, Categorías y Subcategorías Emergentes

Dimensiones	Categorías	Sub-Categorías
Los Psicólogos Residenciales	1. Perfil de los Psicólogos Residenciales	Años de Ejercicio Profesional
		Formación Académica y Especialización
		Adhesión a Modelos Teóricos de Intervención
		Experiencia laboral en el Sistema de Protección Residencial de SENAME
		Funciones de los Psicólogos
	2. Visión de los Psicólogos sobre la Institucionalización de los NNA.	Propósitos de la Institucionalización
		Efectos de la Institucionalización

	3. Visión de los Psicólogos de la SM.	Trabajo del Psicólogo en la SM
El Sistema De Protección Residencial de SENAME.	4. Visión de los Psicólogos del Modelo Residencial SENAME	Falta de un Modelo de SM desde SENAME
		Falta de Recursos Profesionales Especializados
		Supervisión Técnica de SENAME es Burocrática
		Instalación de la Mirada de la SM en la Intervención Residencial
Los NNA Institucionalizados	5. Visión de los Psicólogos sobre el Perfil los NNA en las Residencias.	Población de NNA atendidos
		Heterogeneidad de Causales de Vulneración de Derechos
		Perfil psicológico y psiquiátrico de NNA
		Hospitalización de Casos Complejos
		Sobre las fugas de los NNA de las Residencias
		Visión de los Psicólogos sobre las Características de las Familias

La SM en las Residencias	6. Visión de los Psicólogos sobre Estrategias de Intervención en SM.	Atención psicosocial
		Atención clínica
		Atención familiar
		Atención psiquiátrica
		Trabajo en Red

5.1. Los Psicólogos Residenciales

5.1.1. Perfil de los Psicólogos Residenciales

Esta categoría agrupa aquellos contenidos de las entrevistas que permiten caracterizar el perfil académico y profesional de las psicólogas residenciales, los que se desglosan en subcategorías tales como años de ejercicio profesional, formación académica y especialización, adhesión a enfoques específicos; experiencia laboral en el sistema residencial y funciones cumplidas por los psicólogos en las residencias.

5.1.1.1. Años de Ejercicio Profesional

Respecto a su formación universitaria, todas las psicólogas entrevistadas obtuvieron sus títulos profesionales de Universidades tanto públicas (4) como privadas (3), la más antigua se tituló el año 1997 y la más reciente el año 2013. Seis de las siete entrevistadas cuentan con más de 6 años de ejercicio profesional. De éstas, dos cuentan con más de 20 años de ejercicio profesional.

“[Me titulé] en el 2005 de la Universidad de Chile”. (Psicóloga 1)

*“Yo estudié en la Universidad del Pacífico, me titulé en el año 2013.”
(Psicóloga 2)*

“En la Universidad Santo Tomás, me titulé el 2008”. (Psicóloga 3)

“Estudié en la Universidad Católica de Valparaíso y me titulé en el año 2012”. (Psicóloga 4)

“Yo estudié en la Universidad de Chile y egresé en el año 1996 y me titulé en el año 1997”. (Psicóloga 5)

5.1.1.2. Formación Académica y Especialización

Si bien todas las psicólogas entrevistadas cuentan con postítulos y cursos de capacitación, esta formación se centra en problemáticas de abuso sexual y el modelo sistémico ecológico de Barudy. Ninguna de ellas, declara haber recibido formación de postgrado ni especialización en formación clínica, psicoterapéutica o de SM ni tampoco en Psicología Clínica Infanto-Juvenil acorde con el rango etario de los NNA institucionalizados. Una psicóloga refiere haber realizado un diploma en drama-terapia como herramienta para trabajar con adolescentes institucionalizados con discapacidad mental leve a moderada.

“Ahora estoy haciendo un diplomado en la Universidad de Chile, de agresiones sexuales, me fui especializando más por la pericia, porque quiero ser Consejera Técnica y perito de evaluación en el contexto judicial y quiero hacer el Magíster en Psicología Infanto-Juvenil de la Chile”. (Psicóloga 2)

“Hice un Diplomado en abuso sexual en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, lo terminé el 2012”. (Psicóloga 3)

“Claro, he hecho cursos de capacitación, actualmente hemos ido a capacitación en el área de familia, ya que hacemos diagnósticos en el

área parental, entonces cursos de Barudy, trabajamos en ese ámbito”.
(Psicóloga 1)

“(…) solamente me perfeccioné en el enfoque sistémico y en adultos”.
(Psicóloga 7)

“(…) no he hecho post títulos, sí tengo diplomados en agresión sexual, prevención y tratamiento. Tomé uno en la Chile en la Facultad de Artes, drama terapia, para poder trabajar y poder tener todas las estrategias, ya que por el perfil de los chicos con discapacidad trabajar con terapia como tal, es más complejo, por lo que se debe tener más mecanismos, por lo que creo que el drama, el teatro es una buena estrategia para poder trabajar con ellos.” (Psicóloga 6)

5.1.1.3. Adhesión a Modelos Teóricos de Intervención

De acuerdo a los enfoques teóricos a los cuales las profesionales declaran adherir, se pueden distinguir tres corrientes teóricas; el modelo sistémico-ecológico, la perspectiva humanista y el enfoque comunitario. No se declara adhesión a enfoques clínicos especializados en población infanto-adolescente y/o familias multiproblemáticas. Tampoco se declara formación y/o adhesión teórica a miradas clínicas evolutivas y psicopatológicas que permitan intervenir integralmente en la SM de los NN y la de sus familias de origen. La noción de “resignificación” definida como el foco central de la “atención psicológica” según lo establecen las Bases Técnicas de SENAME, no aparece respaldada en ninguna formación especializada asociada a trauma, resiliencia o enfoques psico-sociales que resulten relevantes para intervenir con este perfil.

“Adhiero al modelo de Barudy y parte de lo que tomo del modelo SENAME, tengo un enfoque compartido, porque con la dupla psico-social, venimos con el modelo de Barudy desde antes y SENAME lo complementa con instrumentos.” (Psicóloga 1)

“Yo creo que es más integral, de la línea humanista, por formación en la Escuela que estudié. Por un lado, la visión del ser humano, en la línea humanista es un enfoque positivo, creo en la posibilidad de cambio, y estar mejor, creo que pueden salir adelante en la vida, pueden sanar, creo firmemente en eso.” (Psicóloga 2)

“Soy clínica comunitaria, soy más comunitaria que clínica, por eso creo que el trabajo con las redes y con la familia, me interesa lograr que las familias logren desplegar las habilidades para estar con hijas, es lo mío.” (Psicóloga 3)

“No sabría decirte uno en particular que guíe la residencia, sí la discapacidad intelectual, y en mi caso el modelo ecológico, pero en SM no sabría decir si hay uno particular, el énfasis trabaja con el tema de la discapacidad intelectual.” (Psicóloga 4)

“Yo siempre he trabajado con el modelo sistémico, nunca el caso lo veo solo” (Psicóloga 5)

“(…) solamente me perfeccioné en el enfoque sistémico y en adultos”.
(Psicóloga 7)

5.1.1.4 Experiencia Laboral en el Sistema de Protección de SENAME

Dos psicólogas cuentan con 17 a 20 años de experiencia exclusivamente en residencias y las cinco restantes han trabajado por un periodo no mayor a 3 años en las residencias del SENAME. Cuatro de las siete entrevistadas, declara haber trabajado en programas sociales de ONGs cuya población objetivo son jóvenes y mujeres de otros organismos públicos y privados con un perfil muy distinto al que presentan los

NNA en la Red SENAME. Dos profesionales declaran experiencia laboral en programas ambulatorios de la Red SENAME.

Cuatro de las entrevistadas declaran una excesiva rotación profesional de los psicólogos en las residencias en el cargo PER orientado a la atención individual y especializada hacia las adolescentes. Dos de las entrevistadas se refieren a las dificultades para contratar psicólogos especializados en clínica infanto-juvenil.

“Tengo 3 años de experiencia en esta residencia, pero trabajo en hogares más de 20 años. (...) siempre he sido psicóloga, pero también fui Directora en otra residencia.” (Psicóloga 1)

“Como REM/PER, que comenzó a funcionar en el año 2014, yo me integre en Agosto del año pasado, ya que estuve con licencia pre y pos natal, por lo que estoy trabajando del año pasado, más de un año. Como RDD y ahora REM/PER llevo trabajando 17 años, para la Fundación.” (Psicóloga 5)

“No trabaje antes en la red SENAME y es primera vez en un hogar, dos años y medio aproximadamente llevo haciendo terapia reparatoria, a las niñas que no estén en otro lugar teniendo atención, hago diagnóstico y talleres. Aquí trabajo dos días a la semana los martes y jueves, son 16 hrs.” (Psicóloga 2)

“Como psicóloga hace 2 años [que trabajo en el hogar]. Antes trabajaba en un proyecto más ambulatorio, igual con contacto directo con los NNA. Era un proyecto de explotación sexual infantil y de educación en la ONGs Raíces. (...) Esta es la primera residencia en la que trabajo.” (Psicóloga 3)

“[Estuve] 2 años y medio en la residencia Los Tulipanes de la misma Fundación y en un FAE, en Valparaíso también de la Fundación. Ambos con Convenio con SENAME.” (Psicóloga 4)

“Lo que pasa que la media jornada ha sido bien inestable, yo he conocido tres psicólogas desde noviembre del año pasado que tenemos la media jornada, yo no soy la encargada de reclutar, entonces no sé, se va demorando la situación y eso, la gente no se interesa mucho trabajo o no cumple el perfil especializado del PER y también se paga poco en relación a lo que hay que hacer”. (Psicóloga 1)

5.1.1.5 Funciones de los Psicólogos

Al analizar el material recolectado con miras a caracterizar como describen su trabajo profesional en las residencias, aparecen en sus relatos los siguientes contenidos; exceso y dispersión de funciones, insuficientes equipos de trabajo, desgaste laboral, bajos salarios, identidad profesional difusa.

Las entrevistadas señalan que cumplen funciones que abarcan desde la atención directa con NNA; atención de sus familias de origen hasta trabajo de terreno que incluye coordinación con redes locales y comunitarias pasando por funciones técnico-administrativas de evaluación de casos, elaboración de diagnósticos, informes, asistencia a Tribunales y registro en la base de datos llamada SENAINFO que les exige diariamente SENAME.

“SENAME te pide lo básico, es que las niñas tengan sus tratamientos que sean atendidas, por causal de ingreso y algún problema que se presente estando en la residencia, el resto es anexo por ejemplo, el trabajo con las tías, me entiendes, uno se va mirando y haciendo diagnóstico y va interviniendo, pero lo principal es el diagnóstico de las chiquillas y el trabajo con la familia, que es como lo principal que te piden, para que la estadía de las chiquillas no se haga eterna.” (Psicóloga 1)

“Desde SENAME te dicen las actividades, uno se arma su estrategia de trabajo, sabiendo que lo que tenemos que hacer es trabajar con las familias para reingresar las niñas con ellas cuando se puede.” (Psicóloga 5)

“Yo acá sé lo que debo hacer porque la Directora me lo dice. Las funciones están descritas para todos los cargos, acá uno debe acotarse, pero un modelo como tal, con funciones claras de lo que hay que hacer específicamente en SM no existe, yo trabajo atendiendo a las chiquillas y miles de otras cuestiones más, evaluando, haciendo informes a los Tribunales con la asistente social, visitas domiciliarias, registrando en el famoso SENAINFO, es agotador el trabajo en un hogar, es un enorme desgaste, cualquiera se colapsa.” (Psicóloga 2)

Todas las entrevistadas coinciden en afirmar que el volumen de funciones y responsabilidades que se les asignan sobre-pasa el ámbito específico de sus competencias profesionales y que faltan más profesionales en los equipos de trabajo residencial. Para suplir estas carencias, deben recurrir a los servicios de profesionales que trabajan en redes ajenas a la residencia lo que dificulta aún más desarrollar planes de intervención consensuados y trabajados como “equipo”.

Dos de las entrevistadas declaran que la sobrecarga de funciones burocráticas y administrativas les quita tiempo para destinar a la atención directa de los adolescentes y sus familias. De entre estas tareas burocráticas que sienten las alejan de su trabajo principal, destacan el registro diario para SENAME, las salidas a terreno a reuniones, visitas domiciliarias o la asistencia a Audiencias a los Tribunales de Familia.

“No hay funciones específicas, nosotros no diferenciamos ni REM ni PER para que todas las niñas pudieran tener cobertura del PER. Entonces lo que hicimos fue, la psicóloga de media jornada ve casos más complejos y yo asumo todo lo otro, con proyectos externos, la psiquiatra, la psicóloga, neurólogo, hospital e intervención familiar, casos en crisis y capacitación para educadoras de trato directo.” (Psicóloga 3)

“Hacer dupla psicosocial, llevar casos, realizar los PII (Plan de Intervención Integral) hacer la contención y hacer terapia, pero por un tema de optimizar recursos, dejaron a una Psicóloga encargada de dupla psicosocial y yo solamente hago la parte clínica de la residencia.”
(Psicóloga 4)

Las profesionales refieren que se ven forzadas a destinar mucho tiempo a cumplir funciones burocráticas simplemente para no perder el financiamiento del SENAME, mientras descuidan el trabajo más intensivo que les gustaría realizar con los usuarios.

“Es difícil trabajar, en una residencia por los pocos recursos que se tienen, pero se trabaja demasiado en red y mucha gestión y coordinación, si bien, tenemos un equipo con una Psicóloga en media jornada y hace el trabajo de abandono de las niñas y sanar la vulneración con las niñas con apoyo las practicantes. Se hace poco siempre el equipo para tantas cosas que hay que hacer, se pierde tiempo y las niñas pasan a un segundo lugar en el día a día. También, con la asistencia social hacemos harto terreno con las familias, también ir a las audiencias en la semana es harto tiempo fuera de la institución, vives corriendo, agotada, más los conflictos con las chiquillas y las tías, las familias que no adhieren, las supervisiones de SENAME donde lo que importa son los papeles y más encima, registrar lo que haces en el SENAINFO para que paguen la Subvención, es una pega tremenda por eso los profesionales pienso yo se aburren en los hogares, hay que tener mucha necesidad porque pagan poco o mejor mucho aguante, el autocuidado lo tiene que hacer uno no más.”
(Psicóloga 6)

“Mira los sueldos en general han mejorado un poco el último año, pero eso depende de la institución en que trabajes, ellos finalmente deciden, pero son bajos comparativamente a otros programas de SENAME o en

otras instituciones, en los ambulatorio trabajas menos y te pagan más ¡qué suerte! Más o menos en una residencial te pagan entre 550 a 650 mil pesos por jornada completa claro que eso es bruto a lo más, 800 mil pesos para atender a veces 25, 30 o 40 casos dependiendo de la cobertura que tenga el proyecto que licitaste.” (Psicóloga 7)

Dos profesionales declaran alto desgaste producto del exceso de carga laboral con escaso autocuidado institucional. Tres de las entrevistadas, refieren bajos salarios en función de la complejidad de los perfiles de los adolescentes y las coberturas de atención que tienen las residencias. Finalmente, una de las entrevistadas refiere la presencia de una identidad profesional altamente difusa, es decir, una vaguedad y dispersión de funciones, roles y experticia.

“Creo que siempre se puede mejorar mi trabajo. Al principio cuando no trabaja esta modalidad residencial REM/PER, vivíamos un caos, hacíamos terapia y me frustré, porque no daba respuestas, las niñas me demandaban estar en terapia y yo no podía por tiempo, entonces me vi frustrada en ese sentido. Siento que hago pega no de psicóloga completamente, creo que hago pega de trabajadora social, no me complica hasta el momento, otras como educadora, otras de profesora, pero se desperfila el rol, porque se debe hacer de todo en el hogar, en las residencias es así, es imposible solamente ser psicóloga.” (Psicóloga 3)

5.1.2. Visión de los psicólogos/as sobre la institucionalización de NNA

Se presentan los resultados relativos a los propósitos y los efectos de la institucionalización de los NNA tal como son percibidos por las entrevistadas.

5.1.2.1. Propósitos de la institucionalización

Los significados que las psicólogas atribuyen a la institucionalización van variando con el tiempo, inicialmente pareciera que si es una medida judicial necesaria. A medida que trabajan en el sistema residencial declaran que ésta no es una respuesta efectiva, de calidad y responsable por parte del Estado para restituir los derechos vulnerados de los NNA. Cinco entrevistadas rechazan la institucionalización prolongada y declaran que esta medida sólo puede ser utilizada como última opción y que todo NNA desea estar vinculado a su familia antes de estar institucionalizado.

“Internar no es una respuesta efectiva [del Estado], para nada, cuando recién llegué uno piensa “sí, está bien”, porque el chico está mejor, pero con los años uno ve el daño en ellos. Mira, normalmente cualquier NNA o niña prefiere estar viviendo debajo de un puente con su mamá que estar en un hogar de menores. Y tienen razón, por la institucionalización no ha sido capaz de ser una intervención de calidad y responsable por parte del Estado.” (Psicóloga 5)

“Creo que es la última medida que debería tomar un Tribunal para la vida de un NNA, por las consecuencias que implican, identitario, relacional, es complicado para los chicos ingresar a residencia, y los significados que dan es porque él es el culpable, los lazos familiares se hacen más frágiles, el pacto que tienen con la familia, creo que se debe tomar como última medida, creo que se debe prevenir y tener programas ambulatorios que den señales a la familia y NNA, debe intervenirse antes.” (Psicóloga 4)

Dos de las entrevistadas reconocen que la internación prolongada es necesaria cuando hay grave vulneración de derechos y abandono de los hijos/as.

“Yo antes lo veía como algo descabellado, pero en ciertos casos es necesario, el nivel de vulneración es extremo, no son casos que la mamá

lo deja un rato solo, hay vulneración y abandono. Una residencia no es cómo se debe educar a una niña, pero sí les da más herramientas, pero creo sólo deben ser de tránsito, temporales, no para siempre.”(Psicóloga 3)

“Todos los casos ameritaron la internación, todos son grandes vulneración de derechos y desde acá se les da protección, cuidados necesarios, si lo amerita. Creo que se puede mejorar el sistema desde lo proteccional si da cumplimiento a las exigencias realmente con los recursos y las competencias necesarias.” (Psicóloga 4)

Una psicóloga refiere que, pese a todo, las residencias son un espacio de protección para estos adolescentes que no tienen familias para cuidarlos “no los podemos mandar a la nada” porque hay plazos judiciales que cumplir con la internación, afirma con convicción.

“Independiente de la mirada que se puede dar de los años de internación, lo importante es si la residencia fue capaz de dar protección. Generalmente, la chica está institucionalizada porque no hay familia. Las niñas con alta complejidad, rotan, porque tú no las puedes mandar a la nada, porque el modelo te dice que son dos años de internación y deben egresar o salir del sistema, y no puedes mandarla a la nada, a la calle, nosotras tenemos niñas con muchos años, como 5 y 6 años y no hay familia, pero tú debes entregarle las herramientas, darle tratamiento, dar una posibilidad al menos, no llegar y egresar aunque muchas veces esto no depende de nosotros y tenemos que acatar las normas y las ordenes de Tribunales y SENAME.” (Psicóloga 1)

“Creo que hay cosas que funcionan en las residencias, creo que sí. Estos NNA han pasado por varios hogares y proyectos ambulatorios de SENAME, no están por primera vez en la red y cuando llegan al hogar

esos pasos por otros proyectos les han generado daño. No hay proyectos que trabajen con papás, si bien se les da protección y seguridad pero dejan aristas complejas sin intervenir, pero la internación para la niña sí es eficaz porque no está en la calle aunque no sea lo mejor el hogar es el mal menor, no podemos hacer más.” (Psicóloga 3)

Finalmente, seis de las entrevistadas coinciden que el mejor lugar donde debiera crecer y ser protegido un NNA, es en su familia y no en una residencia:

“Tiene grises y no tan grises, creo que el mejor lugar donde un NNA debe crecer es en su familia, no es una residencia, claro aunque sea la mejor residencia.” (Psicóloga 2)

5.1.2.2. Efectos de la Institucionalización

De acuerdo a las entrevistadas, los efectos negativos de la institucionalización en los NNA abarcan una amplia gama de daños. Tres profesiones declaran que los adolescentes sin familia vinculada y con largos tiempos de internación generan alta dependencia y asistencialidad con la residencia y no logran desarrollarse fuera de la misma porque presentan escaso sentido de pertenencia con el entorno y baja autosuficiencia e independencia:

“hay niñas que salen o egresan de acá no lo toleran vivir fuera del hogar, están acostumbradas a que les ayuden a hacer las cosas, niñas más grandes, que comentan lo que no sabían que es no tener shampoo, aquí ellas rompen algo y eso hay que restituirlo, el sentido de pertenencia, autosuficiencia, independencia es escaso en las niñas.” (Psicóloga 2)

“tenemos una población de chicos que son los herederos de estas instituciones, llevan mucho tiempo, porque los únicos vínculos que tienen

son con sus compañeros del hogar, poco menos boicotean las instancias para ir a vivir fuera del hogar.” (Psicóloga 5)

“A estos chicos que se han pasado la vida en la institución, les sirve la residencia, entonces prefieren estar aquí, colaboran en la casa, pero no tienen energía vital, el psiquiatra durante un tiempo pensó que tenían depresión, los trató pero nada, y no había mayor respuesta al tratamiento, entonces se observó que generan alta dependencia.” (Psicóloga 7)

Tres entrevistadas reportan que la institucionalización, también impacta emocionalmente la construcción de identidad personal, provocando la pérdida de la esperanza en el futuro, trastornos del vínculo, trastornos del ánimo, difusión de la identidad, efectos negativos que alteran el desarrollo vital de los NNA que no cuenta con vínculos familiares o sociales significativos.

“Los efectos de la internación, lo veo con los chicos grandes, tienen una pérdida de la esperanza, cero iniciativa (...). Muchos están sin ánimo, los terminan despidiendo de sus trabajos, son muy dependientes de la red SENAME o social.” (Psicóloga 5)

“La institucionalización provoca trastornos vinculares en el poder relacionarse con otro, con un adulto, el querer a otro. Les cuesta a las niñas, integrarse a un grupo familiar, tenemos muchas niñas con padrinos pero no han logrado integrarse al grupo familiar por todo el daño, ellas creen que su vida es un hogar, lo ven así, la falta de empatía, de pertenecer a algo, no es su necesidad, se pierde el sentirse parte de, tener una familia.” (Psicóloga 3)

“Afecta mucho la institucionalización a los procesos de construcción de su autoestima a su proceso identitario, provoca daño emocional, pierden el sentido de pertenencia, los NNA tienen que estar conviviendo con otras

personas, otras reglas, es doloroso para ellos que deben estar solo un fin de semana con la mamá y luego volver, deben comer lo que comen todos, no pueden elegir, si quieren dormir hasta tarde no pueden, tiene seguir todas la reglas de acá, la rutina es totalmente diferente a lo que es vivir con una familia.” (Psicóloga 4)

5.1.3. Visión de los psicólogos de la Salud Mental

Sobre la visión de la SM en las residencias, las entrevistadas se refieren a las definiciones de SM, el trabajo que se realiza y la instalación de la temática de la salud en la intervención en las residencias.

5.1.3.1. Definición de la Salud Mental de los Psicólogos Residenciales.

Sobre la definición de SM en las psicólogas, no hay una definición conceptual o teórica única. Más bien, surgen diversos significados del concepto. Hay consenso en que la mirada sobre la SM de los NNA está presente en el quehacer de la atención psicológica de las residencias. Es decir; se habla de SM, pero no se define conceptualmente y metodológicamente qué se comprende y cómo se estructura su intervención residencial con las adolescentes atendidas.

“Esas definiciones se realizan en el quehacer, lo que falta en este hogar es una definición a nivel teórico, en el protocolo.” (Psicóloga 2)

Para tres entrevistadas la SM se *asimila al trabajo reparatorio*:

“A ver, es bien amplio, la SM está en el atender a las chiquillas de manera más directa, poder mantener el trabajo reparatorio, trabajar en conjunto con las educadoras en cuanto a convivencia, o sea, que esta residencia sea como un trabajo reparatorio para las niñas y las tías pueda lidiar con esa carga que tengan con su SM.” (Psicóloga 1)

La noción de reparación que plantean estos relatos se orienta a ayudar a las adolescentes a reinsertarse o adaptarse al ambiente.

“Actualmente, estamos trabajando en esta línea, la SM en el hogar lo entendemos como fundamental en la vida para que estas niñas puedan desarrollarse en el ambiente, como llegan dañadas se desea trabajar rápido y ayudarlas a reinsertarse.” (Psicóloga 2)

Por otra parte, dos entrevistadas, definen la SM como el bienestar *psicológico y lo psiquiátrico*.

“La SM es el bienestar psicológico y psiquiátrico de las niñas que las tenemos aquí, lo que tenemos acá para trabajar es externo e interno. Tenemos internamente una psiquiatra particular para los casos más complejos, la psicóloga clínica trabaja sólo cuatro horas mensuales, ella tiene 6 casos. Ella evalúa a la niña en primera instancia y luego se derivan e insertan en la red de salud pública local (...).” (Psicóloga 3)

“SM es la estabilidad emocional que pueden presentar, propiciar que puedan estar bien en la esfera mental y emocional. Trabajar coordinados con los psiquiatras, reuniones periódicas, monitoreo, trabajar las emociones, es lo principal que se trabaja desde esta línea.” (Psicóloga 4)

5.1.3.2. El Trabajo del Psicólogo/a en Salud Mental

a) **“SENAME no propone un modelo de SM a los psicólogos”**

Cinco de las entrevistadas declaran que SENAME no proporciona a las residencias un modelo definido para abordar la atención en SM y psiquiatría en las residencias. Las profesionales declaran que traducen las funciones y los objetivos establecidos en las

Bases Técnicas orientando su trabajo en la reparación y resignificación de la historia de vulneración de derechos de los adolescentes institucionalizados.

“SENAME no propone ningún modelo de SM a los psicólogos, estoy hace poco acá, pero no hay un modelo muy claro, ni una buena guía y eso pasa también en otras residencias” (Psicóloga 4)

“La verdad es que yo ingrese acá como Psicóloga, y escasean los modelos.” (Psicóloga 7)

“No, SENAME no entrega un modelo de SM a las residencias, lo vemos nosotros en la experiencia, SENAME trabaja con bases técnicas que tienen lineamientos y objetivos, pero no dicen nada más, no hay una metodología de trabajo, se deben cumplir funciones y actividades, yo cumplo todas mis funciones en conjunto con la otra psicóloga, cumplimos roles distintos pero porque nos organizamos así.”(Psicóloga 3)

b) Reparación del daño emocional y la estabilidad

Una entrevistada señala que la atención psicológica se orienta a la reparación del daño emocional y se complementa con la atención psiquiátrica proporcionada por la red de salud pública cuando existe oferta disponible.

“En forma general todos apuntamos a la trabajar la reparación y estabilidad de los chicos, la reparación del daño emocional que puedan presentar los casos, tanto en el trabajo psicológico y el trato directo que con ellos las educadoras que pasan todo el día con chicos. Tratamos de asesorarlas y ayudarlas, darle una retroalimentación, hablar con ellas, también con el psiquiatra y darle una retroalimentación de cómo vemos a los chiquillos, también lo mismo con la red de salud pública, y estar en constante colaboración e informarnos de cómo está el caso.” (Psicóloga, 7)

Dos entrevistadas reportan que ha habido un incremento en la inversión de recursos en SM destinada al trabajo clínico y que este incremento ha surgido como resultado de la necesidad de brindar atención de SM en las residencias debido a la ineficacia de los programas ambulatorios y los largos tiempos de espera de atención detectados en los casos de niñas derivadas a la red de salud pública. Para suplir estas deficiencias, el sistema residencial estaría invirtiendo en la contratación de psiquiatras y neurólogos (PER) a tiempo parcial y así poder atender los llamados “casos complejos”.

Dos de las entrevistadas declaran que MINSAL y SENAME, presentan tensiones en la respuesta de atención de adolescentes con patológica psiquiátrica diagnosticada.

“A ver, acá hay una inyección de recursos en SM, por un lado está mi rol clínico, que surge por una necesidad del hogar, ya que estaban insertas dentro de la red SENAME, por lo que en la práctica no eran eficaces los programas reparatorios y las atendían una vez al mes. Tenían mucho tiempo de espera para integrarse, hacer terapia dentro de la residencia es justamente para intervenir en SM, también tenemos atención de neurólogos que viene una vez al mes, y una estrecha relación con psiquiatras externos. Acá el 80% de las niñas están teniendo intervención de SM, tenemos varios casos bien complicados, descompensaciones psiquiátricas, y un caso complicado, que todos se han peleado, entre MINSAL y SENAME, todos.” (Psicóloga 2)

“Los psiquiatras son contratados algunas horas por el hogar y están formando parte del proyecto REM/PER, teniendo la aprobación del SENAME y así dan subvención. Vienen por horas al mes, en nuestro caso, 2 horas a la semana o 8 al mes hasta 10 horas a veces. SENAME, lo proponen para ser REM/PER, se debe tener todo esto, tener esos profesionales especializados.” (Psicóloga 1)

Una entrevistada refiere que pese a la inyección de recursos PER a la residencia el 70% de los casos (15 usuarias) son atendidos por alumnas en Práctica de Psicología, y que la Psicóloga titular sólo logra atender individualmente a seis casos, dado que la mayor parte de su tiempo debe destinarlo a evaluar, elaborar informes, supervisar practicantes y registrar en SENAINFO.

“Sí, en términos prácticos, hay mayor inversión en recursos profesionales en el REM/PER, desde que se cerró el otro hogar hay más personal. Actualmente, hay 2 duplas para 20 NNA, si uno lo ve así, lógicamente se puede intervenir más, estar más al tanto de todos los casos.” (Psicóloga 4)

“Tenemos 3 alumnas en práctica de Psicología, las supervisa la psicóloga que esta media jornada y son Universidad del Pacífico. Se hizo un Convenio con la Universidad para tomar alumnas en práctica, vienen más de media jornada, están aquí de Junio hasta diciembre 2015. Ellas ven 5 casos del REM/PER cada una, en total 15 casos. Son niñas de más baja complejidad, hacen psico-educación, acompañamiento, contención, evaluación, solamente etc.”(Psicóloga 4)

c) Somos una dupla psico-social de la residencia no una Clínica

Tres profesionales declaran que lo sustancial es el abordaje psico-social con la familia y los adolescentes vulnerados. Enfatizan que la misión de los REM/PER son equipos especializados para atender algunos casos con trastornos psiquiátricos y su labor debiera ser, especialmente, intervenir con sus familias. Una entrevistada refiere explícitamente que no son una clínica psiquiátrica destinada a abordar casos complejos, sino un equipo psico-social preparado para intervenir en casos que deben ser habilitados para reintegrar a las niñas y adolescentes con sus familias de origen como lo establece SENAME y los Tribunales.

“Los REM/PER, que se supone que tienen más equipo y podrían atender algunos casos con alteraciones o trastornos psiquiátricos, acotado, no somos hospital, y aparte nuestro rol es que trabajamos en el área familia de las niñas, eso significa ser especializados una dupla psico-social no una clínica, tenemos reintegrar a las niñas a sus casas porque te lo exige SENAME y los Tribunales” (Psicóloga 1)

“Cuando la patología es más compleja tratamos de mantenerla afuera para tratamiento, en caso que el psiquiatra de acá no esté. Cuando está en el hogar aborda los casos de urgencia y casos menos complejos, hace variación de medicamento o intervención en crisis, mientras nosotros intervenimos con la familia y la psicóloga con la chiquilla o la red trabaja psicológicamente con los casos”. (Psicóloga 6)

“Nosotros acá somos dos psicólogas que trabajamos en esta residencia, las dos juntas completamos las 45 horas que te pide SENAME, hacemos lo mismo, un trabajo psico-social sólo cambian los casos, hacemos lo mismo: evaluación de la familia y del adolescente, consejería, contención y visitas domiciliarias y proporcionarle información al psiquiatra cuando viene, al COSAM, al SENAME y a los Tribunales sobre la evolución de los chicos” (Psicóloga 4)

d) No hay un modelo SENAME para trabajar la Salud M y la discapacidad mental.

Dos entrevistadas declaran que desarrollan su trabajo con adolescentes con discapacidad intelectual leve a moderada, aquí el foco del abordaje es el acompañamiento psicológico, contención emocional y el vínculo de adultos significativos de los adolescentes con discapacidad mental. El trabajo especializado en SM en discapacidad mental como tal, lo desarrollan otros profesionales del área de la

salud como neurólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales, los cuales, atienden mensualmente a los NNA. Estos profesionales no forman parte del equipo REM/PER.

“No hay un modelo SENAME para trabajar la SM y la discapacidad intelectual, SENAME se preocupa de tener cupos, el enfoque de la inclusión y aportar algo más de subvención para tener terapeuta ocupacional, neurólogo o psiquiatra. Antes éramos una residencial para chicos con discapacidad mental, que es el sello de esta Fundación; ahora hace poco dos años pasamos a ser REM/PER después que cerraron y dividieron como 2 hogares por problemas que parece hubo aquí. En lo psicológico, no sabría decirte que enfoque de SM tenemos específico no podemos hacer terapia con ellos sino acompañamiento más bien. En discapacidad intelectual, y en mi caso me guio por el modelo ecológico, pero en SM no sabría decir si hay uno particular, el énfasis trabaja con el tema de la discapacidad intelectual y que los chicos vivan aquí, llevan muchos años institucionalizados, años de años, muchos no se fueron porque no tienen familias responsables trabajamos de vincularlos a padrinos o familiares para que los visiten, adopción ninguna posibilidad son grandes y son como 20”. (Psicóloga 4)

Una de las entrevistadas declara que la residencia mantiene jóvenes sobre los 18 años viviendo allí dado que no hay alternativas de reintegro familiar.

5.2. El Sistema de Protección Residencial de SENAME

5.2.1. Visión de los psicólogos del modelo residencial SENAME

Todas las entrevistadas verbalizan una serie de críticas al modelo residencial de SENAME tales como: falta de un modelo de SM, falta de recursos profesionales especializados e inadecuada supervisión técnica al trabajo en las residencias.

5.2.1.1. Falta de un Modelo de Salud Mental desde SENAME

Las siete psicólogas coinciden en que SENAME no ofrece ningún modelo teórico, metodologías y ofertas de atención en SM y psiquiatría con los casos complejos. Refieren que en las Bases Técnicas sólo se describen objetivos que deben ser cumplidos:

“Las bases técnicas [de SENAME] están orientadas al objetivo principal, el cual es, cómo debe funcionar, da líneas sobre modelo de intervención (...) pero no hay detalle.” (Psicóloga 5)

“Estas niñas que son complejas, no hay instancia para poder atenderlas, esta es la mayor crítica y han pasado muchos años y nada cambia, no hay aporte de SENAME en esto.” (Psicóloga 1)

“Siento que uno hace todo el trabajo y se lleva todo el peso, SENAME sólo fiscaliza, no entrega metodologías eficaces o modelos teóricos que oriente que hacer con las niñas más psiquiátricas o en SM. No hay un modelo de trabajo en SM, hay lineamientos de funciones que los psicólogos tenemos que hacer, pero no hay espacios ni recursos donde pueda hacer con los casos.” (Psicóloga 3)

Al mismo tiempo, seis de ellas concuerdan en que no hay un modelo de SM desde SENAME, que hay escaso trabajo intersectorial para cubrir prestaciones de atención en SM y psiquiatría en casos complejos debido a que el sistema de salud no funciona y que la atención propiamente psicológica en los programas ambulatorios es deficiente.

“A ver, lo que pasa, es complicado cuando hay un sistema de salud que no funciona, sobre todo de SM, yo siento que la atención que reciben las niñas en los programas reparatorios de SENAME es deficiente, llámese

los PRM y SENAME tampoco hace mucho para mejorar la oferta en beneficios de los NNA con las otras instituciones, el MINSAL o las Municipalidades.” (Psicóloga 2)

5.2.1.2. Falta de Recursos Profesionales Especializados

Las siete entrevistadas declaran críticas a SENAME en lo relativo a la falta de recursos financieros. La subvención de SENAME es insuficiente. Se requieren más recursos para profesionales especializados, bonificaciones y regulaciones al respecto. Una profesional refiere que la residencia en que trabaja se mantiene gracias a donaciones.

“Creo que la residencia funciona con recursos, pero son pocos los que entrega SENAME en la subvención. Acá funcionamos por donaciones, no podríamos hacer nada si trabajamos sólo con lo que nos entrega SENAME, entonces, primero, creo que para que las residencias funcionen, debe tener más recursos, más bonificaciones de líneas, regulación para contratar más profesionales especializados.” (Psicóloga 2)

Cuatro psicólogas declaran que SENAME destina mayores recursos financieros a los programas ambulatorios en desmedro de las residencias. Opinan que estos programas son evaluados como ineficaces en la atención que entregan tanto a casos ambulatorios como residenciales.

“Creo que hay poco interés en mejorar el trabajo de las residencias, se inyectan muchos recursos en programas ambulatorios de SENAME, que no tiene mucho sentido ni para las niñas de hogares como para otros chicos que igual terminan en hogares internos.” (Psicóloga 2)

5.2.1.3. Supervisión Técnica de SENAME es Burocrática

Una crítica que se repite en el relato de las siete psicólogas, es el deficiente rol que tiene SENAME en las supervisiones técnicas. No hay un trabajo técnico real que oriente y guíe en la práctica la intervención de los profesionales para dar cumplimiento a los objetivos, los procesos y los resultados que se espera lograr con los casos. El tipo de supervisión es calificada de burocrática, formal y ajena al proceso de intervención que demandan los casos atendidos.

“Los supervisores se preocupan más de aspectos burocráticos y formales y no de la intervención misma con las niñas, uno a veces ve chicas con súper buenas intervenciones, y vienen supervisores, revisan papeles y te critican.” (Psicóloga 2)

“Desde SENAME te dicen las funciones y te supervisan nada más que las carpetas individuales de las niñas, si están todos los papeles y las platas y sería” (Psicóloga 1)

Cinco de las entrevistadas declaran sentirse cuestionadas en su trabajo, sin apoyo de SENAME y con la exigencia de tener que resolver las complejidades de la intervención. Reportan que los Supervisores no tienen una disposición a establecer espacios de diálogos, colaboración, de retroalimentación y capacitación para mejorar la intervención.

“Yo creo que SENAME no se ha sentado a trabajar con las residencias, se tienen supervisión técnicas, pero uno no puede expresar lo que está pasando. Hoy, por ejemplo en un rato más, viene el supervisor SENAME a revisar los antecedentes de un caso, a fiscalizarte para que ellos no tengan problemas. Antes teníamos un supervisor excelente, nos ayudaba a resolver los conflictos de los casos, más que a fiscalizar, venía a aportar más que a criticar. Hay muchos supervisores de SENAME que son así,

sólo vienen a mirar, revisar papeles y no dan respuestas a las necesidades de las niñas, la residencia debe resolver todo y no podemos.” (Psicóloga 3)

“Creo que siempre hay aspectos que se pueden mejorar, como acompañamiento de SENAME a los equipos de trabajo, más que supervisar donde uno tiene que dar cuenta del trabajo de lo que se ha hecho, que ellos puedan orientar y colaborar en todo, y no solamente supervisar, que uno pueda apoyarse en ellos, tanto que puedan orientarnos en lo teóricos, herramientas, capacitaciones.” (Psicóloga 4)

5.2.1.4. Instalación de la Mirada de la Salud Mental en la Intervención Residencial

Cinco entrevistadas reportan que el tema de la SM como eje central de la intervención en las residencias se ha hecho visible en los últimos años. Las dos restantes, no consideran que el tema en los hechos este instalado como tema relevante. Una de ellas, declara que se instaló una idea de SM demasiado focalizada en lo individual, “antes era más en lo relacional”.

“Antes no se hablaba tanto de la SM yo soy más o menos nueva en el trabajo en hogares y por lo que sé, el trabajo como psicólogo era más general con los NNA más en lo emocional y relacional con sus familias de origen o extensa, no tanto, en la resignificación, reparación, los trastornos del desarrollo o los aspectos psiquiátricos. Pienso que ahora es una perspectiva más especializada, menos relacional”. (Psicóloga 6)

“Yo no creo que el tema sea una prioridad falta mucho interés” (Psicóloga 4)

Una de las entrevistadas, declara reconocer la SM en la agenda pública y rechaza la noción de SM calificándola de biomédica, cuestiona la idea de enfermedad y patología mental en los NNA y da mayor relevancia conceptual al paradigma basado en

determinantes sociales de las inequidades y relaciones de afecto en la comprensión de las vulneraciones de derechos de los NNA y familias atendidas en las residencias.

“Honestamente, a mí no me gusta el tema tan en boga hoy día de la SM, los psiquiatras, los remedios, los manuales, las etiquetas en las chiquillas y los chiquillos y sus familias, me parece que se patologiza mucho a los NNA y los jóvenes, ellos tiene vulneraciones de derechos, son vulnerables porque vienen de familias sin recursos y el sistema es muy desigual, no son enfermos, esa es una mirada de los clínicos, de los diostores o del modelo biomédico, los chiquillos necesitan cariño no más”(Psicóloga 6)

5.3. Los NNA institucionalizados

5.3.1. Visión de los psicólogos del perfil de los NNA en las residencias

Se presentan los resultados del perfil de los adolescentes y las características de sus familias tal como los y las perciben las profesionales.

5.3.1.1. Población de NNA Atendidos

Sobre la población de NNA atendidos, las entrevistadas declaran que son residencias del sexo femenino y masculino, cuyas edades van desde los 4 años hasta 18 años y más. Las coberturas de atención son 20, 31 o 40 plazas y en todas las residencias las edades promedio se concentran entre los 12 a 16 años, incluso dos profesionales reportan niñas de menores de 6 años y mayores de 18 años. No todas las adolescentes viven en la residencia, hay casos que se encuentran en acercamiento familiar en sus casas y otras reciben visitas en la residencia.

“Este hogar solo tiene niñas, son 40 de 6 a 18 años, pero hay una más chica de 5 años que llegó con sus hermanitas y dos o tres arriba de 18 años que siguen estudio superior y se pueden quedar hasta los 24 años

porque siguen estudios superiores, pero el rango de edad real va de 6 a 19 años, pero se concentra en adolescentes.” (Psicóloga 1)

“Se trabaja con niñas, el programa comprende niñas de 7 a 18 años, sin embargo, tenemos niñas más chiquititas, hoy en día la más chica, de 5 años, y otra de 4 años, hay pocas, casos excepcionales, que vienen de otros hogares de preinfancia y quedan como en el limbo, y son muy grandes para otros hogares pre-escolares y como este hogar tiene un buen perfil, ya que no hay niñas muy agresivas, buen trato, llegan a acá más chiquillas entre los 12 a los 16 años.” (Psicóloga 2)

“Son 31 plazas de niñas y adolescentes desde 5 a 18 años y más, la mayores son preadolescentes y chiquillas grandes.” (Psicóloga 3)

“Aquí atendemos solamente a varones. (...) El rango de edad es de 12 hasta 18 años. Sin embargo, igual hay 6 adultos sobre los 18 años hasta los 26 años incluso que llevan años en el hogar de la Fundación” (Psicóloga 4)

“Actualmente yo trabajo REM/PER el atiende a 20 adolescentes y adultos [hombres].” (Psicóloga 5)

“El cupo es para 30 niñas, pero tenemos varias en acercamiento familiar tenemos alrededor de 23 residentes y otras en acercamiento familiar” (Psicóloga 6)

“Generalmente las niñas que salen, es porque se está haciendo un proceso de acercamiento familiar, las otras niñas solamente reciben visitas. Actualmente, tenemos dos o tres niñas que van de visitas fin de semanas para ver si en el tiempo podrían volver a sus familias o quedarse con padrinos (Psicóloga 2)

5.3.1.2. Heterogeneidad de Causales de Vulneración de Derechos

Cinco entrevistadas, declaran que de acuerdo a las causas de ingreso no hay un perfil único de vulneración de NNA. Dentro de las causales más frecuentes destacan negligencia y abandono parental, abuso sexual y explotación sexual infantil. Ninguna de ellas, refiere la simple situación de pobreza como causal de ingreso, negando, al menos en su relato, que existan NNA cuya permanencia en las residencias no tenga una justificación real.

*“No hay un perfil único, pero más bien niñas que no están con sociabilización callejera, sin consumo, tienen un perfil más tranquilo.”
(Psicóloga 3)*

“hay variedades de niñas que empiezan a mezclar (...) hay un perfil más leve, simple y tienen familia, donde las chiquillas no están por el trastorno, sino por las familias, porque ellas no tienen adulto que las cuide. Hay un 10 % quedan en manos de nadie, sólo rotan, son preocupantes y en el futuro uno se las imagina, siendo mamá, o cualquier cosa, en la delincuencia, ese es el grupo preocupante con mayúscula.” (Psicóloga 1)

“Para que un NNA ingrese a la residencia es que presentan vulneración como abandono parental, abuso sexual, abandono total y el daño emocional que presentan es muy alto, eso se muestra en la relación con compañeros y educadoras.” (Psicóloga 4)

“uno indaga y se entera que han sido abusadas o explotadas sexualmente.” (Psicóloga 3)

5.3.1.3. Perfil Psicológico y Psiquiátrico de los NNA Atendidos.

Cuatro entrevistadas reportan diagnósticos clínicos deficientes en los llamados “casos complejos”.

“Hay algunos que presentan brotes psicóticos, algunos que no están bien diagnosticados, esta es una falencia importante en psiquiatría, malos diagnósticos de psicólogos y psiquiatras. Hay muchos NNA que no queda claro qué patología tienen y en chicos con discapacidad mental eso es fundamental para orientar las intervenciones, uno ve informes y no queda claro qué tienen los chicos.” (Psicóloga 4)

“En este momento tenemos un joven que están siendo atendidos en COSAM de El Bosque, y su cuadro no está tan especificado, ya que un joven tuvo episodios de crisis psicótica, actualmente está compensado.” (Psicóloga 5)

“Trastornos bipolares, esquizofrenia, aunque no se puede diagnosticar tan chicas, cuadros psicóticos, organicidad.” (Psicóloga 2)

Cinco entrevistadas refieren que, de acuerdo a la evaluación de los problemas psicológicos y psiquiátricos que presentan los adolescentes, es posible establecer grados variables de gravedad, pero que la mayoría presenta problemas de SM de intensidad moderada a grave.

Una entrevistada reportan que en su residencia el 15% de estos casos presentan trastornos graves de la conducta, descontrol de impulsos, rasgos psicopáticos, agresividad y consumo de sustancias. Además, reporta que el 80% de las adolescentes presenta significativos problemas de agresividad que afectan la convivencia entre las residentes.

“De todas maneras, ahora son casos más complejos, hay como especie de limbo en red SENAME, ya que tratamos diferentes como un 15% de trastorno de conducta, hay casos con rasgos psicopáticos, niñas que no adhieren a ninguna normativa, bastante agresividad, presentan exposición sexual, hay consumo.” (Psicóloga 1)

“Hay problemas de convivencia, son agresivas les cuesta mucho respetar normas, respetar la autoridad (...) Con las niñas que sí tienen problemas psiquiátricos, se hacen tipos de diferencias en cuanto a normas, tratos, pero siempre siguiendo una forma de norma genera l(...) lo que destaca mucho en las niñas es el trastorno de agresividad, con un 80 %.” (Psicóloga 1)

“Un joven está en diagnóstico, el psiquiatra plantea trastorno de personalidad y exacerbación de la libido muy alta (...). El resto de los jóvenes tienen trastornos conductuales, agresividad, hiperactividad, descontrol de impulsos.” (Psicóloga 5)

“Son chicos impulsivos, reaccionan de forma hostil, les cuesta modular emociones, sumado a la discapacidad intelectual que presentan la mayoría de los NNA que trabaja la Fundación.” (Psicóloga 4)

“Tenemos el caso de un chico con rasgos psicopáticos tiene 17 años, se vio inmerso en una situación de abuso de unos chicos, y el Fiscal actualmente debe evaluar si es imputable o no está en un línea más psiquiátrica, esta acá en el hogar.” (Psicóloga 4)

Dos psicólogas declaran que presentan niñas y adolescentes con trastornos del ánimo y de personalidad.

“En general, problemas de emocionales por abandono, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, pero hay niñas más complicadas, que tienen descompensaciones por descontrol de impulsos y tenemos un 30% con perfil más complejo, hay niñas que se suben a los techos, hay gritos, fugas, cortes, es bien compleja la vida de las otras niñas con este grupo psiquiátrico.” (Psicóloga 2)

Dos psicólogas, reportan adolescentes con cuadros psicóticos en estudio.

“Tenemos, 2 niñas con características más psicóticas, 3 hermanas están en diagnóstico, con trastorno vincular y abandono parental.” (Psicóloga 3)

Una entrevistada reporta diferencias de género en el perfil psicológico de los adolescentes que atienden:

“Sí, hay diferencias de género en algún sentido, sí. Acá entre los chicos se dan dinámicas diferentes, son más bruscos e independientes, las niñas más dependientes.” (Psicóloga 4)

5.3.1.4. Hospitalización de Casos Complejos

Sobre la hospitalización de casos complejos, cuatro entrevistadas declaran la existencia de casos complejos que tuvieron que ser hospitalizados durante el último año, debido a; trastornos bipolares, trastornos del vínculo, trastornos de la conducta con consumo de drogas, intentos de suicidio/depresión y esquizofrenia.

“Hemos tenido un chico en hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estadía en el Hospital San Borja en la Unidad Infantil, por graves problemas conductuales, ha estado como un mes y lo han estabilizado y lo observan, el equipo dice que es trastorno bipolar severo y trastorno vincular, ya que cuando está allá se ajusta muy bien, pero el tema de la madre le afecta. También, otro adolescente fue hospitalizado en Corta Estadía en el Hospital El Pino por problemas de conducta y drogas.”
(Psicóloga 5)

“Puntualmente nuestros casos, se hospitalizan sólo por intento de suicidio, cuando corren riesgo, en el Hospital Padre Hurtado están dos o tres semanas, con la educadora, y luego pasa al Hospital Sotero del Río, esto se demora como un mes, largo tiempo de espera pero hay que hacerlo así, ya que si uno la trae acá al hogar corre riesgo. Hemos tenido 4 niñas entre 3 o 4 meses aproximadamente hospitalizadas.”
(Psicóloga 1)

“El caso de una chica que se descompensó varias veces en el hogar, la niña que tiene un diagnóstico de esquizofrenia. (...) estuvo hospitalizada, en el Sector de Psiquiatría y Neurología, pero luego que se compensan se la pelotean entre salud y SENAME y la vuelven a mandar a la residencia y no buscan alguna alternativa de estadía en la red de salud.”
(Psicóloga 2)

“Este NNA tiene 16 años, llegó a los 11 años, está deprimido estuvo en Corta Estadía del Hospital San Borja y lleva 5 años en el hogar y está con cáncer testicular, por eso lo vez peladito porque está en quimioterapia, él tiene cuidados especiales en el hogar, es fuerte el caso porque uno lo conoció bien. Su enfermedad fue muy rápida, el diagnóstico fue a mitad de este año y ya se han hecho con él periodos de quimioterapia, pero el tercero fue interrumpido porque apareció una diabetes muy fuerte.”

Parece, que la quimio está dando resultados, el médico dice que se va a recuperar, pero la diabetes está complicada.” (Psicóloga 5)

5.3.1.5. Sobre las Fugas de los NNA de las Residencias

Cinco entrevistadas reportan abandonos del sistema residencial por parte de los adolescentes, las razones de las “fugas” son diversas tales como consumo de drogas, conductas antisociales, descompensaciones psicóticas, procesos de inestabilidad institucional y mal trabajo de los equipos.

“Sí, pero hay como 3 jóvenes que están saliendo, pero ahora está más tranquilo, pero hay uno que consume drogas y llega tarde 2 o 3 de la mañana.” (Psicóloga 4)

“Ahora, también tenemos de todo tipo de niños que han ingresado los Tribunales, en lo puntual tenemos un caso, un chico que llegó este año, por lo que creo que debe ir a otro programa, tiene abandonos diarios, ha llegado con consumo muy fuerte y se junta con jóvenes que son ladrones e infractores de ley.” (Psicóloga 5)

Sobre este adolescente, ha intentado persuadir a los demás para que también fuguen, pero no ha tenido éxito:

“Él ha incitado a que otros chicos se fuguen, afortunadamente no tiene mayor liderazgo por lo que no lo siguen, tiene discapacidad leve, pero asociado a consumo, esta medicado, pero por las fugas no ha habido continuidad en el tratamiento farmacológico, yo creo que estamos todos preocupados, ya que en un momento lo tuvimos estable, pero pasando octubre volvió a estar crítico.” (Psicóloga 5)

Para una entrevistada, las fugas exigen tener un proceso de autoevaluación del equipo. Aparece la pregunta “qué estamos haciendo mal para que ellos quieran fugarse”: Para otra entrevistada, la situación es distinta estos casos de fugas producen daños en las otras niñas. Reporta que el problema fundamental es que Tribunales envía un perfil de ingreso complejo que no es acorde al resto de las residentes con daños menos severos.

“Nos preguntamos qué estamos haciendo nosotros para que ellos deseen fugarse, quizás nuevas incorporaciones de trabajadores los afectó, quizás alguien que no tuvo apego con los chicos, si hubo un momento muy complejos de salidas por el techo, la prensa y las críticas y denuncias muchas eran muy reales, las fugas por los techos fue un indicador que esto no estaba funcionando en las residencias.” (Psicóloga 5)

“Es un hogar de larga permanencia, ya que como sabes hay niñas que llegan y no hay alguien que pueda encargarse de ellas y la residencia tiene que tenerlas. Los Tribunales y la red SENAME lo sabe, estas niñas dañan mucho la convivencia, a pesar que este hogar es muy tranquilo, este grupo altera todo la vida interna, de las otras niñas y eso genera problemas emocionales en las niñas más tranquilas” (Psicóloga 2)

5.3.1.6. Visión de los Psicólogos sobre las Características de las Familias

Las familias presentan características distintas dependiendo del tipo de vulneración de derechos. Cuatro psicólogas declaran que son familias que presentan negligencia parental e historia transgeneracional de vulneración de derechos.

“(…) hay familias que tienen sus propias historias de vulneración, patrones transgeneracionales.” (Psicóloga 4)

*“Son como todas las familias, negligentes con modelos de crianza más autoritario, ambivalente, les cuesta reflexionar sobre la vulneración.”
(Psicóloga 3)*

Dos entrevistadas reportan que son familias multiproblemáticas, se caracterizan por presentar drogadicción, violencia, abusos y tratamiento psiquiátrico, además dificultades para reconocer las vulneraciones existentes en sus hijos pero que gradualmente lo hacen.

“(…) son familias que tienen drogadicción, tratamiento psiquiátrico, violencia intrafamiliar, maltrato, negligencias, mamás que vienen con historia crónica de abuso, maltrato y cuesta mucho que en un primer momento asuman la vulneración que son víctimas sus hijas, entonces el trabajo, va primero en eso, porque cuando llegan acá se cuestionan que no saben por qué se las quitaron, que ellas nunca las maltrataron, demostrando que todo está bien y nada ha pasado, y poco a poco, vas indagando y confrontando el motivo del ingreso de las chiquillas y van reconociendo y se puede abordar.” (Psicóloga 1)

Una entrevistada, las caracteriza como familias en situación de pobreza, calle y desvinculadas de sus hijos o con vínculos superficiales.

“Son familias de escasos recursos, madres en condición de calle, existen madres que no visitan, y otras que sí, están las que vienen pero no hay compromiso, y hay vínculo superficial” (Psicóloga 7)

Una psicóloga refiere que la mayoría de las familias quiere retomar el cuidado de sus hijos y que el equipo trabaja en el reintegro con el caso.

“También, están aquellos padres que desean retomar el cuidado de sus hijos, yo creo que la mayoría está al medio, pero hay familias que uno ve algunas posibilidad de mejorar.” (Psicóloga 2)

“Por ejemplo el mismo caso de Corta Estadía, la madre del NNA está inhabilitada para los cuidados de su hijo, se quiere hacer cargo pero tiene actitud de no aceptación, y a veces dice voy y la mamá no llega. También otra situación de ingreso reciente, la madre vivió violencia y hay historial que el Tribunal comenta que la madre está inhabilitada.” (Psicóloga 5)

Dos entrevistadas reportan algunas familias con situaciones de privación de libertad por delitos de robo y/o tráfico de drogas.

“(…) hay familiares que están presos, no es tan categórico ese hecho, es más bien, por la negligencia parental el grueso de las niñas que están aquí hace años. (Psicóloga 2)

5.4. La Salud Mental en las Residencias

5.4.1. Visión de los Psicólogos sobre Estrategias de Intervención en Salud Mental

5.4.1.1 Atención psicosocial

Cinco entrevistadas reportan que la atención psicosocial, está focalizada en la reparación del daño emocional y vincular. La atención psicológica debe lograr que las adolescentes resignifiquen sus experiencias de vulneración de derechos, abandonos y eventos traumáticos.

“Lo principal que debe hacerse sólo por psicólogos, en la residencia como tal, es la intervención con los niños.” (Psicóloga 5)

“Lograr que las niñas resignifiquen sus historias de abandono, para que se puedan vincular con sus familias o con un tercero significativo, porque si no logran esa reparación, se ve fracasada esa vinculación.” (Psicóloga 3)

“Es fundamental, acompañarlos en el proceso, ir reparando el daño emocional/vincular. Considero que acompañarlo en este proceso resignificación, que estén estables emocionalmente y conductual, bajar nivel de stress, apoyarlo en el proceso tratar de ir reparando el daño vincular.” (Psicóloga 4)

“Hay ciertas cosas propias del psicólogo como trabajar un buen trato, nuestro enfoque es la reparación, la idea que las niñas se reinserten y como reparación brindamos no sólo SM, sino que también apoyo psicopedagógico, educacional, etc.” (Psicóloga 2)

Dos entrevistadas reportan que la atención psico-social también debe lograr que los adolescentes logren un egreso favorable que les permitan logren reinsertarse y tener una vida independiente.

“La idea es que el chico salga con una mirada distinta, sanadora, y ver y decir, “sí, esto me ocurrió, pero puedo seguir adelante y reinsertarme: Nosotros hemos tenido buenos egresos, pero se supone que la idea que el chico salga con una mirada positiva y superar secuelas.” (Psicóloga 5)

“La idea es prepararlos para la vida independiente.” (Psicóloga 4)

Una entrevistada declara que hay distinciones entre la atención psico-social y la clínica, señala que lo psico-social trabaja a nivel grupal mediante talleres para apoyar los procesos de resignificación de la experiencia en las adolescentes. Cito

“Lo individual diferencia a lo clínico. Nosotros en lo psico-social también hacemos talleres reparatorios de pares por grupo etario, se trabaja el abandono, creemos que viendo que no son las únicas que han sufrido, logran reparar y re-significar la experiencia.” (Psicóloga 3)

5.4.1.2. Atención Clínica

Respecto de la atención clínica dos entrevistadas declaran realizar trabajo terapéutico a nivel individual, abordan vulneraciones más focalizadas y la asistencia de las adolescentes es variable.

“Lo clínico, es una intervención psicológica más individual, focalizada en las vulneraciones que vivieron las niñas.” (Psicóloga 3)

“Acá lo clínico, es realizar terapia una vez por semana, si se requiere más se puede hacer, el horario depende de la niña, se ve la necesidad, se ve quien está en terapia afuera del hogar y quien no, quien la necesita, a todas las niñas en el fondo hay que hacerle terapia, esto se evalúa en el equipo técnico y se pide.” (Psicóloga 2)

Una entrevistada expresa directamente que su rol en la residencia, es clínico no social, declara que desarrolla su trabajo clínico en un contexto social tratando de mantener el rol y setting terapéutico, lo cual es dificultoso en la vida cotidiana de la residencia.

“Mi rol es más clínico. Hago un trabajo clínico en contexto social, nutro el equipo de trabajo, dando esta visión al equipo, a nivel del individual, no sólo social, por lo que yo sé, hay residencias que no trabajan así.” (Psicóloga 2)

“Yo siempre he tratado de mantener mi rol de psicóloga, por lo mismo yo no salgo mucho de aquí, de la sala de terapia, porque me dedico al ámbito clínico, quiero que me vean como psicóloga, aunque no siempre te puedes aislar tanto de la vida cotidiana del hogar en el patio, en los pasillos, en los espacios comunitarios, las ves y te ven. Mantenerse aquí en la sala es positivo.” (Psicóloga 2)

Una de las entrevistadas declara que no es posible hacer atención clínica, porque las residencias tienen un estilo comunitario y no individual.

“He intentado en el ámbito clínico y no, la residencia es otro estilo, más comunitario, más dinámico, intervienes en el momento, abordando otras áreas, me gusta más dinámico, estar ahí, eso me atrae, es irse todos los días con algo, algo que te llene.” (Psicóloga 1)

Dos entrevistadas, declaran críticas a la atención clínica (de box) en las residencias, la cual, no es pertinente por la falta de recursos humanos; las múltiples funciones que deben realizar; las necesidades son de psicólogos/as de terreno y no clínicos y finalmente, porque se necesita alta especialización clínica para lograr cambios en las adolescentes en el tiempo.

“No digo que no cuadre un psicólogo más clínico en un hogar, los chiquillos necesitan terapia, pero acá el recurso humano es muy escaso y matemáticamente para todo lo que hay que hacer, no dan los recursos y hay que hacer de todo entre todos. Porque es harta papelería que te piden (...) se necesita un psicólogo de terreno, no un clínico encerrado en un box u oficina, eso es para otros espacios no para una residencia.” (Psicóloga 7)

“Hacer clínica en los hogares es difícil porque no están los recursos, las capacidades profesionales y es difícil meterse en la vida de las chiquillas para que tengan cambios, se necesita harto tiempo, mucha, pero mucha preparación, es un proceso largo y no sé si funciona.” (Psicóloga 6)

Una entrevistada, refiere también críticas al trabajo comunitario o de terreno:

“Yo creo que mi rol, es distinto que, en general, al que ocupan en las residencias, ya que ocupan un rol más abocado a lo social, se llevan la vida en coordinaciones, intervenciones en crisis, yo creo que eso.” (Psicóloga 2).

“Hago un trabajo clínico en contexto social, nutro el equipo de trabajo, dando esta visión al equipo, a nivel del individual, no sólo social, por lo que yo sé, hay residencias que no trabajan así.” (Psicóloga 2)

Tan sólo una entrevistada reporta una visión integradora de ambos niveles de atención individual y grupal.

“Mis funciones son acompañar a los chicos, hacer sesiones individuales con ellos, talleres y acompañamiento a las familias, apoyarlos, ayudarlos en herramientas parentales para que también puedan tener el cuidado de los chicos (...) tengo dos modalidades: trabajo individual y grupal.” (Psicóloga 4)

Una de las entrevistadas declara que tareas del área clínica son hacer psicodiagnósticos, atender a las niñas, elaborar informes psicológicos, de proceso en conjunto con la asistente social” para enviarlos a los Tribunales.

“La idea es hacer diagnóstico a las niñas una vez al año, se aplica una batería test, yo aplico dibujo, familia, persona bajo la lluvia, y el CAT, y depende del caso, se puede aplicar otro test, luego se elabora un informe psicológico y queda en las carpetas de cada niña. Este informe, se adjunta a Tribunales, también hay actualizaciones de los Informes de Procesos que hace la asistente social para dar cuenta de los avances del caso, se ocupa mucho para Tribunales, para argumentar por ejemplo, que se vaya o no a acercamiento familiar un caso (Psicóloga 2)

5.4.1.3. Atención Familiar

En la atención a familiar y social, seis entrevistadas reportan que es fundamental el trabajo con familias para lograr la estabilidad y el reintegro familiar como principal objetivo de la intervención.

“Creo que es favorable trabajar con las familias, sino es complejo lograr la estabilidad de las niñas, que logren estar bien, independiente que les hayan hecho a las niñas siempre son sus familias, cuando no se logra el objetivo, como que no logran desplegar habilidades parentales, protectoras, se pone más difícil el trabajo, porque para Tribunales las niñas siempre deben estar con las familias, nuestro principal objetivo es la reintegración familiar. (Psicóloga 3)

Todas las entrevistadas coinciden en afirmar que la primera tarea que hacen es de despeje familiar y evaluación de la familia de origen, extensa o adulto significativo en conjunto con la asistente social. Esto se realiza mediante entrevistas, luego visitas domiciliarias que indagan el tipo de vínculo y compromiso del adulto con el NNA o adolescente, posteriormente se informa al Tribunal las alternativas favorables o desfavorablemente de reintegro con ese adulto o se inhabilitan.

“La familia llega perdida muchas veces, leemos todos los informes, ya que llegan con familiares o algunos casos llegan solas. Nosotros nos contactamos con el familiar significativo y vamos indagando si conocen o no el motivo de consulta, cuál es su vínculo, relación, a qué está dispuesto este familiar puntual, si hay compromiso o no con la niña, siendo nuestra primera observación, a través, de las visitas y entrevistas y si vemos que no existe vínculo, solicitamos despeje familiar a través del Tribunal y vamos viendo otras alternativas.” (Psicóloga 1)

“Ver si identifica algo con el adulto que no hayamos pesquisado y con el adulto evaluar historias infantiles con su propia familia y ver el perfil que se está evaluando. [La labor de la asistente social] es más bien consejería.” (Psicóloga 1)

Luego del despeje del caso, la atención en familia se concentra en el desarrollo del plan de intervención familiar para lograr fortalecimiento de habilidades parentales, se inician las salidas y visitas del NNA a la familia o en el hogar, talleres de habilidades y posteriormente, se evalúa las condiciones de egreso.

“Yo me aboco puntualmente en el plan de intervención con familia, o sea, cuando la niña llega yo tengo que ver el despeje familiar, si viene con un adulto significativo que esté evaluado o adecuado y se hace el despeje familiar, se trabaja el fortalecimiento familiar, para que la niña al salir del hogar pueda quedarse con ese adulto (...).” (Psicóloga 6)

“Cuando nos sentamos con un adulto, evaluamos, excepto que el Tribunal nos pide evaluar para inhabilitar, y entregamos resultados y comenzamos el trabajo de fortalecimiento de forma individual con el familiar y también en conjunto y visitas domiciliarias, a partir de mayor vínculo, se permiten visitas al domicilio, siempre que haya una proyección con la familia.” (Psicóloga 1)

“Yo hice un taller de habilidades parentales, por lo que ahí me topé con varios papás, ese taller fue bien bueno, súper bien evaluado por los supervisores, lo hicimos con modalidad de jornada una vez a la semana, fue intensivo hicimos 8 sesiones. Hicimos sólo uno en el año y resultó muy bien.” (Psicóloga 2)

“Trabajo familiar, en el plan de intervención en habilidades parentales, desarrollo de talleres con la niña y grupo familiar o apoderado, visitas en terreno, coordinación con otros proyectos, bajar información e intervenir con familias y registrar todas las intervenciones en el SENAINFO.” (Psicóloga 3)

Dos entrevistadas, declaran que realizan evaluaciones diagnósticas de las familias a petición de los Tribunales de Familia:

“También, en algunas ocasiones me han pedido del hogar porque los Tribunales se los pide que haga evaluaciones psicodiagnósticas a las familias y eso lo hago yo.” (Psicóloga 2)

“Algunas veces veo las necesidades que se tienen para que se incorpore esa figura significativa en la vida de las niñas, pero no hay resultados, he tratado de hablar con algunas familias pero no resulta.” (Psicóloga 1)

5.4.1.4. Atención Psiquiátrica

Una de las entrevistadas declara que la atención psiquiátrica es fundamental en la residencia, este profesional contratado por horas en la residencia realiza funciones que van desde el diagnóstico, la intervención en crisis, tratamiento farmacológico y seguimiento.

“(…) en este modelo es fundamental el trabajo con el psiquiatra, ya que si tú no logras calmar a las niñas, o sea, queda la escoba, entonces es fundamental”. (Psicóloga 1)

“Es una relación fundamental, uno es quien está toda la semana, entonces a medida que se va viendo que la niña tiene determinadas conductas, uno la deriva al psiquiatra que hace el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, él lo da y nosotros revisamos una carpeta donde está el registro.” (Psicóloga 1)

“Hay que tener seguimiento cercano, cuando la patología es más compleja tratamos de mantenerla afuera para tratamiento, en caso que el psiquiatra de acá no esté. Cuando está el psiquiatra que trabaja en el hogar aborda los casos de urgencia y casos menos complejos, hace variación de medicamento o intervención en crisis.” (Psicóloga 1)

Una psicóloga declara que la atención psiquiátrica se realiza sólo en aquellos casos complejos, la residencia contrata horas de psiquiatra particular, el cual, evalúa el caso y luego, es derivado a la red de SM y psiquiatría local.

“Tenemos internamente una psiquiatra particular para los casos más complejos, trabaja sólo cuatro horas mensuales, ella tiene 6 casos. Ella evalúa a la niña en primera instancia, y luego se derivan e insertan en la red de salud pública local.” (Psicóloga 3)

Dos psicólogas reportan que el psiquiatra evalúa los casos con mayor sintomatología que ellas les derivan, prescribe el tratamiento farmacológico a los adolescentes, no trabaja con las familias. Luego, realiza los controles a los casos y el equipo quien proporciona una apreciación de la situación de las niñas y de los resultados de la medicación en las horas que asiste.

“La medicación la ve él [el psiquiatra]. Que yo haya visto no [hace trabajo con las familias] pero sí el equipo le da una retroalimentación de las niñas y las familias.” (Psicóloga 4)

“En el momento que viene [el psiquiatra] nosotros les hacemos las presentaciones de casos, por problemas conductuales, él escucha y ve casos.” (Psicóloga 5)

“Nosotros hacemos derivación cuando viene [el psiquiatra] y se le describe el por qué es necesario, le describimos la conducta y cada cierto tiempo pasan a control, ya que si es pertinente o no seguir con tratamiento, se van viendo cómo van, hay un joven que está con antidepresivo.” (Psicóloga 5)

Sobre los NNA con tratamiento farmacológico, tres de las entrevistadas declaran que entre el 40% al 70% de los casos está con medicación.

“Debemos tener unas 36 niñas acá, donde 20 tienen tratamiento farmacológico.” (Psicóloga 1)

“De los que viven acá más de 20, hay más de 40% con medicamentos.” (Psicóloga 4)

“Están en tratamiento con fármacos el 60% de los chicos de los 20 que viven en el hogar. La Fundación (...) administra la farmacia, tiene bodega, el psiquiatra da la orden y se manda el pedido de medicamentos y el psiquiatra viene una vez al mes.” (Psicóloga 5)

Cabe destacar, que una de las entrevistadas reporta que en la residencia existen pocos NNA medicados, se considera contraria a medicar a los NNA atendidos optando por terapias complementarias como deporte, reiki, yoga, entre otras.

“Nosotros tenemos repocos chicos con medicamentos, en general preferimos que no los mediquen y optamos por algo más complementario deportes, reiki, yoga, o flores de bach, alternativas más naturales.” (Psicóloga 7)

Tres psicólogas reportan que la administración de los medicamentos prescritos por el psiquiatra es realizada por personal con variada formación, por una enfermera, técnico en enfermería y una educadora de trato directo encargada del área salud de la residencia.

“hay una encargada de salud, administrar y distribuir a las educadoras, es una enfermera que está todos los días acá, ella recibe la orientación del psiquiatra, distribuye para que todos los chicos tomen sus pastillas, hay más de 40% con medicamentos.” (Psicóloga 4)

“Hay una persona de enfermería, es técnico en enfermería, depende del caso, ya que hay chicos que se atienden en la red pública, esos medicamentos se los dan la red pública.” (Psicóloga 5)

“No tiene un perfil especializado, es alguien que se contrata, para que haga esa pega, lleve a las niñas a controles, es una educadora de trato directo pero con esas tareas, que vea el pastillero, quisiéramos que fuera enfermera pero no tenemos recursos, tiene años en el hogar.” (Psicóloga 2)

Dos de las psicólogas declaran déficits en la atención psiquiátrica en la red de SM con largos tiempos de espera.

“Psiquiatría, por falta de personal, estamos usando distintas estrategias, con informe de psicólogo que se manda, etc., esta atención en la red pública se demora 4 a 6 meses en atender. Se derivan los casos con

informe al médico general, luego, el médico deriva al psicólogo del Consultorio o CESFAM, luego el COSAM y luego, se deriva a Psiquiatría del Hospital Padre Hurtado, esto tarda 4 a 6 meses para la primera atención y posterior, hacen seguimiento una vez al mes.” (Psicóloga 1)

5.4.1.5. Trabajo en Red

Cinco entrevistadas declaran que realizan trabajo con las redes, especialmente con la red de SM y psiquiatría tales como CESFAM, COSAM y Hospitales; programas ambulatorios de SENAME, Universidades, entre otros.

“A medida que uno se va organizando, bien, [los COSAM] se coordinan con nosotros, nosotros nos movilizamos y hemos tenido buena experiencia.” (Psicóloga 1)

“Con el COSAM Santiago tenemos buena coordinación, derivamos casos individuales, por depresión, por sintomatología ansiosa, crisis de angustia.” (Psicóloga 3)

Cuatro entrevistadas reportan coordinaciones con equipos de Hospitales:

“Derivamos casos complejos al Hospital San Borja Arriarán, a la red neuropsiquiatría infantil. Tenemos buen nexo con ellos en el último tiempo, que ha sido una instancia que nos ha apoyado con casos complejos, ellos nos dan respuesta.” (Psicóloga 3)

Cinco de las entrevistadas refieren coordinación con programas ambulatorios de la Red SENAME a nivel local.

“(...) chiquillas asisten a programas reparatorios, generalmente van al PRM de la Fundación o de otras instituciones colaboradores de SENAME que ejecutan programas.” (Psicóloga 4)

“Trabajamos con el CAVAS, CEPIJ, CENIM.” (Psicóloga 3)

“El CAVAS, las que están por situaciones de abuso sexual o al COSAM o a Psiquiatría del Hospital San Borja.” (Psicóloga 2)

Una psicóloga reporta además que se coordinan con Universidades para la captación de alumnos en práctica de Psicología.

“Se hizo un convenio con la universidad para tomar alumnas en práctica, vienen más de media jornada, están aquí de junio hasta diciembre 2015. Ellas ven 5 casos del REM cada una, en total 15 casos. Son niñas de más baja complejidad, hacen psico-educación, acompañamiento, etc. No trabajan con las niñas con patología psiquiátrica, ya que son más complejas.” (Psicóloga 3)

VI. DISCUSION

Han pasado 10 años desde que se aprobó la reforma que traspasa a organismos privados la ejecución del grueso de la Política Pública que, a través del llamado “sistema residencial” del SENAME, tiene por misión poner a resguardo a miles de NNA que, de acuerdo a evaluaciones realizadas por Tribunales de Familia, necesitan ser sacados de sus hogares de origen por negligencia parental, maltrato, abuso y/o explotación sexual para ser entregados al cuidado y protección del Estado de Chile. Este proceso de licitaciones a instituciones colaboradoras de SENAME, instaló una lógica mercantilista y burocrática que afecta la intervención en SM en NNA institucionalizados que realizan los profesionales de la Psicología.

De acuerdo a los relatos recogidos en esta investigación, las psicólogas entrevistadas se perciben a sí mismas trabajando en condiciones precarizadas, con salarios bajos, sobre cargadas con funciones meramente burocráticas que las alejan de su vocación fundamental; estar cerca de los NNA. Por otra parte, la Supervisión Técnica proporcionada por SENAME es percibida como estrictamente formal, enfocada a cumplir con aspectos meramente burocráticos ajenos a los problemas relevantes para el bienestar de los NNA bajo su cuidado. Los supervisores en tanto son el vínculo directo con el Estado y su Política de Infancia, al ser percibidos mecanizados y burocráticos contribuyen a generar prácticas en los psicólogos/as residenciales que van a su vez también mecanizando su propio trabajo. Se confirman, ahora en profesionales que trabajan en el Sistema Residencial del SENAME, hallazgos similares reportados al recoger la experiencia de psicólogos/as que trabajan en otros servicios supervisados por el Estado. Los psicólogos se sienten reducidos a la posición de meros ejecutores de Políticas Públicas que, sin financiamiento adecuado ni metas claras, van quedando progresivamente despojadas de sentido (Acuña, 2015; Andrade, 2015; El Mostrador, 2013; Piper, 2008).

El foco principal del trabajo en las residencias debiera ser, de acuerdo a las psicólogas entrevistadas, conseguir que los NNA egresen y se re-integren a la vida en familia y comunidad. Las supervisiones efectuadas por SENAME son descritas como focalizadas en otras metas. Tal vez, por esta razón, los psicólogos sienten que no hay

posibilidad de “hacer equipo con SENAME”. Mientras unos miran estadísticas, llenado de formularios e informes, otros piensan en como poder sacar pronto a los NNA de las residencias para re-integrarlos a una vida más sana.

Los psicólogos residenciales están conscientes que la institucionalización de NNA es necesaria para salvaguardar la SM y muchas veces la vida de los NNA a su cargo, pero también tienen claro que al prolongarse indefinidamente la institucionalización provoca daños y traumas en el desarrollo de NNA, lo que es consistente con diversos estudios que muestran que la institucionalización prolongada produce daños y trastornos mentales que afectan el desarrollo emocional, cognitivo, social de los NNA expuestos a traumas tempranos, apegos inseguros y desorganizados en instituciones de cuidado alternativo a la familia (McCall, 2014). Bajo estas condiciones, los NNA crónicamente institucionalizados presentan psicopatologías de alto compromiso biopsicosocial, que ha sido evidenciada en múltiples estudios (Cardona, J., Manesa, F., Escobar, J., López, J., Ibáñez, A. 2012; McLaughlin, K., Zeanah, Ch., Fox, N., Nelson, Ch. 2012; McCall, R. 2014; Paz, 2013- 2015). Estudios nacionales también muestran que la SM de los NNA atendidos en centros residenciales se encuentra cada vez más comprometida (Martínez, 2010) y que la oferta de atención de la red de SM y psiquiatría es pobre en cobertura y capacidad resolutive (Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile., 2004; Martínez, 2010; Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2011, Vicente et. al, 2012; Paz, 2013-2014).

Por otra parte, las brechas de atención en SM de la población infanto-adolescente en Chile son simplemente abismales (Vicente et. al, 2012; Minsal, 2015). En los relatos recogidos de boca de los psicólogos entrevistados, estos “datos” cobran vida y confirman con creces lo reportado en la literatura especializada. Todos los entrevistados coinciden en describir como los NNA que ingresan a las residencias presentan cada vez más complejos problemas de SM y todas ellas, incluso los más “antipsiquiátricas”, reconocen la urgencia de contar con apoyo de especialistas con formación en Neurología y Psiquiatría Infanto-Juvenil para poder enfrentar los llamados “casos complejos”.

El Estado de Chile ha ratificado diversos tratados internacionales y generado diversos instrumentos legales para defender y proteger los Derechos de Niño/a (Ferrari, M, Couso, J., Cillero, M., Cantwell, N. 2002; CDN 1990; Directrices-UNICEF 2013). Al mismo tiempo mantiene cuerpos legales obsoletos como la Ley de Menores. También se ha impulsado cambios al sistema, pero con resultados desastrosos como lo demuestra la profunda crisis que enfrenta el sistema residencial regido por la Ley de Subvención 20032. Más recientemente, se ha ingresado al Parlamento un nuevo Proyecto de Ley para contar con la “tan esperada” -por algunos- Ley de Protección Integral de Derechos de la Infancia que las ONGs que Instituciones Colaboradoras llevaban hace más de una década “consensuando” con SENAME (Beloff,1999; Fundación Carlos del Maipo, 2012). El Ejecutivo ha propuesto un nuevo Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez (Cámara de Diputados, 2015; Ortiz, 2015) proponiendo la creación de una nueva institucionalidad denominada Subsecretaría de la Niñez a cargo de Ministerio de Desarrollo Social, transformaciones y cambios que, en la medida que no tocan los problemas de fondo, sabemos resultarán completamente insuficientes, cuando no cosméticos, si lo que realmente se quiere es resolver la profunda crisis que vive el Sistema de Protección de la Infancia Vulnerable en Chile y particularmente, el sistema residencial como lo confirman investigaciones independientes realizadas por los Poderes Judicial, Legislativo y, más recientemente, Ejecutivo, a través de la Auditoría realizada por la Contraloría General de la República.

Durante estos 10 años, más de 30.000 NNA han ingresado “transitoriamente” a estos “hogares” mientras, presumiblemente, se resuelven las situaciones que inhabilitan temporalmente a sus familias de origen o se encuentra familias de acogida y/o de adopción que se hagan cargo de su cuidado definitivo cuando, pese a todos los esfuerzos, supuestamente, desplegados por el Estado, se ha hecho evidente que ni sus familias nucleares ni sus familias extensas son “susceptibles de ser rescatadas”. Sin embargo, como lo confirman los estudios del período, el sistema residencial de protección persiste con falencias estructurales que determinan que lo que era “transitorio”, se transforma en “permanente” (MIDEPLAN, 2007; Martínez, 2010; MIDEUC, 2013; Cámara de Diputados 2013). Falencias estructurales tanto en su oferta programática como en el financiamiento destinado al grupo de NNA probablemente más

vulnerado en el país. Déficits de recursos que impactan no sólo la calidad del cuidado y protección de la SM de los NNA bajo el cuidado de los psicólogos/as, sino también la SM de los propios profesionales en un sistema de trabajo que describen como de alto desgaste, sobre exigencias burocráticas, bajos sueldos y en el cual las metas cuyo cumplimiento supervisa el Estado no se corresponden con las metas de reinserción social y trabajo efectivo que los profesionales esperan se les ayudara a cumplir. Similar experiencia enfrentan los psicólogos/as de Atención Primaria, enfrentados día a día a “tener que hacer la trampita” para brindar la atención que, de acuerdo a sus estándares éticos y técnicos, requieren sus pacientes en tratamiento por depresión y al mismo tiempo cumplir con exigencias y “metas de gestión” impuestas por una Burocracia Estatal que es vivenciada como completamente dissociada de las necesidades de ellos mismos y sus pacientes (Andrade, 2015).

Han pasado 10 años de la reforma del sistema residencial del SENAME y también la de otra reforma, de la cual se ha hablado mucho menos, la de los Tribunales de Familia; en cuyo contexto político-administrativo y presupuestario, se gestó la reforma del SENAME (Ministerio de Justicia, 2005; Biblioteca Congreso Nacional; 2005) La Ley de Subvención 20.032, no logró mejorar el sistema de protección residencial y, más bien, generó una lógica de vinculación meramente instrumental entre las instituciones colaboradoras y el Estado (Acuña, 2015).

La promesa de toda reforma es siempre de que los cambios que se realizarán signifiquen un “avance”, un “progreso” para sus beneficiarios. Luego de una serie de denuncias e investigaciones se ha hecho finalmente evidente que, lejos de mejorar, la situación de los NNA bajo la “protección” del Estado de Chile ha empeorado. Y, para todo aquel que lo quiera ver, lo ha hecho a niveles inaceptables de acuerdo, al menos, a los informes evacuados por tres instituciones del Estado de Chile.

Conocidas las graves vulneraciones a los más elementales DDHH a las que están expuestos hasta el día de hoy los NNA institucionalizados en el sistema creado el año 2005, me propuse conocer, a partir de su relato en primera persona, qué piensan y cómo viven esta brutal realidad institucional los psicólogos que allí trabajan. Dado la magnitud de las vulneraciones denunciadas y hoy refrendadas por miembros del Congreso Nacional (Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados, 2014), Poder

Judicial (Corporación Administrativa del Poder Judicial, 2013) y por la propia Auditoría Nacional al Sistema Residencial del SENAME realizada por la Contraloría General de la República (2014), me pareció imprescindible saber qué piensan, cómo viven, qué ansiedades se les despiertan a quienes aparecen ubicados en una posición privilegiada para evaluar la efectividad real de estas denuncias, su alcance y magnitud y, especialmente, el impacto que estas vulneraciones y violencias representa para la SM de sus usuarios/pacientes y, tal vez, para la de ellos mismos en cuanto testigos directos de estas vulneraciones.

Por otra parte, en un plano más técnico-profesional, también me interesaba saber cómo la incorporación de la variable SM, en cuanto eje de intervención incorporado recientemente en el diseño de las estrategias de abordaje integral de los NNA institucionalizados, estaba siendo incorporado en las miradas teóricas y prácticas de los psicólogos/as que trabajan en las residencias. Me interesaba conocer, especialmente, sus experiencias y vivencias en este ámbito dado que para muchos psicólogos/as la incorporación de una visión de la SM de NNA víctimas de exclusión social y traumas múltiples en la que la Psiquiatría y la Neurociencia ha sido propuesta como parte esencial del aparataje conceptual y práctico necesario para trabajar integralmente con ellos, podría resultar un cambio paradigmático amenazante y, tal vez, simplemente incomprensible dado los marcos conceptuales en los que se han formado y trabajado históricamente (McCall, 2014; McLaughlin, K., Zeanah, Ch., Fox, N., Nelson, Ch. 2012; Paz, 2015).

Sospechaba que no sería fácil para los psicólogos/as cambiar de paradigma. Presumía que no sería fácil para mis colegas aceptar e integrar en sus marcos teóricos y su práctica clínica la “herejía” de que los NNA dañados por la pobreza y el abandono no son sólo presentan heridas en sus mentes sino también en sus cerebros y que “el factor cerebral”, hasta ahora desconocido y/o derechamente negado en sus modelos teóricos y estrategias de abordaje clínico, resulta clave para entender y, por lo tanto, abordar integralmente ese daño a nivel emocional.

Para acercarme a estas experiencias, de suyo conflictivas y en las cuales el riesgo de aparecer amenazante y/o persecutoria en la forma y fondo de las preguntas formuladas, decidí por lo tanto administrar una entrevista con preguntas abiertas que

permitieran que los entrevistados se sintieran libres de expresar sus opiniones y ofrecer sus testimonios de la manera menos censuradora y/o cuestionadora posible. Había que vencer, además, una dificultad adicional, esto es que la propia entrevistadora había ocupado un rol visible en los medios de comunicación y en las redes sociales denunciando, en su calidad de Directora de la Corporación SOFINI, la crisis de una Institución de la que ellos mismos son parte activa y de la cual reciben, además, un salario.

¿Se consiguió el objetivo esperado? ¿Los relatos recogidos de los psicólogos entrevistados reflejan la libertad de expresión y opinión que se requiere para que las respuestas recogidas sean reflejo real de su experiencia humana y profesional? Dejo al lector un juicio tal vez más neutral respecto a este punto ya que la autora de esta tesis no es neutral ni nunca ha pretendido serlo. Es más, tiene la convicción de que es justamente por su radical parcialidad frente a las violaciones a los DDHH de los NNA institucionalizados en el SENAME y su declarado sesgo negativo contra un sistema que no tiene reparos en calificar de perverso, espera que, justamente, los resultados de esta investigación permitan arrojar nuevos antecedentes, esta vez aportados por sus entrevistados, que ayuden a la urgente tarea de hacer aún más evidentes las negligencias, incompetencias, abusos e inequidades del sistema residencial inaugurado el año 2005 por el SENAME con la connivencia de los Tribunales de Familia y de la Corte Suprema de tal manera que quienes lean esta tesis se sientan convocados a cambiarlo y, sobre todo, a cambiarlo rápido, antes que más NNA sigan sufriendo sus devastadoras consecuencias (Paz, 2014; Marchant, 2015).

¿Qué fue entonces lo que dijeron los psicólogos de las residencias? Dijeron que están agobiados, que sienten que a los equipos supervisores técnicos del SENAME, que tienen la misión de fiscalizar que los “organismos colaboradores” cumplan efectivamente con la delicada tarea que el Estado Subsidiario les ha “delegado”, no les interesa apoyar su trabajo y evaluar en conjunto cómo superar las dificultades que se les presentan. Dijeron que les queda la sensación de que para los supervisores del SENAME, lo único relevante es cumplir con las estadísticas, mantener los papeles al día, cumplir con la burocracia. La verdad, al escuchar y volver a leer sus relatos, resulta imposible no traer a la mente los escritos de Arendt (1963) Weber (1922) Bauman

(1998) denunciando la pérdida de vista del “otro”, la ceguera frente al sufrimiento de las víctimas silenciadas por las máquinas burocráticas creadas por los Estados Modernos y que hacen posible verdaderos holocaustos sin que sus “funcionarios” tengan la menor conciencia del mal institucionalizado del que se hacen parte, sin pensarlo, sin sentirlo, sin ver los rostros de sus víctimas, transformadas en mera estadística, transformadas en meros números al servicio de cumplir “la tarea” o, como declaró Rudolf Eichmann en el célebre juicio que dio origen al concepto de la banalización del mal de Arendt (1963), funcionarios que, privados de toda capacidad de juicio moral, “sólo cumplen órdenes”, burócratas que ejercen su trabajo sin sentimiento, sin capacidad de pensar por sí mismos y que actúan siguiendo lo que consideran “su deber”.

Estando de acuerdo con Arendt en que Eichmann no era un monstruo, era alguien normal, no puramente como un concepto estadístico sino una persona sin humanidad. La humanidad, es un sentimiento que permite conmoverse por el sufrimiento del Otro, de no ser así, allí existe patología que lleva a actuar como parte de una maquinaria burocrática sin titubear, sin resistir, sin pensar en los miles y miles de NNA pobres que todo un país ha vulnerado desde los cimientos de la construcción de Chile. Los NNA de SENAME siguen siendo “los huachos”, los abandonados, la deuda histórica de un país enfermo que los daña y mata día a día.

Las respuestas ofrecidas por la Dirección Regional Metropolitana del SENAME a las “observaciones” realizadas por los auditores de la Contraloría General de la República a propósito del incumplimiento de las Bases Técnicas (SENAME, 2012) licitadas por el mismo SENAME en cuanto a pedir antecedentes penales antes de contratar a los trabajadores de los hogares, cumplir con el número mínimo de psicólogos y educadores de trato directo necesarios para garantizar el cuidado de los NNA en las residencias es otra manera de acercarse a esta “funcionaria” manera de sostener lo insostenible sin la menor sombra de “culpa” o “pudor”. Los entrevistados reportan que faltan profesionales especializados para atender las complejidades de los NNA y que muchas veces deben acudir a las redes institucionales para suplir los déficits de personal como por ejemplo, Convenios con Universidades para captar alumnos/as en práctica de Psicología.

La defensa del Magistrado Héctor Carreño, juez de la Corte Suprema responsable de haber ordenado que se “agilizaran” las causas de protección en los Tribunales de Familia a costa de institucionalizar NNA en SENAME de manera sumaria y así cumplir las “metas de gestión” impuestas desde el Ministerio de Hacienda resultan también paradigmáticas de esta lógica. “Sólo cumplía órdenes”, declaró el Juez Héctor Carreño y, más del 50% de los parlamentarios presentes en el Congreso Nacional lo liberaron de la acusación constitucional, respaldaron su defensa.

Tal como intuyera Hannah Arendt (1963), desarrollara Bauman (1998) más tarde y hoy, profundizaran Roberto Spósito (2002) y Simona Forti (2012), entre otros, una nueva forma de maldad amenaza a las Democracias Modernas, una que, disfrazada de “racionalidad de Estado” “equilibrios macro-económicos” “progreso” “reforma”, etc., lleva a ciudadanos “normales” a hacerse parte de procesos de “modernización” que suponen siempre el “sacrificio” “la destrucción creadora” de una parte de la sociedad en aras a alcanzar “una mejor vida” para una supuesta mayoría. Los NNA del SENAME, los NNA de los guetos de Chile, ahora transformados en “la amenaza flaute” son las víctimas que habrá que sacrificar en aras a que Chile alcance sus tantas veces postergado “desarrollo”. No hay más recursos. Los hogares del SENAME, como declara una entrevistada, son “mejor que la calle, mejor que la nada”. Se consagra así el holocausto en el que NNA y quienes tienen a su cargo su “cuidado” son, sin saberlo, parte del mismo sacrificio. Los “costos” que habrá que pagar, para llegar a la Tierra Prometida por los tecnócratas de la Post-Modernidad.

Pero los psicólogos no sólo describen, tal vez sin plena consciencia de los alcances de lo que relatan, la burocratización del mal en los Hogares del SENAME, también dijeron que muchas veces sienten que pierden su tiempo y, tal vez, su vocación, en visitas a Juzgados en los que los NNA son meros códigos de causas judiciales llamadas “RUC y RIT”, visitas domiciliarias a familias destruidas por la desesperanza, cuando no por la droga y la delincuencia, jornadas eternas llenando informes a Tribunales de Familia en los que se repiten figuras retóricas en las que el “copy and paste” ha despojado de todo significado los dolores y violencias que allí se “tramitan”, reuniones de “coordinación con la red” para administrar la negligencia de un sistema reventado y que no da abasto, en fin, horas y horas destinadas a actividades

que, ellos lo saben muy bien, en la práctica no se traducirán en aportes reales a que los NNA bajo su cuidado puedan egresar más rápido a ambientes familiares sanos, contenedores, humanos.

Los psicólogos de las residencias se escuchan cansados. Se escuchan y se ven agobiados. Declaran que les queda muy poco tiempo y, tal vez, energía para estar cerca de los NNA supuestamente bajo su cuidado. Sienten que no les queda tiempo para escucharlos, contenerlos y, tal vez, ayudarlos a encontrar un significado esperanzador a lo que viven. Nadie puede dar lo que no tiene. Y los psicólogos de los hogares saben que esos NNA necesitan esperanza. Ellas saben lo que vivieron, o, si no lo saben, al menos, lo sospechan. Porque una cosa queda clara después de escucharlos y volverlos a escuchar, para ellos, al menos, los NNA institucionalizados tienen problemas reales. Para ellos, al menos, esos NNA no son números, no son estadísticas. Esos NNA tienen traumas reales, biografías fracturadas por violencias que, muchas veces, se remontan transgeneracionalmente a sus ancestros más remotos. Y si bien la mayoría de ellos no parece tener los post-títulos, los cursos y post-gradados que se esperaría en profesionales responsables de cuidar de la SM de NNA tan dañados, tan frágiles, lo claro, al menos para quien escucha sus relatos, es que a ellos sí les importan.

A ellos sí les duelen estos NNA y quieren ayudarlos, aunque muchas veces no reciben ni el salario, ni la capacitación, ni los apoyos institucionales que se requieren para sostener a profesionales que trabajan en las fronteras mismas del horror de un país que no cuida a sus hijos más frágiles, más vulnerables y vulnerados y que, tal vez, por lo mismo, tampoco cuida a quienes les delega el “trabajo” de protegerlos. Los psicólogos reconocen en los NNA y en ellas mismas, que la dimensión de SM se ha instalado en las residencias. Reclaman que no tienen un modelo ni estrategias de SM para abordar integralmente el nuevo perfil de “casos complejos” que envían los Tribunales de Familia.

Las familias también son multiproblemáticas, algunas no reconocen las vulneraciones en sus hijos/as, pero con trabajo logran avanzar y la mayoría quiere estar con sus hijos, aunque existe un grupo que establece vínculos muy superficiales. Relatan que hay heterogeneidad de causales de ingreso y distintos trastornos

psiquiátricos en los NNA (MINSAL, 2007; Haquín, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J Martínez, 2004; Fundación Carlos del Maipo 2010; Martínez, 2010) Falta psiquiatría en las residencias, sólo contratan por horas mensuales (SENAME, 2012; Paz, 2013) y deben apoyarse en una débil red de salud pública en psiquiatría con largos tiempos de espera en la atención de los NNA, salud no funciona afirman. MINSAL y SENAME, no dan respuestas a esta necesidad urgente. Los psiquiatras y neurólogos sólo atienden a los casos más complejos y la hospitalización es muy selectiva y deficitaria en camas en las Unidades de Corta Estadía (MINSAL, 2015). Falta especialización en los equipos, pero en el día a día no olvidan que la reparación de los daños de los NNA y el bienestar de los NNA, es el foco de su trabajo, ello les exige tener estrategias de intervención a distintos niveles clínico, psico-social, familiar, psiquiátrico y coordinándose con redes externas. Hay tensiones y diferencias de miradas entre ellas sobre los enfoques conceptuales y las estrategias de intervención en SM, por eso la SM se construye en el quehacer. SENAME, no tiene un modelo de SM para las residencias menos aún con NNA con discapacidad mental. A pesar de ello, de estar conscientes de diversos aspectos del mal funcionamiento de las residencias de SENAME, sienten que son el mal menor “lo otro es la nada, la calle” para los NNA aunque declaran que lo deseable es que los NNA crezcan con sus familias y no en una residencia.

VII. CONCLUSIONES

A partir de los resultados presentados, a continuación se resumen las principales conclusiones que se extraen de nuestra investigación. Sin lugar a dudas, pueden surgir muchas más, considerando la riqueza de los relatos y experiencias aportadas por los entrevistados, esto invita a abrir un amplio campo de conversaciones, acciones y quehaceres como por ejemplo, propuestas de futuras investigaciones y/o hasta nuevos diseños de intervención que permitan mejorar las condiciones y el trabajo de los psicólogos/as en el de SM en las residencias de protección de NNA vulnerados en SENAME.

1. Los psicólogos/as residenciales trabajan en condiciones precarizadas en las instituciones colaboradoras de SENAME, con alta rotación, sobrecarga de funciones y con responsabilidades que sobrepasan el ámbito específico de sus competencias profesionales, generando agotamiento, desgaste y mecanización de los procesos de intervención en desmedro de la atención psicológica directa y personalizada que necesitan los NNA y sus familias para mejorar su situación.
2. 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. Al mismo tiempo, los supervisores en tanto son la expresión concreta del vínculo entre el Estado y los privados, establecen una vinculación autoritaria y persecutoria que instala una lógica de temor y desconfianza en vez de contribuir a mejorar los diseños, procesos, acciones y resultados con los usuarios. Los supervisores tienden a generar prácticas de dominación y no de colaboración en el quehacer conjunto con los profesionales de las residencias.
3. Los psicólogos/as reconocen la importancia de la variable "SM" en la intervención con los NNA institucionalizados, sin embargo describen visiones parceladas, dicotómicas o con 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.

4. Los psicólogos/as en el sistema residencial de SENAME, carecen de una formación especializada en modelos de intervención en SM que les permitan actuar de manera terapéuticamente eficaz sobre los daños, traumas y trastornos psiquiátricos y emocionales que presenta la población infanto-adolescente institucionalizada y/o sus familias de origen.

5. Los psicólogos/as trabajan en residencias dependientes de SENAME, donde los NNA enfrentan a diario vulneraciones a sus derechos durante los procesos de institucionalización, asumen 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.

6. Los psicólogos/as del sistema residencial se desempeñan en un sistema residencial que llamaré “la paradoja de la protección”, es decir, un Estado que se dice “protector” y que vulnera los derechos de los NNA y, que en los profesionales de la Psicología, genera prácticas y discursos disociados, negadores y perversos en su ejercicio profesional, naturalizando en ellos miSMos los daños que a su SM provoca un sistema proteccional insensible a las necesidades humanas de NNA y quienes intentan trabajar con ellos. Un sistema proteccional que requiere urgentes transformaciones internas (Estado) y externas (Modelo de Desarrollo).

VIII. RECOMENDACIONES

Para finalizar, presentaré algunas recomendaciones que resultan relevantes de considerar como resultado de esta investigación.

1. Los psicólogos/as deberían generar instancias de formación y de reflexión continua, organizada y responsable para problematizar y mejorar su labor en el sistema residencial de SENAME; exigir mejores condiciones laborales al Estado de Chile, considerando que son los agentes de intervención claves en la protección y restitución del derecho a la SM de los NNA y sus familias. Estos espacios permitirían mejorar la calidad del trabajo desde la retroalimentación de las experiencias, la eficacia de la intervención y sostener colectivamente el compromiso ético con la protección de la infancia y adolescencia institucionalizada.

2. Al mismo tiempo, se recomienda examinar las mallas curriculares de pre y posgrado de la carrera de Psicología de las Universidades públicas o privadas y de los Centros Formadores de Psicología Clínica especialmente, en los ámbitos infanto-juvenil y familia, de manera, que la oferta de formación, capacitación y perfeccionamiento, se vincule con las necesidades reales de atención en SM infanto-juvenil, de modo tal, que existan respuestas integrales y complementadas con profesionales de la Salud, las Ciencias Sociales y de la Educación de tal manera, que se mejoren y superen los daños biopsicosociales que presentan los NNA de las residencias, población que no ha sido estudiada en detalle por las instituciones formadoras o centros de estudios especializados.

3. Se recomienda que los psicólogos/as del sistema de protección residencial de SENAME, cuenten con un sistema de supervisión técnica y acompañamiento periódico de sus prácticas profesionales mediante consejería directa, apoyo a su SM, instrumentos de evaluación, protocolos y guías que orienten, fiscalicen y evalúen oportunamente su desempeño, idoneidad y vinculación con los usuarios, de manera, de evitar malas prácticas, deterioro emocional, negligencia profesional y faltas a la ética en su trabajo con NNA vulnerados y sus familias.

4. Se recomienda, examinar en detalle las nuevas evidencias respecto de enfoques clínicos basados en el “factor cerebro” aspecto determinante en el neurodesarrollo de los NNA vulnerados, por tanto, en la configuración biopsicosocial de su desarrollo infanto-adolescente, mirada relevante de considerar en esta etapa evolutiva de la vida de los NNA.

5. El impacto negativo que ha tenido sobre la población y el ejercicio profesional las transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas del país, es un asunto que no se ha sido reflexionado colectivamente y adecuadamente por la disciplina, procesos que afectan la eficacia técnica y ética de nuestro ejercicio profesional, de esta manera, se hace necesario generar investigación, estrategias y medidas que nos permitan reducir o eliminar estos efectos mediante la producción de conocimiento útil, debates y experiencias innovadoras que mejoren estas condicionantes que enfrenta el conjunto de la disciplina.

IX. REFERENCIAS

- Acuña, A. (2015). Narrativas en torno a la intervención social desplegada por ONGD's de desarrollo colaboradoras del Estado: Un proceso dialógico para la construcción de conocimiento situado desde sujetos vinculados a la intervención social estatizada. *Tesis para optar al grado de Magister en Psicología mención Psicología Comunitaria, Universidad de Chile, Santiago, Chile.*
- Andrade, G. (2015). "Hacer trampita" para sobrevivir: Significaciones sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria. *Revista Psicoperspectivas* 3 (14), 117 – 127.
- Anríquez, M. (1994). La atención privada a la infancia en Chile. En F. Pilotti, *Infancia en riesgo social y políticas sociales en Chile*. Montevideo, Uruguay: Instituto Interamericano del NNA.
- Arendt, H. (1963). *Eichmann en Jerusalén*. Madrid: Editorial Encuentro.
- Bauman, Z. (1998) *Modernidad y Holocausto*. Madrid, Sequitur, 2006. Disponible en <http://sequitur.es/wp-content/uploads/2010/09/modernidad-y-holocausto.pdf>
- Beloff, M. (1999). *Modelo de la protección integral de los derechos del NNA y de la situación irregular: Un modelo para armar y otro para desarmar*. *Revista Justicia y Derechos del NNA*, 1, 9 – 22. Disponible en http://www.UNICEF.org/argentina/spanish/ar_insumos_PEJusticiayderechos1.pdf
- Berman, M. (1978). *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Berger, P. Luckmann, T. (1986) *La Construcción de la Realidad Social*. Madrid. Buenos Aires, Amorrortu Editores. Disponible capítulo III en http://wdb.ugr.es/~granados/wpcontent/uploads/Texto_6_BergerLuckmann_1986_CapIII1.pdf
- Biblioteca Congreso Nacional (BCN 1979) *Ley Crea el Servicio Nacional de Menores y Fija el Texto de su Ley Orgánica* Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6929>

- Biblioteca Congreso Nacional (BCN 2005) *Ley 20032 Establece Sistema de Atención a la Niñez y la Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del SENAME y su Régimen de Subvención* Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=240374>
- Cámara de Diputados de Chile. (2014). Informe final comisión especial investigadora funcionamiento del Servicio Nacional de Menores (SENAME). Congreso de Chile. Disponible en http://ciperchile.cl/pdfs/2014/04/SENAME/INFORME_SENAME.pdf
- Cámara de Diputados de Chile (2015) Proyecto de Ley Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez. Ingresa 24 Septiembre, 2015. Disponible en https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=10729
- Cardona, J., Manesa, F., Escobar, J., López, J., Ibáñez, A. (2012). Potential consequences of abandonment in preschool-age: Neuropsychological findings in institutionalized children. *Behavioral Neurology*, 25, 291-301. Disponible en <http://downloads.hindawi.com/journals/bn/2012/782624.pdf>
- Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato. (2011). *Estudio relativo al diagnóstico en SM de NNA atendidos en el marco del Programa Vida Nueva*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. (2004). *Diagnóstico de SM psiquiátrico y propuesta de modelo de atención de NNA de los centros de administración directa de SENAME*. Servicio Nacional de Menores.
- CNN Chile. (2013). Rolando Melo aclaró errores sobre el Informe UNICEF que denunció abusos en hogares de SENAME. Disponible en <http://www.cnnchile.com/noticia/2013/10/02/rolando-melo-aclaro-errores-sobre-el-informe-UNICEF-que-denuncio-abusos-en-hogares-SENAME>
- Coffey, A. & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido de los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. España: Publicaciones Universidad de Alicante.
- Contraloría General de la República (2014) *Informe Final Auditoría: Servicio Nacional de Menores Región Metropolitana*. División de Auditoría Administrativa. Área de Administración Interior y Justicia. Santiago, Chile.

- Convención sobre los Derechos del NNA. (1990). *Convención sobre los derechos del NNA. Ratificada por Chile en 1990*. UNICEF. Disponible en <http://UNICEF.cl/web/convencion/>
- Corporación Administrativa del Poder Judicial. (2013). *Informe estadístico de los niños/as privados de cuidado parental en Chile*. Santiago: CIPER. Disponible en http://ciperchile.cl/pdfs/08-2013/SENAME/INFORME_PRESENTACION.pdf
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de SM en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2002). Estudio de SM en dos cohortes de NNA escolares de Santiago occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40, 347-360. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000400007&script=sci_arttext
- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2005). Prediction of behavioral problems in chilean schoolchildren. *Child Psychiatry y Human Development*, 35(3), 227-243.
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en NNA en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529. Disponible en http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf
- El Ciudadano. (2013). *Carta al presidente con propuesta para rescatar a los 15 mil NNA del SENAME*. Disponible en <http://www.elciudadano.cl/2013/09/09/81871/carta-al-presidente-con-propuesta-para-rescatar-a-los-15-mil-ninos-del-SENAME/>
- El Mostrador. (2013). *Siquiatra denuncia "conspiración del silencio" y redes políticas tras crisis del SENAME*. Disponible en <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2013/07/08/siquiatra-denuncia-conspiracion-del-silencio-y-redes-politicas-tras-crisis-del-SENAME/>
- EMOL. (2014). *Diputados ingresan acusación constitucional contra ministro Héctor Carreño por caso SENAME*. Disponible en <http://www.emol.com/noticias/nacional/2014/08/19/675789/diputados-ingresan-acusacion-constitucional-contra-ministro-hector-carreno.html>

- Escobar, E. (2004). Isaac y José Horwitz en la psiquiatría chilena. *Revista Médica de Chile*, 132, 1437-1441.
- Esposito, Roberto (2002). *Immunitas: Protección y Negación de la Vida*. Disponible en <https://comunepersoal.files.wordpress.com/2013/02/inmunitas.pdf>
- Forti, S. (2012) *Los nuevos demonios: Repensar hoy el mal y el poder*. Disponible en <http://www.edhasa.com.ar/pdf.php?p=http%3A%2F%2F184.172.120.194%2F~masterli%2Fadmin%2Ffiles%2Flibros%2F22639%2F9789876283335.pdf>
- Fernández, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(4). Disponible en <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/163/363>
- Ferrari, M, Couso, J., Cillero, M., Cantwell, N. (2002). *Internación de NNA: ¿El comienzo del fin? Crisis de los internados y la transformación de las políticas de infancia en España, Italia y el Conosur*. UNICEF, Florencia, Italia: Centro de Investigaciones Innocenti. Disponible en http://www.UNICEF.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/internacion.pdf
- Florenzano, R. (2008). Información epidemiológica para la formulación de políticas en SM: El caso chileno. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 121-129.
- Fundación San Carlos de Maipo. (2010). *Estudio de alternativas para la atención integral de la SM de NNA con compromiso biopsicosocial severo*. Servicio Nacional de Menores.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- González, T. & Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación. *Revista Nure Investigación*, 45.
- Guzmán, J. A. (2013). *NNA protegidos por el Estado: los estremecedores informes que el Poder Judicial mantiene ocultos*. Centro de Investigación Periodística. Disponible en <http://ciperchile.cl/2013/07/04/ninos-protegidos-por-el-Estado-los-estremecedores-informes-que-el-poder-judicial-mantiene-ocultos/>

- Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en SM en NNA de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433.
- Iñiguez, L., Monreal, P., Sanz, J., del Valle, A. & Fusté, J. (2009). Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2). Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902340>
- Kessler, R., Amminger, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Üstün, B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364.
- La Segunda, (2013). Jefe bancada DC denuncia abusos contra menores en centros de SENAME. Disponible en <http://www.lasegunda.com/Noticias/Impreso/2013/07/862424/jefe-de-bancada-dc-denuncia-abusos-contra-menores-en-centros-del-SENAME>
- Marchant, M. (2013). *Crisis en el sistema de protección de menores: Les quitamos a los NNA su historia y luego los borramos de la nuestra*. CIPER. Disponible en <http://ciperchile.cl/2013/08/05/crisis-en-el-sistema-de-proteccion-de-menores-les-quitamos-a-los-ninos-su-historia-y-luego-los-borramos-de-la-nuestra/>
- Martínez, V. (2010). *Informe final. Caracterización del perfil de NNA, atendidos por los centros residenciales de SENAME*. Servicio Nacional de Menores. Disponible en http://www.SENAME.cl/wSENAME/otros/INFORME%20FINAL_SENAME_UNICEF.pdf
- McCall, R. (2014). The consequences of early institutionalization: Can institutions be improved? - should they? *Child and Adolescent Mental Health*, 4(18), 193-201. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12025/epdf>
- McLaughlin, K., Zeanah, Ch., Fox, N., Nelson, Ch. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 46-55.
- Mide-UC (2013) *Resumen Ejecutivo. Un diagnóstico del sistema de cuidados alternativos del Estado de Chile. NNA privados de cuidado parental o en riesgo de estarlo*. Santiago, Chile Disponible en

<http://mideuc.cl/wp-content/uploads/2013/11/Resumen-Ejecutivo-Diagn%C3%B3stico-Sistema-de-Cuidados-Alternativos.pdf>

Ministerio de Planificación y Cooperación. (MIDEPLAN 1997). *Diagnóstico sobre el sistema de protección simple del SENAME*. Santiago: Gobierno de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social. (MDS 2013) Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013 Disponible en <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/>

Ministerio de Justicia. (MINJU 2005). *Ley 20.032: Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores de SENAME, y su régimen de subvención*. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/Ley_20032_ninez_adolescencia_Chile.pdf

Ministerio de Salud. (MINSAL 2007) *Orientaciones para la Atención de población infantil y adolescente con vulneración de derechos e infractores de ley penal con trastornos mentales* (incluye problemas de alcohol y drogas) Disponible en http://serviciodesaludaconcagua.cl/ss_a_img/bibliotecas/Mental/ORIEEPB.PDF

Ministerio de Salud. (MINSAL 2015). *Plan nacional de SM 2016 – 2020. Borrador*. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible en http://colegiopsicologos/as/as/as/as/as.cl/web_cpc/wp-content/uploads/2015/10/Borrador-propuesta-PNSM-2015-2020.pdf

Morales, M. 2014 *Experiencia de trabajo con familias de NNA internados en residencias de protección*. Santiago, Chile. Disponible en <http://www.casadelcerro.cl/publicaciones/espacio-experiencia-trabajo-con-familias-ninos-internados-residencias-de-proteccion>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe de la evaluación del sistema de Salud Mental en Chile usando World Health Organization - AssesSMent Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Santiago de Chile: Organización Mundial de la Salud y Gobierno de Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Evaluación del sistema de SM en Chile. Segundo Informe*. Santiago de Chile: Organización Mundial de la Salud y Gobierno de Chile.

- Ortíz, E. (2014a). *El Estado debe considerar a sus NNA y niñas como sujetos de derecho y como grupo prioritario de la nueva constitución*. Tierra de Esperanza. Disponible en <http://www.tdesperanza.cl/portal/noticias/index/id/225/>
- Ortíz, E. (2014b). *Familia y desinternación de NNA*. Radio Cooperativa. Disponible en <http://blogs.cooperativa.cl/opinion/derechos-humanos/20141211095539/familias-y-desinternacion-de-ninos/>
- Pacheco, B., Lizana, C., Celhay, I. & Pereira, Q. (2007). *Características clínicas de NNA menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria*. *Revista Médica de Chile*, 135(6), 751-758.
- Paz G., C. (2015). *Ordenan cierre de casa de la Providencia en Valparaíso tras denuncias de abusos contra niñas*. Bío – Bío Chile. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2015/03/09/ordenan-cierre-de-casa-de-la-providencia-en-valparaiso-tras-denuncias-de-abusos-contra-ninas.shtml>
- Paz, R. (2013a). *Ex psiquiatra del SENAME sostuvo que “hay una lógica clasista y racista” en la institución*. CNN Chile. Disponible en <http://www.cnnchile.com/noticia/2013/09/03/ex-psiquiatra-del-SENAME-sostuvo-que-hay-una-logica-clasista-y-racista-en-la-institucion>
- Paz, R. (2013b). *Rodrigo Paz insiste en que es curioso que haya dos comisiones investigando el Caso SENAME*. Bío-Bío Chile. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2013/08/01/rodrigo-paz-insiste-en-que-es-curioso-que-hayan-dos-comisiones-investigando-el-caso-SENAME.sht>
- Paz, R. (2013c). *Rodrigo Paz, siquiatra: “La mayoría de los NNA de SENAME están siendo víctimas de maltrato”*. Bío-Bío Chile. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2013/07/09/rodrigo-paz-siquiatra-la-mayoria-de-los-ninos-del-SENAME-estan-siendo-victimas-de-maltrato.sht>
- Paz, R. (2013d). *Rodrigo Paz: Cualquiera que sepa que un NNA es víctima de abusos debe denunciar y UNICEF no lo hizo*. Bío-Bío Chile. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2013/07/30/rodrigo-paz-cualquiera-que-sepa-que-un-nino-es-victima-de-abusos-debe-denunciar-y-UNICEF-no-lo>

- Paz, R. (2013e). *El SENAME funciona como un tiradero de todos los NNA pobres de Chile*. Diario U Chile. Disponible en <http://radio.uchile.cl/2013/08/13/el-SENAME-funciona-como-un-tiradero-de-todos-los-ninos-pobres-de-chile>
- Paz, R. (2014). *Psiquiatra Rodrigo Paz: "La matanza de NNA en el SENAME no tiene color político"*. Bío-Bío Chile. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2014/07/14/psiquiatra-rodrigo-paz-la-matanza-de-ninos-en-el-SENAME-no-tiene-color-politico.shtml>
- Paz, R. (2015) *Caso Cristóbal*. Texto escrito para fines de Tesis. Autoriza publicar sólo para fines académicos.
- Pérez, A. (2015). *Miles de trabajadores del área social son subcontractados del Estado*. Clarín. Disponible en <http://www.elclarin.cl/web/noticias/cronica/17141-miles-de-trabajadores-del-area-social-son-los-subcontratados-del-Estado.html>
- Piper, I. (2008). *La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: Psicología comunitaria y psicología de los derechos humanos*. *Revista de Psicología*, 2(17), 39-58. Disponible en http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121883/Institucionalizacion_practicas_Psicologia_chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Radio Biobío. (2013). *Autoridades de SENAME declaran por irregularidades en hogares del SENAME*. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2013/07/24/autoridades-declaran-por-irregularidades-en-hogares-del-SENAME.shtml>
- Radio Cooperativa. (2013). *Dr. Rodrigo Paz, presidente de la corporación SOFINI, exigió a Pinera referirse a la muerte de menor en hogar de SENAME*. Disponible en <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/infancia/proteccion/corporacion-exigio-a-pinera-referirse-a-muerte-de-menor-en-hogar-del-SENAME/2013-11-26/005922.html>
- Radio Soberanía. (2013). *Director del SENAME cuestiona metodología de encuesta de la UNICEF y Poder Judicial ante comisión investigadora*. Disponible en http://soberaniaradio.com/site/noticia.php?id_not=14007
- Red ONGs Infancia y Juventud Chile. (2014). *Declaración pública de la coordinadora interregional de trabajadores y trabajadoras del área social (CITAS) y los*

- trabajadores y trabajadoras de organizaciones colaboradores de SENAME (Región de Valparaíso)*. Disponible en http://www.infanciachile.cl/roij_chile/?p=725
- Riffo, P., Pérez, M., González, M. & Aranda (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de hábito del comer en estudiantes de medicina. *Revista Chilena Salud Pública*, 7(3), 146-149.
- Riquelme, J. (2015). Los cuatro involucrados por conformar red de pornografía infantil quedaron en libertad. *El Mercurio de Valparaíso*. Disponible en <http://www.soychile.cl/Valparaiso/Policial/2015/12/10/363017/Desbaratan-una-red-de-pornografia-infantil-un-ingeniero-del-SENAME-en-los-detenido.aspx>
- Salazar, G. (2000). *La sociedad civil popular del poniente y sur de Rancagua*. Santiago de Chile: Ediciones Sur.
- Servicio Nacional de Menores. (2012). *Bases técnicas. Línea de acción centros residenciales*. Gobierno de Chile: Ministerio de Justicia.
- Servicio Nacional de Menores. (2013). *Boletín estadístico niños/asy adolescentes cuarto semestre 2013*. Departamento de Planificación y Control de Gestión SENAME. Disponible en http://www.SENAME.cl/wSENAME/otros/bestnacionales/4/Boletin_201312_Nacion_al.pdf
- Servicio Nacional de Menores. (2014). *Anuario estadístico 2014*. Gobierno de Chile: Ministerio de Justicia. Disponible en <http://www.SENAME.cl/anuario-estadistico2014/ANUARIO-2014.pdf%20>
- Servicio Nacional de Menores. (2015). *Catastro de la oferta programática de la red SENAME*. Gobierno de Chile: Ministerio de Justicia. Disponible en <http://www.SENAME.cl/wSENAME/otros/op/CATASTRO-201501.pdf>
- Seymour, F. (2014). *Muerte de niña reabre cuestionamientos al SENAME*. Diario UChile. Disponible en <http://radio.uchile.cl/2014/02/06/se-toman-sede-UNICEF-chile-para-denunciar-a-SENAME>
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7, 114-136.

- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). *La situación de los NNA en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y El Caribe*. Disponible en http://www.UNICEF.org/lac/La_situacion_de_NNA_en_instituciones_en_LAC_-_Sept_2013.pdf
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1986). La entrevista en profundidad. En S. Taylor & R. Bogdan (eds.), *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación* (pp. 100-132). Buenos Aires: Paidós.
- Trejo, F. (2015). *Presentarán recurso de protección por cierre de Hogar Casa de la Providencia de Valparaíso*. Bío-Bío Chile. Disponible en <http://www.biobiochile.cl/2015/03/13/presentaran-recurso-de-proteccion-por-cierre-de-hogar-casa-de-la-providencia-de-valparaiso.shtml>
- Valenzuela, R. (2011). Discursos y prácticas profesionales en la criminalización de NNA infractores de ley en Chile. *Colectivo Infancia y Política*. Disponible en <http://infanciaypolitica.cl/2014/04/28/discursos-y-practicas-profesionales-en-la-criminalizacion-de-ninos-infractores-de-ley/>
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Baker, C. & Torres, S. (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299-305.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I. & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1362-1370.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P. & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile:

A community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026-1035.

Voz Ciudadana Chile. (2014). *Declaración pública del Colegio de Psicólogos de Chile en relación a huelga de hambre UNICEF*. Disponible en <http://vcc.cl/declaracion-publica-del-colegio-de-psicologos/as/as/as/as/as-de-chile-en-relacion-a-huelga-de-hambre-UNICEF/>

Weber, M. (1922). *Economía y sociedad*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.2006.

X. ANEXOS

A.1. Consentimiento Informado



Consentimiento Informado

Estimado (a) Colega:

Me grato saludarlo y como tesista del Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile, tengo el agrado de invitarlo a participar del **“Estudio sobre las experiencias de intervención de psicólogos en SM con adolescentes institucionalizados en residencias de protección para mayores dependientes del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana”**, cuyo objetivo es conocer las experiencias de intervención en SM y los significados que le atribuyen los psicólogos/as que trabajan con adolescentes vulnerados entre los 13 a los 16 años institucionalizados en residencias de protección para mayores (REM/PER). La relevancia de esta investigación es que permitirá conocer los significados, aprendizajes y lecciones de los psicólogos residenciales, de manera, que ello contribuya a orientar la atención en SM de este grupo institucionalizado que presenta una de las mayores coberturas de institucionalización en el sistema proteccional. El abordaje con adolescentes con altas complejidades biopsicosociales exige observar modelos de trabajo psico-sociales y psico-terapéuticos que aporten a la superación de sus problemáticas de ingreso, como también, que contribuyan a mitigar los efectos de la separación de su familia en un contexto instituido.

Usted ha sido seleccionado por su experiencia y competencias técnicas en este tema, por lo cual su experiencia es de gran importancia para este Estudio, el cual, espera ser un aporte a investigaciones futuras en esta área de la disciplina. Su participación en este estudio consistirá en contestar una entrevista de manera individual y anónima

donde conversaremos sobre su experiencia en la intervención en SM con adolescentes institucionalizados. Esta colaboración, no considera ningún tipo de compensación económica, es completamente libre, voluntaria y sin costo. Me comprometo a devolverle una copia de su entrevista y de la tesis final. El rechazo a participar no significará de ninguna manera sanción administrativa o laboral en su residencia.

Agradeciendo su colaboración, se despide

Ps. Iris Morales Recabal

Tesista Magíster Psicología Clínica Infanto-Juvenil

U. de Chile

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en este Estudio

Nombre Entrevistado

Firma

A.2. Pauta Guía de Entrevista Semi-Estructurada

Nombre Entrevistado/a

Nombre Institución y/o Residencia (REM/PER)

Sexo, Edad, y Cobertura NNA

Año de Titulación y Casa de Estudios

Años de Experiencia Laboral en Residencias u Otros

Tipo de Especialización

Cargos Ocupados en la Red SENAME

1. Experiencia en SM con NNA de la Residencia.

¿Cuál ha sido su experiencia de intervención en SM con NNA de las residencias en que trabaja o has trabajado en la red SENAME?

¿Cómo define Ud. la SM desde su rol como psicólogo de esta residencia?

¿Cómo es un NNA institucionalizado, cuáles son las causales que determinan el ingreso y por cuánto tiempo han estado institucionalizados en la residencia?

¿Cómo trabajas NNA institucionalizados en la Red SENAME? ¿Adhiere a un enfoque teórico o ha tenido preparación, capacitación o perfeccionamiento previo para trabajar con este tipo de NNA institucionalizados?

¿Cuál es el perfil psicológico o de SM que presenta el NNA cuando ingresa a la residencia?

¿Hay diferencias en estos NNA respecto de otros usuarios en la red SENAME en la línea de protección?

¿Cuál es el modelo teórico y práctico que propone SENAME para abordar las problemáticas de SM de los NNA institucionalizados?

¿Desde qué enfoque psicológico trabaja o interviene en SM con estos NNA?

¿Cómo es su experiencia de intervención en SM concretamente con estos NNA? ¿Cuáles son las estrategias y actividades que desarrolla en la atención?

¿Ud. Trabaja con otros actores o instituciones la situación de SM del NNA?

¿Cuáles son los mayores problemas que presenta la intervención en SM con NNA en esta experiencia?

2. Significados de la Experiencia de Intervención en SM en Residencias.

¿Qué significa para Ud. la institucionalización de NNA en un hogar?

¿Cómo evalúa la institucionalización de la población NNA vulnerada?

¿Ud. Cree que la institucionalización es una respuesta eficaz desde el Estado para estos NNA?

¿Cuál es el rol que tienen las instituciones colaboradoras de SENAME?

¿Tiene conocimiento de si esta residencia, ha tenido conflictos, cierres, denuncias o mala evaluación con SENAME u otros actores?

¿Siente que con su trabajo en SM contribuye o perjudica la intervención con los NNA institucionalizados?

¿Qué significan como psicólogo residencial las intervenciones en SM que ha realizado?

¿Siente que ha hecho algún aporte o innovación a la intervención en SM en la residencia?

¿Ud. dialoga con otros colegas su experiencia en materia de SM con NNA institucionalizados?

¿Cómo se siente trabajando en la residencia? ¿Se proyecta en este trabajo?

¿Cómo vive su trabajo como psicólogo en un contexto con NNA con daños?

¿Qué es lo más difícil y lo más positivo para Ud. del trabajo que hace en la residencia?

¿Le gustaría agregar algo más?