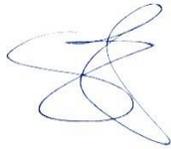


ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE

TITULO:

“Exploración de procesos y prácticas de internación involuntaria de menores de edad en unidades de corta estadía del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz, desde los actores involucrados. Chile 2011 al 2022”.

Proyecto Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de Candidato a Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Estudiante:
Sebastián Jaque Ortiz



Profesor Guía:
Carlos Madariaga Araya

Santiago de Chile
2022

Tabla de contenido

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos	3
<i>A) General</i>	3
<i>B) Específicos</i>	3
Antecedentes	4
<i>Derechos Humanos</i>	4
<i>Derechos de los NNA</i>	5
<i>Epidemiología en Salud Mental Infanto-Juvenil en Chile</i>	6
<i>Atención de salud mental infanto adolescente en Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz</i>	9
<i>Plan Nacional de Salud Mental y Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes</i>	10
Marco Teórico	16
<i>Internación involuntaria en Chile</i>	16
<i>Aspectos éticos y Políticas Públicas en Salud Mental de Chile</i>	19
<i>Adultocentrismo</i>	22
<i>Ciudadanía</i>	24
<i>Evidencia Internacional disponible</i>	27
Conclusión	29
Material y métodos.....	31
<i>Tipo de actividad formativa equivalente (AFE)</i>	31
<i>Diseño</i>	31
<i>Tipo de enfoque</i>	31
<i>Universo y muestra</i>	34
<i>Criterio de elección de los participantes</i>	35

<i>Estrategia de recolección de datos</i>	36
<i>Análisis de información</i>	38
<i>Rigor metodológico</i>	40
<i>Factibilidad y viabilidad</i>	41
<i>Aspectos éticos</i>	42
<i>Limitaciones</i>	43
Resultados	44
<i>Primeros análisis de documentos y entrevistas</i>	44
Estadística de categoría ético/jurídico.....	46
Estadística de categoría social.....	47
Estadística de categoría repercusiones en salud.....	48
<i>Interpretación de los resultados</i>	49
Jerarquía de categorías emergentes de las entrevistas.....	49
Modelo de Co-ocurrencia de Código (intersección de código).....	49
Modelos por grupos	52
Modelo códigos más frecuentes: Condensación.....	69
<i>Línea de tiempo: Transito del NNA a una UHCIP-A</i>	74
CONCLUSIONES DE LINEA DE TIEMPO	89
Discusión.....	91
Conclusiones.....	97
Referencias bibliográficas	101
Tabla N°1 Ingreso de NNA. Instituto Psiquiátrico José Horwitz 2014-2021 en Santiago de Chile	105
Tabla N°2 Códigos por documentos.....	106
Grafico N°1 Internaciones en NNA, según sexo biológico, años 2014-2021	107

Grafico N°2 Días de estadía en menores de edad, años 2014-2021	107
Grafico N°3 Diagnósticos de Egreso de NNA en Unidades de adultos, Instituto psiquiátrico José Horwitz, años 2014-2019	108
Gráfico N°4 Distribución ética/jurídico	108
Gráfico N°5 Distribución social	109
Gráfico N°6 Distribución Repercusiones en salud	109
Anexo N°1 Consentimiento informado.....	109
Anexo N°2 Proceso de abordaje metodológico de AFE	112
Anexo N°3 Matriz de categorías	113
Anexo N°4 Guion temático	113
Anexo N°5 Respuesta de transparencia.....	115
Anexo N°6 grupos de análisis.....	117
Anexo N°7 Nube de palabras	117
Anexo N°8 Jerarquía de categorías.....	118
Anexo N°9 Co-ocurrencia de códigos.....	118
Anexo N°10 Modelo documentos políticos y legales	119
Anexo N°11 Modelo ámbito gubernamental/político	120
Anexo N°12 Modelo ámbito judicial/proteccional.....	121
Anexo N°13 Modelo ámbito de salud.....	122
Anexo N°14 Modelo de caso NNA.....	123
Anexo N°15 Modelo de todos los casos: Condensación	124
Anexo N°16 recorrido de NNA a una UHCIP adultos del Instituto psiquiátrico Dr. Horwitz Barak.	125

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a toda mi familia, que estuvo presente en los momentos más importantes de esta AFE. Un especial agradecimiento a todos mis contactos que de manera altruista y yo creo que, por mi insistencia, me ayudaron generosamente con sus contactos e influencias, en especial a ti Carolina, las Josefinas, Gabriela, Sandra, Victoria, Alejandro y Claudia, esta AFE tiene un lugar especial para ustedes, al igual que mis colegas Deborah, Allison, Jimena y Elizabeth quienes sin sus cambios de turno ni gestiones, no hubiera podido terminar mis estudios y mis compañeros de trabajo quienes fueron alimentando mis ganas de seguir estudiando e indagando en esta AFE.

Además, quiero agradecer a las y los profesores de la Universidad que brindaron su tiempo y apoyo en revisar mi trabajo conversar sobre mi tema y escucharme largamente, en especial a la profesora Dra. Olga Toro. Por ultimo y no por eso menos importante, si no que, todo lo contrario, estoy eternamente agradecido del profesor, colega y compañero Dr. Carlos Madariaga, quien con su incalculable conocimiento y sabiduría logro darme ánimos, guiarme y alentarme cada vez que lo necesite, espero en un futuro cercano tener ese temple y sabiduría. Además, el año 2022 fue galardonado por el Colegio Médico por su aporte en la defensa de los Derechos Humanos

Para finalizar, esta AFE va dedicada a ti Nicole, Francisca, Nicolas y tantos otros, espero que encuentren una familia y hogar que los cuide, proteja, entienda y que logre contener todas las historias que a sus cortas edades han tenido que sobrellevar.

Resumen

Esta AFE de evaluación se enfocó en las practicas vigentes en torno a la hospitalización involuntaria de niños, niñas y adolescentes (NNA) en unidades psiquiátricas de adultos a través de los distintos componentes legales, teóricos y culturales con los cuales interactúa. En esta AFE se exploró a través de los actores involucrados en torno a este fenómeno para poder dar una respuesta global y holística respecto a la problemática presentada, por lo que la metodología utilizada fue de enfoque cualitativo con abordaje de estudio de caso, las técnicas de recolección de datos fueron a través de bibliografía pertinente (políticas y leyes) y entrevistas semiestructuradas en el Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak. En total fueron 5 documentos y 10 entrevistas seleccionadas de actores involucrados que incluyen el sector judicial, proteccional, de orden público, gubernamental, de salud, la familia y un NNA. Los resultados fueron analizados en torno a tres ejes temáticos que emergen de la búsqueda teórica (judicial/ético, social, repercusiones en salud), se extraen 1041 códigos en total, esta información fue procesada a través de la técnica de condensación para dar cuenta de los significados que los actores le atribuyen. Adicionalmente se genera una trayectoria del NNA en esta situación. Se da cuenta con estos resultados que hasta el día de hoy no existe un sistema que logre hacer dialogar al intersector, que además este está altamente centrado en las necesidades de los adultos, con mirada biomédica, adultocéntrica y medicalizante. Hasta el día de hoy a pesar de tener una ley de salud mental que estipula los lineamientos de la hospitalización involuntaria, no se tienen lineamientos claros respecto a las situaciones que viven estos NNA, en la actualidad está en discusión a través de llamado público a consultar respecto al reglamento de las hospitalizaciones involuntarias. Esta investigación sugiere que en la problemática abordada hay un déficit de coordinación intersectorial y una baja participación en las reales necesidades de los NNA, expresadas por estos mismos.

Introducción

La Convención de Derechos de los Niños fue ratificada el año 1990 en Chile. En ella se declaran los derechos iguales e inalienables de niños, niñas y adolescentes (NNA); al mismo tiempo, se establece que, siendo una población en proceso de desarrollo físico y mental, debe tener acceso a salud acorde a las características de este grupo etario. La Convención establece también la abolición de aquellas prácticas tradicionales que sean perjudiciales para el acceso a la salud de los niños (1).

A pesar de esto, en Chile existe una escasa oferta en salud mental Infanto-juvenil a nivel terciario, el 51% de los servicios de salud poseen una Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos Infanto-Juvenil (UHCIP I-J) y el 42% de estas se concentra en la Región Metropolitana y el 21% de la oferta total se encuentra en Hospitales Psiquiátricos en el año 2018 (2). Estos limitados recursos chocan con una epidemiología que muestra que el 16,5% de los adolescentes entre 12 y 18 años presentan algún trastorno de salud mental para el año 2015, sumando aumento en el consumo de drogas y autolesiones en NNA (3).

En este marco de salud mental existen formas de ingreso involuntario de menores de edad en unidades psiquiátricas de adultos mediante el dictamen de una orden judicial. Esta trasgresión de derechos fundamentales de los NNA además constituye un problema de salud pública ya que este atropello ocurrido en instituciones de salud repercute negativamente en la salud mental de un NNA, pudiendo impactarlo de manera permanente, originando una actitud refractaria del sujeto frente a futuros requerimientos de atención en salud (4).

La presente AFE realizará una revisión de las prácticas actuales en torno a la temática, explorando con opinión de los involucrados los siguientes aspectos: el resguardo de los derechos de NNA; acceso a la salud acorde para la edad y contexto psicosocial de esta población; y, establecer de qué manera este tipo de decisiones judiciales protegen o cautelan la equidad en salud.

Objetivos

A) General

Construir el proceso de internación involuntaria de menores de edad en corta estadía del Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz, desde los actores involucrados en el proceso en Chile entre 2011 y 2022.

B) Específicos

- Describir el contexto médico, ético-jurídico y socio-político-cultural en el que ocurre en el proceso de internación involuntaria de NNA, en el periodo 2011-2022.
- Conocer las creencias y opiniones que los actores institucionales del sistema judicial (jueces y equipo técnico judicial), salud mental (equipo clínico de adultos), civil (organizaciones civiles) y afectados (ex usuarios y cuidadores) le otorgan a la protección de derechos de los niños, en torno a los fenómenos de iatrogenia, medicalización y aspectos bioéticos involucrados en los distintos momentos del proceso.
- Explicar elementos que permitan sugerir cambios en el proceso de toma de decisión en relación a la internación involuntaria de NNA en servicios psiquiátricos cerrados de adultos.

Antecedentes

Derechos Humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el año 1948. En esta se reconoce en su primer artículo que:

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (5).

A esto se agrega en otros artículos que nadie debe ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo que la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST) define posteriormente como la aplicación de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o disminuir su capacidad física o mental, aunque no cause dolor físico o angustia psíquica (6).

Posteriormente CIPST aclara que las penas o sufrimiento físico o mental que sean consecuencia de medidas legales o inherentes a estas no están comprendidas en el concepto de tortura, siempre y cuando no incluya actos o métodos intencionados que inflijan pena o sufrimiento físico o mental (7). Por otra parte, un reporte del INDH evidencia que los tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, a pesar de no tener un desarrollo conceptual tan detallado como las torturas, si se desprende en la Declaración que son conductas lesivas complejas productoras de traumas graves (6).

Este mismo documento explicita que los responsables de tortura son:

“a) los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan; b) las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.” (6).

La cuestión de los agentes del Estado que protagonizan los actos de tortura en el caso de las internaciones involuntarias de NNA será profundizada con la presentación de más

antecedentes que dan cuenta de las condiciones en las que se producen las hospitalizaciones involuntarias de adolescentes en unidades psiquiátricas de adultos.

Derechos de los NNA

Por otra parte, es relevante para nuestro estudio la Convención de Derechos de los niños (CIDN), la que fue aprobada y ratificada el año 1990 y que surge como producto de la inquietud histórica de distintas entidades internacionales en cuanto a la necesidad de protección especial para los NNA. Esta idea comienza siendo enunciada en 1924 en la Declaración de Ginebra, posteriormente adoptada en la Asamblea General en 1959 y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, a través del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (principalmente en el artículo 24) y en otros instrumentos de organismos internacionales interesados en el bienestar del NNA (1).

Otro insumo importante a nivel internacional, que Chile también ratificó, es la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que en su artículo 7° se dedica exclusivamente a explicitar que los NNA con discapacidad tienen los mismos derechos que el resto de los NNA, además uno de los principios de esta convención, que aparece en el Artículo 3°, letra H, reconoce que los NNA tienen evolutivamente facultades y derechos a preservar su identidad, que deben ser respetados por los Estados parte (8).

De lo anteriormente expuesto se evidencia que la preocupación por la protección de los derechos de los NNA no es reciente, que además se ha intentado por diversos mecanismos proteger estos derechos. Se reconoce en diversos documentos la dificultad de los NNA por mantener su propio bienestar socio-psicosocial. Además, se hace hincapié en que la institución fundamental y medio natural por el cual se debe desarrollar un NNA es la familia (1).

Los Estados deben garantizar los derechos que la CIDN reconoce, no solo absteniéndose de intervenir en los derechos individuales, sino que realizando prestaciones para que se ejerza efectiva y activamente el acceso a educación, salud y protección social (9).

En Chile, a pesar de la ratificación de la Convención en 1993 y que la propia Constitución chilena explicita en su artículo 5°, inciso segundo, que las limitaciones de los órganos estatales son justamente los tratados internacionales, teniendo además el deber de respetar y promover tales derechos, ha habido una lenta integración de este tratado en las políticas públicas. Esta condición genera especial vulnerabilidad en NNA frente a su salud mental, ya que ha llevado a una lenta implementación en los distintos niveles institucionales (adaptación de los espacios, asegurar acceso, etc), cuestión que se potencia con los factores negativos de las determinantes sociales sobre el proceso salud-enfermedad mental-atención de aquello, dado que representan, en su gran mayoría, al estamento socioeconómico bajo de la sociedad (9,10).

En cuanto se refiere a salud mental, además de ser un tema garantizado por la CIDN, es un tema relevante para la salud pública, ya que las enfermedades relacionadas a la salud mental ocupan una importante porción en la carga de enfermedad. Estas enfermedades manifestadas en la adultez pueden ser intervenidas tempranamente en la niñez y adolescencia, siendo una manera segura de actuar para prevenir estas enfermedades. Además, la CIDN manifiesta el uso excesivo de la medicalización e internaciones, por lo que debe instar al Estado a una adopción de un enfoque en la salud pública, la salud mental comunitaria y el apoyo psicosocial (9,11).

Epidemiología en Salud Mental Infanto-Juvenil en Chile

Los trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños y niñas entre 1 y 9 años un 30,3% de los AVISA se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa a un 38,3% entre los 10 a 19 años (12).

Un estudio epidemiológico en Chile de NNA, muestra una prevalencia de 22,5% en trastornos mentales, cuando se le incluye discapacidad D (discapacidad en el ámbito

diario del quehacer, considerada grave) llega al 38,3%. El grupo diagnóstico más prevalente fueron los trastornos disruptivos (21,8%), seguido de trastorno ansioso (18,5%) y afectivos (6,1%). Los NNA con consumo de sustancias alcanzan un 4,8% en este estudio, el resto de los trastornos tiene escaso porcentaje (13).

Otro resultado destacable de este estudio son los factores asociados a padecer alguna enfermedad psiquiátrica. La percepción de disfunción familiar, antecedentes de psicopatología en la familia, vivir solo con un padre y deserción escolar tuvo una asociación significativa con la presencia de algún trastorno mental. Algunos factores fueron importantes para ciertos grupos de trastorno: la pobreza, además de los factores anteriormente descritos fue asociada con trastornos ansiosos; la edad y el funcionamiento familiar fueron asociados con los trastornos disruptivos; y deserción escolar se asocia con trastornos por uso de sustancias (13).

Esta realidad es distinta en sistema de protección de derechos de los NNA, donde un informe estima que el 69.1% presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25.7% trastornos de conducta disocial y 23.5% trastorno negativista desafiante), existiendo una brecha asistencial de 88,9% para ellos. El 86.3% de los adolescentes entre 14 y 17 años que se encuentran en centros privativos de libertad por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente presentan algún trastorno mental, de los cuales el 75,5% corresponde a consumo de sustancias, el 37,8% trastornos disruptivos y 25,4% déficit atencional; 67,7% con comorbilidad psiquiátrica (12,14).

En cuanto a factores de riesgo de padecer enfermedades mentales a lo largo de la vida, se ha visto que la pobreza infantil es uno de los factores de riesgo importantes y en Chile la pobreza infantil en el grupo comprendido entre los 0 y 18 años alcanza al 22,4%, en comparación con el 12.7% de las personas entre los 18 y 59 años (12).

Especificando más los rangos etarios en los que se pudiese presentar un trastorno de salud mental, en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes se

estima que el 16,5% de las personas entre 12 y 18 años presenta algún trastorno en salud mental. Los trastornos mentales más frecuentes serían los disruptivos (8.0 de prevalencia), trastorno ansioso (con 7.4 de prevalencia) y trastorno afectivo (7.0 de prevalencia). Por otra parte, existen alzas en el suicidio de los adolescentes, por ejemplo, en el rango entre 15 a 19 años para el año 2005 era una tasa de 8.1 y para el 2008 una tasa de 12,8, aunque el documento hace referencia que la tasa disminuyo a 8,03 para el 2014 (3).

Como se verá más adelante, en Chile alrededor de uno de cada seis NNA presenta algún problema de salud mental, con aumento del suicidio en algunos tramos de estos menores de edad (3). Esto no se condice con la oferta en salud mental existente en Chile, ya que existe una clara brecha a nivel regional, de infraestructura, recursos humanos, capacitación, etc. A esto se le suma la importante brecha con el sistema de salud privado, donde existe un acceso 8 veces superior a los beneficiarios de FONASA. Sumando las brechas de acceso de lo anteriormente mencionado, los grupos etarios menores de 15 años cuentan con dos Garantías Explícitas en Salud de las cinco existentes (9).

Además de la brecha de acceso a atención en NNA que se pudo explicitar en los servicios de salud pública, también se ve afectada la calidad de esta atención, ya que, si se tuviese el diagnóstico médico a tiempo, no se disponen de dispositivos para atender la complejidad de los NNA diagnosticados. Esto también es responsabilidad de los prestadores de servicio que evitan otros procesos de exclusión y/o discriminación en otro ámbito de desarrollo. a esto se le agrega la inequidad en acceso a atención acrecentada en la población Infanto-juvenil, en conjunto con la escasez de personal de salud especialista por regiones (9).

Estudios muestran que los NNA con trastornos psiquiátricos que buscaron atención en un año fueron 33,3%, la fuente más frecuente de ayuda a la que acuden los NNA fueron los servicios educacionales con un 18,1%, en segundo lugar, los servicios formales de salud mental con un 14,5% y luego servicios ambulatorios con un 4,4%. Por otra parte NNA sin trastorno psiquiátrico, que buscan atención en un año fueron el 8,1%, los

servicios más frecuentados fueron servicios de salud ambulatorio (8,5%), servicios educacionales (3,5%) y servicios sociales (2,3%) (13,15). De esto se desprende que menos de la mitad de todos los NNA acuden a pedir atención relacionada con salud mental, y de estos servicios a los que acuden solo 1 de cada 10 acude a un servicio de salud mental.

Dentro de la oferta programática de atención en salud mental Infanto-adolescente, se pueden observar al menos tres entidades involucradas, el Ministerio del Interior a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas, en adelante SENDA, el Ministerio de Justicia a través del Servicio Nacional de Menores, en adelante SENAME y el Ministerio de Salud. Sobre la tercera se mencionará con mayor detalle más adelante. El Ministerio del Interior y Seguridad Pública a través de SENDA, posee programas en población Infanto-adolescente que abarcan desde la prevención a intervenciones de tratamiento rehabilitatorio e integración social de consumidores problemáticos. En cuanto al Ministerio de Justicia, por medio de SENAME, cuenta con programas y bases técnicas para esta población específica donde se incluyen unidades abiertas y cerradas, incluso unidades forenses para adolescentes (9).

Atención de salud mental infanto adolescente en Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz

Dentro de la oferta programática de atención en salud mental Infanto-adolescente, se pueden observar al menos tres entidades involucradas, el Ministerio del Interior a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas, en adelante SENDA, el Ministerio de Justicia a través del Servicio Nacional de Menores, en adelante SENAME y el Ministerio de Salud. Sobre la tercera se mencionará con mayor detalle más adelante. El Ministerio del Interior y Seguridad Pública a través de SENDA, posee programas en población Infanto-adolescente que abarcan desde la prevención a intervenciones de tratamiento rehabilitatorio e integración social de consumidores problemáticos. En cuanto al Ministerio de Justicia, por medio de SENAME, cuenta con programas y bases técnicas para esta población específica donde se incluyen unidades abiertas y cerradas, incluso unidades forenses para adolescentes (9).

Especificando en datos recabados a través de transparencia en el Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz Barak, consultando por el número de internaciones de menores de 18 años en unidades de adultos, desde los años 2011 al presente, solo se tenían los datos del 2014 al 2021. A continuación, se detalla el perfil estadístico de dichos casos: desde el 2014 al 2021 se hospitalizaron 363 menores de dieciocho años de edad. de los cuales el 58% son de sexo femenino. El promedio de días de hospitalización es de 21, sin embargo, existe un claro aumento de días de estadía con el pasar de los años, el año 2014 en promedio eran 9 días y el año 2021, 33 días. En cuanto a la persona que estuvo más días hospitalizada por año, también se observa un aumento significativo, pasando de 51 días el año 2014 a 242 y 278 para el año 2019 y 2020 respectivamente. Se puede observar en el Grafico N°1 y N°2 los detalles de estos datos, en conjunto con la Tabla N°1.

En cuanto a esta misma respuesta de transparencia se puede observar que estos NNA en su mayoría están territorializados en el sector norte de la Región Metropolitana (56%) lo cual se repite todos los años; por el contrario, los NNA que menos fueron atendidos en esta institución fueron correspondiente a regiones (4%). En cuanto a los diagnósticos de egreso, el más utilizado es el de trastorno por uso de sustancias y sus variables relacionadas (41%), en segundo lugar, aparecen los diagnósticos de psicosis y esquizofrenia con sus afines, por último, en tercer lugar (13%) se encuentran agrupados variados diagnósticos no catalogables (alteraciones emocionales, trastornos mentales no diferenciados, etc). Disponibles en Tabla N°1 y Grafico N°3.

Plan Nacional de Salud Mental y Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Desde el primer Plan Nacional de Salud Mental han ocurrido cambios sustantivos en la atención referente a la salud mental nacional. El mismo Plan Nacional en su tercera versión reconoce que hay un aumento de acceso para las personas con padecimientos psíquicos, aumento de la oferta disponible y un modelo basado en la comunidad. Sin embargo, este desarrollo no ha sido homogéneo, dejando importantes brechas e inconsistencias tanto en la oferta como la cohesión del modelo. Se puede evidenciar las

áreas con dificultades en su implementación a pesar del desarrollo del Plan Nacional a lo largo del tiempo, siendo estas: legislación y derechos humanos, recursos humanos y capacitación, medicamentos esenciales, sistema de investigación y evaluación (12).

Sobre estas áreas habrá un mayor desarrollo de los objetivos y líneas de acción en lo relativo a legislación y derechos humanos. Dentro del Plan Nacional, reconoce al ser humano como integral e indivisible, además de promover su ciudadanía teniendo la libertad de escoger y actuar aumentando su capacidad de autonomía y toma de decisión; en este contexto se menciona la igualdad jurídica como principio, además se hace referencia a la calidad entendida como la disminución y eliminación de trato inhumano o degradante, otorgando el mayor beneficio posible (12).

Especificando sobre los principios de la atención en la salud del adolescentes y jóvenes, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes no hace referencia a principios como tal, pero sí muestra un marco legal importante, algunos ya mencionados anteriormente como lo son la CIDN, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, se agrega la Constitución de la República de Chile, que ordena como garante al Estado de proteger el libre e igualitario acceso a los distintos niveles de acciones de salud a través de los sistemas existentes (salud pública, privada y de fuerzas Armadas).

Además, se agrega un hito importante el año 2012 a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por el ord. N°1.791, donde se permite la prolongación etaria de NNA para la atención en servicios pediátricos hasta el final de la adolescencia (19 años, 11 meses y 29 días) (3).

Además, hace referencia sobre la responsabilidad penal en personas mayores de 14 años con una ley específica para quienes estén involucradas en ámbitos penales entre 14 y 18 años (Ley 20.084). También existe la Norma Técnica N°85 del MINSAL que da lineamientos sobre el tratamiento de la población adolescente infractora de ley y con consumo de drogas; por último, se muestra la Ley de protección contra la explotación sexual infanto-juvenil (11).Estos elementos del Marco Legal también están alineados

hasta cierto punto con los principios del Plan Nacional en cuanto a la protección de Derechos Humanos, idea que puede discutirse y emerger en un análisis propio de la investigación dada.

Retomando el Plan Nacional de Salud Mental, existen líneas de acción para estas áreas mencionadas anteriormente, que puedan lograr un fortalecimiento y/o incluso consolidación dentro de la red nacional en el periodo 2017-2025. Una de ellas habla sobre la regulación y derechos humanos, manifestando que, en la situación actual de Chile, que como ya se mencionó, posee varias suscripciones a acuerdos internacionales en estas materias, mostrando un claro avance e intención de reconocimiento y acción frente a esta temática, sin embargo, esto no ha sido suficiente ya que Chile no cuenta con un cuerpo normativo articulado y coherente que sirva de sustento para el mejoramiento de la salud mental. En el mismo ejemplo anterior donde se hace referencia a la Constitución Chilena queda de manifiesto la garantía de acceso a salud, pero no a la garantía de la salud misma, lo cual afectará la salud mental (12).

Existen además otros elementos legales como el Código Civil en su artículo N° 1447, que hace referencia a la “incapacidad de los dementes” privando a las personas con trastornos mentales de su actuar jurídico. También existe la Ley 18.600 sobre el procedimiento de interdicción definitiva en personas con discapacidad mental (12). Estos elementos van en claro detrimento de la promoción ciudadana en el sentido de ver a las personas como integrales e indivisibles, la igualdad jurídica, en conclusión, el principio de protección de Derechos Humanos enunciado en el Plan Nacional.

Ahondando más en esta profunda contradicción, se constata como se ha podido mostrar anteriormente, que los grupos más vulnerables -como son los NNA- son quienes sufren la mayor cantidad de discriminación y desigualdad en el país, sobre todo en lo relativo al resguardo de sus derechos básicos (12). Incluso existiendo elementos legales como los anteriormente mostrados, que van en líneas de vulneración de los Derechos Humanos, dentro de esto cabe el hecho que se permita hospitalizar de manera involuntaria a un

menor de edad en una unidad no correspondiente a su rango etario como lo son los servicios psiquiátricos de adultos.

Sobre esto último se podría argumentar la falta de lineamientos en el abordaje de los NNA y sobre todo de los adolescentes y jóvenes, sin embargo, existe el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescente, que manifiesta claramente los requisitos básicos para una atención cerrada, como lo son: espacios propicios que otorguen privacidad, confidencialidad y acompañamiento con pares; cubrir sus necesidades educativas aun estando en un espacio de atención cerrada; cubrir las necesidades recreativas en un espacio seguro; mantener el contacto con la familia; la existencia de un equipo especializado en la atención de NNA; proteger frente a cualquier abuso, explotación o discriminación; promover la participación de los NNA en su propio proceso clínico (3).

Frente a estos actos de detrimento hacia los Derechos Humanos, el Plan Nacional propone contar con una Ley de Salud Mental y reglamentación correspondiente, que logre armonizar todos los marcos normativos bajo un mismo estándar, desde la Constitución hasta las orientaciones técnicas. Esto se puede asegurar con una red de atención que logre responder a las necesidades de su población, por lo que debe estar integrada y basada en la comunidad; se debe además garantizar el derecho a la inclusión social de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes. También se destaca el proteger a las personas afectadas por una enfermedad mental al momento de entrar en conflicto con la justicia por este motivo, así como las personas ya condenadas en proceso penales que presenten una enfermedad mental sobreviniente. Considera la meta que para el año 2020, Chile contase con una Ley de Salud Mental y sus reglamentos (12).

Otro objetivo estratégico que es atingente para la protección de los Derechos Humanos, es el fortalecer la autonomía de la Comisión Nacional y Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental, cuyas limitaciones yacen principalmente en la forma de elegir los integrantes de la directiva de estas comisiones,

siendo un sesgo importante a la hora de tomar decisiones que pudieran afectar el funcionamiento del Ministerio de Salud, por ejemplo. Como meta se plantea que para el 2020 exista una normativa que defina la dependencia y facultades de atribuciones, recursos y autonomía de las comisiones, permitiendo el cumplimiento cabal de su misión (12,16).

Un tercer objetivo estratégico planteado es mantener actualizados los instrumentos regulatorios vigentes y desarrollar las regulaciones necesarias para resguardar los derechos de las personas con enfermedad mental (12). Esto iría alineado claramente con el primer objetivo estratégico presentado, pero además sería más amplio que este, en el sentido que hasta cierto punto se evidenciaría la necesidad de cambios más sustanciales desde nuestro marco legal, incluso llegando a mostrar la necesidad de una reformulación de la Constitución con respecto a salud y salud mental. Plantea además como estrategia el constituir grupos consultivos y de trabajo que logren pesquisar y reconocer normativas necesarias para el resguardo de los derechos de las personas (12).

Por último, el cuarto objetivo estratégico se alinea hacia la conformación y consolidación de la red y la mantención del modelo de salud integral, familiar y comunitario. Para esto propone elaborar normativas de diseño y funcionamiento de los distintos dispositivos que presten servicios de salud mental, regularizar normativas de los centros de salud mental comunitarios y otros dispositivos. Manifiesta como meta que para el 2020 se cuente con el modelo de gestión de la red temática de salud mental y que sus normativas promuevan los derechos.

Otra línea de acción que es relevante para esta AFE es la provisión de servicios de salud mental, donde se generan estrategias en base a la necesidad de la población, muy alineado con el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Además manifiesta el cambio de definición que tiene el nivel terciario de atención en cuanto a sus servicios, pasando de llamarse “corta estadía” a “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)” con el fin de homogeneizar proceso de

funcionamiento, estructurales y de estándares de recurso humano. Respecto a la población infanto-juvenil se muestran varios avances, aperturas de nuevas UHCIP, trabajo en conjunto con SENAME para crear unidades en medios privativos de libertad (12).

El Plan Nacional reconoce nudos críticos que son relevantes de mostrar: existe una resolutivez limitada en los distintos niveles de atención, escasa referencia entre los distintos niveles asistenciales, fragmentación de la red con escasa comunicación, poca derivación asistida, atención discontinuada y, por último, insuficientes herramientas de gestión que favorezcan la supervisión, monitoreo y evaluación del funcionamiento (12). Estos aspectos serían los que más atañen a esta AFE.

Estos nudos críticos son muy consonantes con lo referido por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, donde también se manifiesta como nudo críticos la: fragmentación de la atención en la salud de personas mayores de 15 años, interrupción de la continuidad de sus cuidados, escasa oferta de atención especializada en esta población y en particular en salud mental infanto-juvenil, infraestructura no acorde a las necesidades de esta población ni NANEAS, escasa oferta regional de alta complejidad. También se manifiestan nudos propios del programa, como es la escasez de equipos especializados, insuficiente enfoque intercultural y de género, servicios que no responden a las necesidades de esta población, entre otros (3).

Entrando en más detalle del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes, se puede agregar que las políticas en esta temática son relativamente nuevas, desde el 2008 se comienza a gestar una política nacional que reconoce a los NNA como sujeto de derechos y deberes, obligando al sector salud a proveer de ofertas que satisfagan las necesidades de sujetos en pleno derecho de bienestar. Se gestan además principios en base a los marcos regulatorios ya mencionados: enfoque de derechos, espacios seguros, asegurar acceso a la salud y su continuidad, salud integral con enfoque en determinantes sociales, asegurar la privacidad y confidencialidad, los

servicios deben estar integrados y articulados con los distintos niveles, además deben promover y facilitar la participación progresiva de esta población (3,11).

A través de lo expuesto llama la atención la similitud de los nudos críticos presentes en ambos documentos, los cuales además podrían explicar el fenómeno estudiado, ya que la puesta en marcha del modelo comunitario pareciera no ser suficiente para resguardar los derechos de esta población que está especialmente vulnerable, y a pesar de existir elementos contundentes de protección y lineamientos técnicos, siguen ocurriendo al día de hoy, hospitalizaciones involuntarias en unidades no aptas para recibir a menores de edad.

Marco Teórico

Internación involuntaria en Chile

En Chile, actualmente el marco jurídico que regula las internaciones involuntarias son el Decreto Supremo N°570, “sobre internación de personas con enfermedades mentales” del Ministerio de Salud, la Ley N°20.584 del año 2000, sobre derechos y deberes de los pacientes y el Código Sanitario en su libro 7to artículos 130 al 134. Sobre la primera podemos mencionar que regula las internaciones de personas con discapacidad psicosocial, con resguardo de los derechos fundamentales, sin embargo, sitúa la internación como parte del derecho a la salud de cada individuo y el que esta se realice con la más alta calidad, de acuerdo con la mejor práctica clínica, libre de discriminación y abuso, y con respeto de las libertades y el derecho a participar del paciente como parte del interés nacional (16).

Es importante hacer la distinción entre internación administrativa e internación por orden judicial según el Decreto N°570. La primera es impuesta por la autoridad sanitaria respecto de cualquier “*persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público*” (artículo 14, inciso 1º). Esta medida puede ser solicitada por la autoridad policial, familia o comunidad. En este sentido la

medida está destinada a salvaguardar la tranquilidad pública; cuando esta medida tiene carácter urgente, la autoridad sanitaria tiene la facultad de transformar esta medida en una internación administrativa a requerimiento del médico tratante (artículo 14, inciso 1°) (16,17).

En cuanto a las internaciones judiciales, podemos mencionar que son entendidas como medida de seguridad conforme a lo prescrito en el Código Sanitario en su 7° libro. Allí se hace referencia a las internaciones judiciales, vistas como necesarias para mantener internadas a las personas con alteraciones mentales. Su duración dependerá de lo decretado por el Juez respectivo (18). En ambos casos se debe contar con un plan personalizado conducido por un médico responsable y efectuado por el correspondiente equipo, según estándares de calidad vigentes, salvaguardando los derechos del paciente y, cuando sea posible, la alternativa menos restrictiva disponible (16).

Cuando se habla del derecho del paciente, se hace referencia a la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes (Ley N°20.584), que en el párrafo 8° hace referencia a los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual, explícita en el artículo N°25 las condiciones que debiese cumplir una persona para ser objeto de una hospitalización involuntaria. Allí se explicita que es necesario el certificado de un médico que fundamente la necesidad del ingreso para ser evaluado por su estado mental; este comportamiento debe ser un riesgo real e inminente de daño para sí mismo o terceros; la hospitalización debe tener finalidad exclusivamente terapéutica; la inexistencia de otro medio menos restrictivo para suministrar los cuidados apropiados; por último, que el parecer de la persona o su representado haya sido tomado en cuenta (19).

Además, en el artículo N°27 de la Ley N°20.584 se hace referencia al sometimiento a tratamiento involuntario, donde se deben cumplir las siguientes condiciones: certificado de un psiquiatra que la persona padece una enfermedad o trastorno mental grave, con un estado de riesgo real o inminente de daño a sí mismo o a terceros, y que suspender o no tener tratamiento significaría un empeoramiento de su condición de salud. Sin alargar más allá de lo estrictamente necesario; el tratamiento debe responder a un plan

individual prescrito y ser la alternativa terapéutica menos restrictiva entre las disponibles; se debe tomar en cuenta cuando sea posible, la opinión de la persona o su representado (19).

Esto último se condice con lo estipulado en el Decreto N°570, ya que las leyes tienen mayor fuerza legal que los decretos ministeriales, por lo que en este caso el decreto N°570 está alineado a lo que se estipula en esta ley antes mencionada.

Siguiendo con lo decretado en la Ley N°20.584, esta ordena crear una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental y la Comisiones Regionales de Protección, una en cada región. Su principal función es velar por la protección de los derechos de las personas en el ámbito público y privado, en cualquier nivel de atención, teniendo la facultad de promover, proteger y defender los derechos humanos, proponer mejoras que garanticen estos derechos al Ministerio de Salud, revisar las indicaciones y tratamientos invasivos e irreversibles, hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica, entre otras funciones (19).

Por otra parte, las Comisiones Regionales deben efectuar visitas y supervisar instalaciones y procedimientos relacionados a hospitalizaciones y tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual, revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en las medidas de casual involuntaria controlando acciones y medidas periódicamente, revisar los reclamos de usuarios u otras personas sobre vulneración de derechos humanos, emitir recomendaciones a la autoridad Sanitaria y prestadores individuales e institucionales, entre otras funciones (19).

Algunos autores critican esta ley específicamente en este punto de las comisiones, ya que se muestra un rol severamente restringido, puesto que la elección de la secretaria ejecutiva queda en manos de el/la ministro/a en el cargo, por lo que no sería un cargo libremente elegido y podría verse comprometida la supervisión de las decisiones tomadas en los establecimientos públicos y privados sujetos a control de la autoridad

sanitaria. Por otra parte, se critica el exceso de atribuciones para el médico tratante a la hora de decidir una internación involuntaria, en vez de avanzar a un consentimiento asistido o evaluar competencias en la toma de decisión de la misma persona. Por lo que no se incorpora el igual reconocimiento de las personas ante la ley, dejándolo a voluntad del médico (16).

Tal como advierten algunos autores, las regulaciones presentadas anteriormente muestran una tardía incorporación del enfoque de derechos en las políticas públicas de discapacidad, predominando una mirada asistencialista. Una de las explicaciones que se le puede otorgar es por la falta de interés del Estado en esta materia, con baja prioridad en legislar sobre una Ley de Salud Mental, predominando una política de planes nacionales en desmedro de acciones legislativas, donde además históricamente el rol de cuidado y acogida lo han tomado organizaciones privadas como las religiosas o de beneficencia (16).

Por último, se sugiere que el Estado debe asumir la obligación de poner a disposición de las personas los instrumentos necesarios para apoyar la toma de decisiones en materia de salud. En contexto de discapacidad física y psicosocial, la obligación del Estado es proveer de profesionales y técnicos necesarios para evaluar y apoyar esta toma de decisión. Esto lograría instalar la protección de derechos de estos pacientes y de paso mejorar la atención brindada (16).

Aspectos éticos y Políticas Públicas en Salud Mental de Chile

Ya que fue necesario abordar el ámbito jurídico y su marco temático a nivel internacional en cuanto a la protección de derechos humanos, a continuación, se ahondará en el aspecto ético preponderante de la gestación de políticas públicas, su implementación y cómo esto afecta a nivel clínico. Por lo que a partir de la información que se presente se podrá extrapolar hacia un marco ético de lo que ocurre en una hospitalización involuntaria de adolescentes en unidades psiquiátricas de adultos.

El término “utilitarismo” encuentra su máximo desarrollo en el siglo XIX con las obras de Jeremy Bentham y John Stuart Mill, las cuales se gestan mucho antes como resultado de confluencias hedonista grecorromanas y el empirismo británico, donde se desarrolla una idea de “sentimiento moral” ligado a hacer el bien, ya que esto llevaría a la mayoría de las personas a la felicidad. Asumiendo como premisa que se logre el nivel máximo de felicidad, con el menor dolor posible, a la mayor cantidad de personas. Para medir esta felicidad Bentham crea la medición cuantitativa de la felicidad a través de su “cálculo de la felicidad”. En contraste J.S Mill argumenta que este cálculo no sería suficiente para otorgarle el valor de lo moralmente correcto, por lo que agrega la dimensión cualitativa, proponiendo que los placeres que producen felicidad tienen distintos niveles de complejidad (en consecuencia, a más complejo mayor placer/felicidad), por lo que para J. S Mill sería de distinto valor la felicidad causada por un placer físico en contraste que un placer al emocionarse por leer un poema (20–22).

Se podría asumir a priori a partir de lo expuesto que el utilitarismo no guarda relación con los derechos humanos, ya que dentro de esta mayoría no cabría toda la población, por lo que el resguardo de la felicidad estaría asegurado solo para quienes alcancen a ser la gran parte de la población, dejando de lado las minorías. J. S Mill intenta resolver esta complejidad de la doctrina relacionando el concepto de justicia con utilidad, por lo que el sentimiento moral yace en lo justo, esto a su vez puede verse concretado en leyes, las cuales se asumen dinámicas acordes a lo que los consensos sociales vayan dictaminando y su principal función sería el castigo por la trasgresión del consenso de mayorías. En el sentido utilitario, lo justo es lo que considera la mayoría, esto nos da un marco de acción para tener como consecuencia la mayor cantidad de felicidad en esta población (o también conocido como utilitarismo de reglas). Claro que además asume que puede significar el sacrificio menor o marginal de las minorías en algún nivel de felicidad/utilidad (resguardando un mínimo a través de lo justo) (20).

Esta doctrina se ve manifiesta hasta el día de hoy a través del contexto en que se gestan las políticas públicas, debido a la intención manifiesta de maximizar la utilidad o eficiencia a expensas de otras normativas. Por un lado, la medición de la maximización utilitaria es

a través de ciertos aspectos disminuidos en gran parte a indicadores cuantitativos (AVAD, tasa específica de mortalidad, etc) que no necesariamente representan las problemáticas de salud en su completo espectro, dejando de lado la repartición de recursos en áreas con menos injerencia en este tipo de mediciones, como ocurre en salud mental. Por otro lado, existen normativas vigentes con enfoque aun higienistas, como lo es la internación involuntaria, que pretende alejar al “enajenado” de la sociedad “sana”, con fines precariamente curativos. Por lo que en este caso los enajenados verían disminuida su libertad a expensas de que la sociedad preserve su felicidad general (23–25).

De lo anteriormente expuesto se desprende que, a pesar de la existencia de tres Planes Nacionales de Salud Mental que manifiestan el interés por un trabajo de tipo comunitario, con enfoque de derechos humanos, modelos teóricos de curso de la vida y abordando los determinantes sociales de salud (25), existen motivos inherentes a las políticas públicas que no permiten el desarrollo pleno de estas mismas al llevarlas a su implementación.

A esto se le suma el dilema de la práctica deontológica individual, con el utilitarismo en las políticas públicas, lo que lleva a un choque en la atención clínica, ya que los profesionales de salud se forman con los principios bioéticos en su atención, sin embargo, los recursos en un sistema de salud siempre serán limitados si se considera el requerimiento de toda la población. Una posible respuesta a este dilema ético es el reconocimiento de una convivencia equilibrada; según algunos autores se podría proponer informar a los usuarios del servicio las limitaciones de la atención y si desea acceder al máximo que ese individuo requiera, debiera estar dispuesto a un pago accesorio para cubrir esa atención. Otra salida sería informar a la población de manera limitada los costos y sus limitaciones para no corromper la relación profesional-usuario (26).

Otro aspecto ético relevante para considerar es el entendimiento de los NNA como sujetos de derecho y no solo de protección, se debe respetar su autonomía, que además

esta resguardada por la CIDN en cuanto a su expresión según el artículo 5° y el permitir y conocer el ejercicio de los derechos de los NNA según el artículo 12°, lo que cimienta la autonomía progresiva, que es reconocer la capacidad progresiva del NNA según su desarrollo, para la toma de decisión en su propia vida. Por supuesto que para este no existen términos absolutos, por lo que hay que considerar el caso a caso, pero incluso autores indican que, sin existir completo desarrollo de la conciencia de la repercusión en temas de salud, se indica el guiar adecuadamente acorde al desarrollo de los involucrados para respetar esta decisión. Esto se liga directamente a la dignidad humana, por establecer y respetar el plan de vida que incluye la condición de salud (27,28).

Adultocentrismo

Por lo anteriormente expuesto, sobre la evidente vulnerabilidad en la cual un grupo etario específico se ve expuesto, es que se hace necesario analizar esta situación particular a través de teorías y sistemas de dominación planteados a nivel local, como es el concepto de adultocentrismo. Que, en las mismas palabras del autor, refiere que es un sistema de dominio conjugado con otros dominios, con el fin de decidir por sobre quien no tiene poder, imponiendo el deber ser (29).

El adultocentrismo tiene como base su construcción desde lo histórico, cultural y social, donde se valida la existencia de “la juventud” referida como una sola, invalidando las existencias de sus diversidades. Esto se sustenta a través del poder y dominio, que a lo largo de la historia ha ido adquiriendo justificaciones desde variadas disciplinas, como la biológica con la teoría evolucionista de Darwin, psicológicas del siglo XX donde Hall plantea que el desarrollo individual reproduce el desarrollo de la especie concibiendo a la adolescencia como un periodo de salvajismo que requiere la intervención de los adultos. Además, se han ido cimentando a través de: las leyes que inician en el periodo romano donde se impidió el poder realizar negocios hasta los 25 años, esto se fue replicando a lo largo de la historia desde entonces; el sistema económico y político tal como se menciona en el ejemplo anterior; la acumulación de capital queda solo para una determinada clase de personas que pasa a ser la minoría privilegiada (29).

Esta minoría privilegiada, junto al poder y sometimiento que genera el mundo adulto evidencian la existencia de “clase de edades” haciendo referencia en lo práctico que, los adultos tienen poder por sobre los “menores”, pero además que es distinto ser de una juventud de clase acomodada e incluso hombre (ya que al ser un dominio conjugado también incluye la del dominio patriarcal) que entenderá y será adiestrado para ser un futuro adulto que someta. Esta imposición de orden social mandatada por las elites es administrada por el Estado y sus diversas instituciones, principalmente en los servicios sociales, de salud y educacionales, quienes inhiben, rechazan y subalternan los “excluidos sociales” para reformarlos de manera impositiva en “la juventud” que la clase dominante ordene (29).

En términos más concretos esto se puede observar en las instituciones que atañen temáticas en torno a NNA, una investigación cualitativa con análisis del discurso y contenido, sobre el discurso de las instituciones chilenas tales como SENAME, JUNJI, INJUV y Fundación Integra muestra que las instituciones definen a los NNA y su entorno próximo (familia, ONGs, otras organizaciones que trabajan con infancia y adolescencia) como agentes externos denominados “otros”, sometidos a lo que visualicen las instituciones de sus “clientes”, mirada que además las autoras remarcan que tiene un sentido asistencialista y neoliberal. En las instituciones persiste un lenguaje que reafirma la anterior idea de asistencialismo y protección, observable en el nombramiento de los NNA, refiriéndose a ellos como “menores” y “párvulos” (30).

Dentro de los objetivos estratégicos de estas instituciones se utiliza la palabra “participación” como sinónimo de “asistir”, ya que no son protagonistas en los procesos que proponen estas instituciones si no meros instrumentos que cumplen con las metas impuestas por la institución. La autopercepción del Estado, denominado como un “nosotros” es de una reiterada auto afirmación de credibilidad hacia ellos mismos, omitiendo los resultados que resulten negativos o criticables. Es destacable, por ejemplo, que en SENAME se mencione solo en tres ocasiones en sus objetivos estratégicos, la palabra “proteger”, en comparación con JUNJI que lo hace ocho veces, esto es llamativo

ya que siendo su principal función la protección de los NNA, este concepto se desplaza por el de capacitar/enseñar (30).

Ciudadanía

Ya que a lo largo de este texto se ha mencionado en repetidas ocasiones el concepto de ciudadanía, en el ámbito legal supeditado a un sujeto con derecho a voto (Constitución Chilena), en el Plan Nacional y Programa de Salud Integral como sujeto con derechos inherentes y al cual se les debe promover y respetar estos, y en las distintas convenciones abocados con similar enfoque. Cabe preguntarse qué podemos entender por sujeto ciudadano. Para esto es necesario rescatar la definición y su desarrollo con mirada latinoamericanista.

El contexto histórico de este concepto es inherente a la creación de Estado/Gobierno, se podría mencionar que en una primera etapa se considera la ciudadanía o al ser ciudadano a aquel sujeto que tenga patrimonio, haciendo principalmente referencia a la propiedad privada, lo que además le otorga el poder de votar e incluso ser parte de la elite política, es decir derecho jurídico y social. En una segunda etapa la ciudadanía o el proceso del ser ciudadano cambia, debido a las revueltas sociales, revoluciones y luchas, se exige a la oligarquía la obtención de derechos sociales, por lo que el ser ciudadano se amplía a quienes obtienen estos derechos (31,32).

Tal como lo indica Marshall el proceso de ciudadanización podría ser dividido en tres elementos marcados: derecho jurídico, político y social. Sin embargo, Luis Tapia y otros autores provenientes de Latinoamérica plantean que nuestros cambios históricos en cuanto a este concepto han sido distintos al europeo y se ven traslapadas estas etapas debido a las necesidades sociales emergentes, pudiendo incluso no quedar resueltas al día de hoy por completo (31,32).

Ejemplo claro de esta evolución conceptual que no sigue los cánones europeos es la existencia de otredad en nuestra región: interculturalidad, género, juventudes vulneradas, etc. Idea que también se vio reafirmada en el desarrollo del concepto de

adultocentrismo. Cabe concluir que el proceso de ciudadanía es dinámico y cambia según el contexto histórico, por eso es importante tener en cuenta nuestros propios procesos históricos nacionales con respecto a los temas que se tratan, sobre todo cuando hablamos de población vulnerada, marginada y no catalogada.

Ahondando en el concepto de ciudadanía y su relación con el Estado/Gobierno, se puede observar que este intenta universalizar al sujeto miembro de una comunidad que tiene iguales derechos y deberes, materializando lo que algunos autores denominan “la sustancia universal” del Estado, haciendo referencia a que los individuos se convierten en una unidad absoluta y que la libertad se universaliza. En otras palabras, la libertad para ser considerada individual, depende de la voluntad general, para expresar estas voluntades generales se necesitan mecanismos que plasmen estas ideas a través de las leyes y normas. Lo que generan estas Leyes y normas instruidas por el Estado/Gobierno terminan escisionando la sociedad civil del Estado, ya que separa lo público de lo privado e integra la faceta individual en el ámbito político estatal. (31,32).

De esta manera existe un intento de homogeneización del ciudadano para la mantención del poder del Estado/Gobierno a través de estos mecanismos. Lo que lleva como consecuencia el surgimiento de la otredad como fuerza pujante que obliga a repensar este tipo de representación y el poder ejercido por el Estado/Gobierno (31–33). Ejemplo claro es el anteriormente expuesto en el adultocentrismo, donde se observa el surgimiento de grupos que buscan su lugar donde no hay espacio para ellos, las otras juventudes, las marginales, enfermas, con padecer, vulnerables, etc.

Es necesario entonces entender qué es lo que se intenta homogeneizar y en qué contexto socio-histórico se encuentra Chile. Sobre esto Lechner nos indica que la transformación política ha cambiado en cuanto al poder que tenía sobre los procesos sociales, hoy en día debido al aumento de autonomía y autorreferencial de los distintos sistemas hacen surgir un policentrismo dejando completamente de lado el poder político, incluso reordenando y redistribuyendo ese poder. Por lo que el poder político queda con campo de acción reducido, sometido a lógicas transnacionales (desterritorializándolo) y la

globalización. En paralelo existe un debilitamiento simbólico de la política, teniendo dificultades en representar el sentido del desarrollo social, no existe una lucha con sentido, lo que lleva como consecuencia el aumento de la brecha entre el sistema político y la ciudadanía (33).

Este debilitamiento político tiene como consecuencia un cambio en el sentido subjetivo y abanico de acciones del Estado/Gobierno. Logrando en los sujetos un desvanecimiento de la dimensión simbólica de la política, generando una individualización del ciudadano que: abandona espacios sociales; redimensiona el ámbito público ya que tiene acceso privado y selectivo a este; no invierte en afectos ni emociones en lo político. Con lo que además la política tiene aún más limitada su actuar (33).

Como consecuencia se prevé una crisis en la representación del sujeto ciudadano por parte del Estado/Gobierno. Y tal como nos ha enseñado el proceso histórico de estas crisis es que serán dadas a través de luchas sociales, ya que para ser ciudadano no basta el derecho jurídico del voto universal, ni con la libertad individual, ni los derechos humanos universales. Pareciera que hay una erosión profunda en estos conceptos (31,33).

A partir de lo expuesto es necesario cuestionarse, en primer lugar, como se respetan los derechos del sujeto ciudadano en una situación vulneradora a nivel institucional. A su vez como el Gobierno/Estado utiliza sus instituciones para transformar al sujeto ciudadano en un sujeto despojado de este atributo societal. Con esto hago referencia a la imposibilidad de elección al momento de ser dictaminado por un juez, el ser sentenciado a una hospitalización involuntaria, sobre todo para un sujeto que es menor de edad (es decir siendo formado para ser ciudadano). En segundo lugar, qué lucha se deberá dar para reconocer a los sujetos aun considerados “alienados”, “interdictos”, “enajenados” como parte de la ciudadanía y, por ende, con igualdad de derechos jurídicos, políticos y sociales.

Por último, es necesario cuestionar el concepto del ser ciudadano a partir de una edad cronológica, como lo plantea nuestra actual constitución, inhabilitando a los menores de 18 años como ciudadanos. Por lo que no se les reconoce el espacio público, social y político que han ido tomando históricamente. Esto guarda relación a su vez con la necesidad de reconocerlos en igualdad a través de mecanismos como la autonomía progresiva.

Evidencia Internacional disponible

En cuanto a las internaciones involuntarias en unidades psiquiátricas de adultos, existen experiencias internacionales que pueden retratar lo que ocurre en estos casos. En Nueva Zelanda se estudió retrospectivamente en un periodo de 6 años, la admisión de NNA y sus perfiles, los cuales coincidían en ser pre-admisiones psicosociales, con antecedentes de abuso o conflictos con la justicia; los ingresos ocurrían en su mayoría en horarios no hábiles, había uso común de la ley “*Mental Health Act*” para ingresarlos a través de servicios de urgencias. La causa más común de ingreso fue autoagresiones y conductas suicidas; por último, la mayoría de los NNA requirieron seguimiento por parte de los servicios Infanto-juveniles de salud mental (34).

Un estudio de revisión de alcance (scoping review) mostró que el motivo de ingreso a unidades de adultos se debía a limitaciones en la capacidad de los servicios o inexistencia de estos por parte de CAMHS (servicio de salud mental para niños y adolescentes, traducido del inglés). Por otra parte, se replica del mismo ejemplo anterior, el contexto de estos NNA víctimas de abusos sexuales y/o conflictos con la justicia, etc. Lo que vendría a retraumatizar la situación al internarlos en unidades carentes de las condiciones técnicas y de setting para su adecuada atención (4).

En cuanto al personal que atiende a los NNA en esta situación, se observó a través de encuestas, que el equipo de salud mental de adultos siente menos confianza en la atención de esta población y, finalmente, sólo le queda lidiar y negociar con ellos; una de las recomendaciones que surgen, es que accedan a la atención profesionales de CAMHS que pudiesen asesorar el manejo de estos usuarios. Además, este estudio muestra que

la experiencia de los propios usuarios fue que, si bien logran sentirse apoyados, experimentan estar aislados, aburridos, sentirse inseguros por el ambiente e incluso llegar a experimentar el riesgo de vulneración por la violencia, incluyendo la agresión sexual. Declaran que el abordaje terapéutico es percibido como desorganizado, llegando a ser concebido como intervenciones informales, los casos clínicos presentados en forma de conferencia fueron percibidos como des-empoderadores y como eventos estresores. Por último, los NNA valoraron mucho el hecho de contar con visitas periódicas de familias y amigos (4).

En cuanto al último punto de los familiares y cuidadores, no existe una investigación específica para este tipo de internación de menores de edad en unidades de adulto, pero es interesante recabar lo que ocurre en los cuidadores de personas internadas involuntariamente a nivel general. Existe una necesidad importante de acceder a servicios de salud previo a la necesidad de solicitar una internación involuntaria, esto causa en los cuidadores sentimientos ambivalentes y bastante incertidumbre debido a la poca claridad del proceso (35).

La mayoría de los cuidadores refiere falta de soporte para el manejo de las personas cuando se complejizan más, existe una necesidad de sentirse más acompañados por el equipo clínico. En cuanto al procedimiento como tal algunos llegan a describirlo como humillante, frustrante, se sienten culpables, con ira, etc. Durante la hospitalización los cuidadores sienten impotencia y aumento de las medidas de aislamiento por la imposibilidad de cuidar (35).

Por último, es interesante que esta misma publicación reconozca que existe un impacto negativo en el usuario internado, los cuidadores y la familia, afectando también el bienestar de ellos mismos. Además existe la necesidad de que los servicios de salud mental trabajen en conjunto con la persona que tiene el rol de cuidador/a principal (35).

Conclusión

Se exploraron variados elementos de esta compleja situación que nos atañe a nivel nacional. Se describe en primer lugar el ámbito jurídico con sus normativas internacionales a las cuales Chile ha adherido, por lo que tienen fuerza de ley equivalente a la de nuestra actual constitución tales como la Convención de Derechos de Los Niños, La Convención de Derechos de las Personas en situación de Discapacidad. Luego se describen las normativas específicas que permiten la hospitalización involuntaria en Chile, como lo es la ley de derechos y deberes en Chile, el Código Sanitario y el Decreto Supremo N°570 del MINSAL.

Por otra parte, se exploraron las aproximaciones éticas a esta situación, donde se evidencia una tensión de miradas entre lo utilitario/salubrista y lo kantiano/clínico, tensión que no queda resuelta sino más bien expuesta y será interesante explorar las posibles salidas. Por otra parte, se evidencia la epidemiología nacional en la población infanto-adolescente, con claras brechas de atención y acceso en el caso de los NNA institucionalizados en SENAME, además el claro aumento de hospitalización de NNA en corta estadía de adultos de una institución psiquiátrica.

Se exploró lo enunciado en el Plan Nacional de Salud Mental y el Programa Nacional de Salud Integral de NNA, que reafirma las convenciones internacionales, existe un claro enfoque en derechos humanos, y una manifestación de las limitadas acciones para asegurar la salud mental en este tipo de población. En estos documentos se habla del “sujeto ciudadano”, concepto que también es explorado con énfasis para su entendimiento en Latinoamérica y a su vez se explora el concepto de adultocentrismo que están íntimamente relacionados con el objeto de estudio.

Por último, se destacan las investigaciones a nivel internacional, las cuales son muy escasas en Latinoamérica, en estas las ocurrencias de este tipo de hospitalizaciones se deben a limitaciones en las capacidades del sistema público de salud para otorgar un servicio inmediato a una persona menor de edad. Es imprescindible producir información dura, evidencia respecto de lo que realmente está ocurriendo a nivel nacional, ya que

existe nula investigación publicada respecto a este tema o un acercamiento exploratorio a esta realidad (las hospitalizaciones involuntarias en Chile, las hospitalizaciones en menores de edad y su aseguramiento de derechos). Por lo anterior se justifica realizar una exploración de este proceso a partir de los actores involucrados en esta temática y así poder contribuir a un mejor conocimiento del mismo y al desarrollo de estrategias de salud mental que restituyan la atención psiquiátrica de NNA en un contexto de derechos.

Material y métodos

Tipo de actividad formativa equivalente (AFE)

Esta AFE tiene un sentido evaluativo de lo que ocurre a nivel de políticas públicas entendidas como insumos que validan y perpetúan la ocurrencia de internaciones involuntarias de adolescentes en unidades de adultos. Los actores involucrados son testigos de los insumos legales y médicos existentes a nivel nacional, a la vez que intervinientes en la internación una vez ya hecha esta sentencia.

Diseño

La investigación se abordó través de un enfoque o diseño cualitativo, este tipo de enfoque entre otros aspectos se caracteriza en producir datos descriptivos a través de las propias palabras emitidas de las personas o por las conductas observadas. Se buscó una comprensión detallada de las perspectivas de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, siendo todos los participantes igualmente importantes, además esta misma perspectiva es abordada de manera holística tomando en cuenta el ambiente, actores, investigador (36).

Otra característica relevante que se ve manifestada en esta AFE es que la investigación cualitativa da explicaciones del fenómeno en profundidad, los datos emergen de la propia narrativa de las personas que vivencian el proceso desde su propia perspectiva, en ese sentido se hace énfasis en significados más que en fenómenos (37).

Tipo de enfoque

El enfoque de abordaje de esta AFE es a través de estudio de caso único integrado (37), debido a que el fenómeno de estudio que se da es menos común, lo que por una parte implica estudiar lo único del caso y a su vez el contexto y lo que lo rodea en común con el resto de los casos.

Por caso se define en esta AFE al “proceso que vive el NNA” entendida como todo el tránsito que vivencia el NNA antes y durante la hospitalización. Las subunidades son las

acciones de las distintas instituciones que interactúan a lo largo de este proceso (proteccionales, judiciales, fuerza pública, salud, etc). En este caso se requiere recabar la información de manera integrada desde las distintas aristas para darle la explicación al proceso, descansando en múltiples fuentes de evidencia (documentos, leyes, entrevistas, etc) para esclarecer el fenómeno y distinguirlo de su contexto de ser posible (37).

Otros autores agregan que este tipo de enfoque tiene gran utilidad en la ejecución de políticas públicas, de intervenciones, puesta en marcha de proyectos, teorías, etc. Son fenómenos donde se evalúa la panorámica completa para determinar un resultado final y esto implica profundizar en las distintas aristas (38).

Ahondando en la aplicación de políticas, en el estudio de caso se recomienda profundizar en los documentos, tabla de trabajo del gobierno, leyes, etc. Otorga la libertad de utilización de diferentes técnicas para poder llegar a la información detallada que, de la explicación de un fenómeno particular, funciona de manera iterativa, conversacional entre las aristas del caso para darle una coherencia al fenómeno y la propia interpretación del caso (38,39).

Otros autores hacen referencia a que el estudio de caso en la evaluación de políticas permite determinar el monitoreo y evaluación de elementos claves en el desarrollo de las políticas y su reestructuración del proceso. A su vez este abordaje puede explicar el funcionamiento de un sistema complejo, pero no necesariamente ser aplicable a la población general, aunque si logra identificar posibles vías de solución a las problemáticas que se estudian (40). Este último punto es relevante para el tercer objetivo específico planteado, lo que permitiría identificar posibles vías de solución a la problemática.

No obstante, lo anterior, es necesario clarificar que esta AFE no es puramente una evaluación de las políticas, sino que del proceso en las cuales se ven involucradas, leyes, aspectos culturales, de recursos y políticas. Siendo todos estos aspectos necesarios de

abordar y relacionar, lo que le da una explicación más completa al fenómeno que estudia esta AFE, es por eso que las variadas perspectivas que recoge el estudio de caso es un método ideal para este trabajo.

Esta investigación se basa en un estudio de caso con perspectiva sociológica, por lo que su enfoque es deductivo, lo que tiene total coherencia con la forma de aproximación lógica que ha tenido esta AFE, ya que se busca a través de la teoría la explicación al fenómeno y posteriormente se llega a él a través del análisis de las distintas fuentes disponibles. Se responden preguntas de “como” y “que” las cuales son más explicativas del fenómeno, en este caso es elemental explorar la temporalidad del fenómeno para poder trazar hitos relevantes en este, lo que reafirma que sea del abordaje escogido (37)

Según el autor al cual se adscribe esta investigación basada en estudio de caso, es caso único integrado (37). El caso se consideró como el proceso completo de internación involuntaria del NNA en unidades psiquiátricas de adultos, las subunidades de este caso son las acciones de las instituciones/actores intervinientes: judicial, carabineros, políticas públicas vigentes, equipo de salud, cuidadores principales. Por lo que a través de estas subunidades se describen los hechos del proceso.

Por lo anteriormente mencionado, desde un ordenamiento deductivo se comienza explorando la bibliografía disponible y pertinente para este proceso.

Son 5 documentos: Código Sanitario Libro 1 y 7, Ley 20.584, Ley 21.331, Plan Nacional De Salud Mental 2017 al 2025, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de atención abierta y cerrada 2018. Luego se realizan las entrevistas semi estructuradas a los actores involucrados y una vez recolectadas desde estas dos fuentes de información se le da una interpretación de los resultados a través de la condensación de datos que se explicará mas adelante. Por lo que esta investigación utiliza una metodología transversal, descriptiva e interpretativa.

Las etapas de esta AFE están detalladas en el ANEXO N°2. Se recopiló información de documentos y entrevistas, el análisis de los datos fue a partir de la categorización establecida por los objetivos específicos y posteriormente se interpretan los resultados del conglomerado de datos.

Es importante clarificar que esta AFE aborda solo las hospitalizaciones involuntarias por orden judicial de parte de los juzgados de familia, ya que las internaciones administrativas son ejecutadas por SEREMI de salud y esa entidad no tiene la potestad de ejecutar la acción en menores de 18 años según lo referido por ellos mismos en una respuesta de transparencia y su actuar en el Código Sanitario. Por otra parte, las ordenes judiciales por parte de los Juzgados de garantía o sistemas penales son casos enviados a unidades psiquiátricas forense, en su mayoría guardan relación con delitos, lo que no es el enfoque de esta AFE.

Universo y muestra

La muestra es teórico intencional, cuya estrategia de muestreo fue de caso único integrado, diseño que se realiza según el constructo teórico que acompaña el cuerpo de estudio y la selección de unidades se lleva a cabo siguiendo los perfiles teóricos.

La muestra será recogida a través de los participantes tomadores de decisión, interventores directos o indirectos y personas que estuvieron involucradas en este tipo de dictamen.

Todos los participantes son elegidos por conveniencia, se considera:

- Al menos uno a dos jueces de familia de la Región Metropolitana
- Un/a curador/a ad litem de causas en Santiago
- Un miembro de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM)
- Un/a funcionario/a de la Defensoría de la Niñez
- Un/a carabinero/a de la 48va comisaría (Comisaría Familia e Infancia)
- Un/a asesor/a de salud de Mejor Niñez

- El equipo clínico de una unidad de corta estadía adultos del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak, de este equipo se entrevistará a un/a psiquiatra, un/a enfermera/o, un/a psicóloga/o y un/a trabajador/a social, de los cuales se seleccionarán 3 de ellos
- Un NNA con su cuidador/a principal que hayan pasado por este proceso.

Se considera a la persona involucrada y un miembro de su familia quien fuera en ese momento cuidador principal. Es complejo abordar este tipo de temática con menores de edad en este contexto, donde se involucra la involuntariedad de estar en un lugar, se agrega que este lugar no es el idóneo para un tratamiento adecuado y especializado acorde a su desarrollo. Es por esto que se escogerá una persona que haya sido hospitalizada de esta forma pero que en la actualidad sea mayor de edad y que voluntariamente acepte ser entrevistada.

En este sentido, se considera la elección de los actores como si el proceso fuese un denominado “caso crítico”(41), se utiliza la acepción que hace referencia a que en este caso el proceso puede ser ilustrador de lo que puede ocurrir en otros fenómenos similares a los procesos de hospitalización involuntaria de NNA.

Criterio de elección de los participantes

Por lo tanto, se limita la elección de los participantes a los que estén más cercanos al proceso o lo conozcan en detalle para poder describirlo a cabalidad, en ese sentido en términos generales los actores tendrán los siguientes criterios:

Criterio de inclusión: ser funcionario público, con más de 3 años de experiencia, que haya experimentado el proceso descrito o lo haya vivido como profesional interviniente.

Criterio de exclusión: Que el proceso descrito no pertenezca específicamente al del instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak cuando se describa directamente esta situación, por consiguiente, funcionarios o afectados de regiones tampoco pudiesen participar a

menos que el proceso haya concluido en el Instituto Psiquiátrico previamente mencionado.

Estrategia de recolección de datos

La recolección de datos es a través de dos técnicas, en primer lugar, se hace un análisis documental de las leyes expresadas en el marco teórico, se agrega la ley 21.331, el plan nacional de salud mental, el programa de atención integral adolescente y los documentos recopilados a través de la ley de transparencia (protocolos, informe de cantidad de hospitalizaciones), de los cuales se extrae a través de la matriz (ANEXO N°3) el contenido que responde al objetivo específico número uno de esta AFE.

En primer lugar se solicita en múltiples instituciones involucradas los documentos atinentes para esta AFE, tales como protocolos, resoluciones, etc. Se solicita a través de portal de Transparencia a las instituciones públicas que están obligadas por ley a dar respuesta a solicitudes ciudadanas, se adjunta respuesta de Instituto Psiquiátrico Horwitz Barak y de Carabineros de Chile, la primera dice no poseer protocolo o procedimiento específico para este tipo de proceso, la segunda hace referencia al proceso que se lleva a cabo, se destaca que nunca se utilizan esposas durante el procedimiento, posteriormente veremos que esto no se cumple en la práctica. Por lo que se utiliza este último documento en las conclusiones y discusión de esta AFE.

Para concluir con lo que respecta a documentos, se mantienen los 5 documentos previamente mencionados: Código Sanitario Libro 1 y 7, Ley 20.584, Ley 21.331, Plan Nacional De Salud Mental 2017 al 2025, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de atención abierta y cerrada 2018.

En segundo lugar, se realizarán 14 entrevistas semiestructuradas, de las cuales se seleccionan 10, debido a que uno de los actores era de regiones y no cumplía con el perfil para esta investigación y esto fue posible visibilizarlo solo al momento de la entrevista, las otras 3 entrevistas no seleccionadas fueron debido a que correspondían a actores de salud donde las entrevistas seleccionadas de ese grupo representaban de buena forma la opinión general del grupo, por lo que se considera saturación de los datos

agregar estas 3 entrevistas mas a este grupo, además quedaría sobre representado en comparación a los otros grupos.

Las categorías superiores expuestas (Anexo N°3 y 8) se explican a continuación:

- **Ético/judicial:** Aborda las temáticas en torno al poder legal, las interacciones que este posee y las temáticas éticas de las cuales se ve envuelta este fenómeno. Por lo anterior las categorías que pertenecen aquí son: **Derechos sociales:** los cuales se relacionan con derechos estipulados que no tengan relación directa con los derechos humanos; **poder de la normativa:** dice relación con el poder que ejercen las normas en las distintas acciones de salud mental; **derechos humanos:** tal como se definió en el marco teórico, relata cuando son nombrados los derechos humanos y de qué forma; **dignidad humana:** entendida como algo inherente al ser humano, reconocido por el colectivo según la teoría; equidad: lo que los documentos estipulen como justo para la población general.
- **Social:** Aborda temáticas en torno a los fenómenos sociales que se explicitan por parte de los participantes, tales como la medicalización, las limitaciones de acceso en salud, adultocentrismo, ciudadanía, etc. Fenómenos que se han descrito de manera teórica en el marco teórico. De esta categoría superior se desprenden las siguientes categorías: **medicalización:** entendida como un tomador de decisiones utiliza como insumo valido y único la medicina como vía de solución a problemáticas, pudiendo ser estas sociales; **acceso a servicios:** La vía por la cual se explicita la manera de ingresar o transitar por servicios públicos en este proceso estudiado; **solución institucional:** la solución que otorga la institución frente a distintas dificultades que se podrían presentar frente a los documentos legales; **adultocentrismo:** acoge la misma definición del marco teórico, por lo que se trata de un fenómeno complejo en torno a la visión adulta respecto a las distintas infancias y adolescencias; **ciudadanía:** similar a la dignidad en la categoría superior anterior, esta debiese ser inalienable para los sujetos, por lo que se puede reafirmar o refutar esta idea y se muestra en esta categoría.

- Repercusiones en salud: Se muestran las repercusiones de la salud en este proceso, lo que se explicita por los participantes y la teoría: iatrogenia, falta de acceso y su repercusión, desproporcionalidad de la medida, etc. . De esta categoría superior se desprende: **iatrogenia**: entendida como un daño realizado por algún integrante del proceso de manera premeditada o no; **proporcionalidad**: muestra cómo se estipula de manera explícita o implícita la proporción de la medida tomada en el proceso; **inacceso**: neologismo que hace referencia a la dificultad de acceder a servicios que debiesen estar garantizados para todo ciudadano, estos pueden estar estipulados de manera explícita o implícita; **autonomía**: se acoge a la definición deontológica de la palabra, hablando de la autonomía que tenga el sujeto de manera explícita o implícita y sus repercusiones en salud.

Las entrevistas son semi estructuradas, con una pauta de preguntas extraídas a partir de los objetivos específicos planteados la cual se presenta en el guión temático (Anexo N°4). Tuvo una duración de 30 minutos a 90 minutos y fue grabada previa autorización de los entrevistados que ira incluida en el consentimiento informado. Posterior a cada entrevista se transcribió esta información de manera íntegra a un documento confidencial donde se mantendrá el anonimato del informante con códigos según la entrevista y si algún entrevistado lo solicita se puede enviar el transcrito para posteriores correcciones.

Análisis de información

La información recopilada y transcrita íntegramente se inserta en el programa MAXQDA 2022, posteriormente se codificó de acuerdo a las categorías superiores establecidas anteriormente, que tributan al objetivo específico uno.

Se utilizó el análisis de contenido de estos elementos, lo que permitió emerger las categorías y subcategorías de manera dinámica e iterativa de acuerdo a la matriz ya enunciada y explicitada en el Anexo N°3 (41).

El tipo de análisis de los datos es a través de análisis de contenido temático, que se centra en lo manifestado textualmente desde las distintas técnicas de recolección de

información, a partir de ello el análisis no solo se centra en lo literal, sino que además busca el sentido del contenido dentro del contexto, por lo que es un tipo de análisis inferencial e interpretativa guiado por los objetivos específicos planteados. Esto permite de manera sistemática, replicable, y objetiva el análisis de un texto y su contexto (42).

Finalmente se interpretan los resultados por grupo de actores involucrados (se incluye a los documentos que son considerados al mismo nivel que los actores involucrados): documentos, que incluye todos los documentos escritos encontrados; judicial/proteccional: jueces, curador ad litem, carabineros, asesora de salud Mejor Niñez; político/gubernamental: miembro de CONAPREM y funcionaria de Defensoría de la Niñez; Salud: 3 funcionarios del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak; NNA: NNA y cuidadora principal.

Para facilitar el análisis de los resultados y su interpretación se agrupan en el programa MAXQDA 2022 a través de “conjuntos”, herramienta que permite dividir el grupo completo en conjuntos de unidades de análisis para mostrar segmentación de resultados. En este caso se utiliza el “conjunto” de los distintos actores que pueden tener similitudes por temporalidad, proximidad disciplinaria, etc, por lo que queda de esta forma:

- Documentos legales y políticos: los 5 documentos
- Judicial/proteccional: jueza, curadora ad litem, asesora de salud Mejor Niñez y carabineros.
- Político/gubernamental: miembro CONAPREM y funcionaria de Defensoría de la Niñez.
- Salud: 4 funcionarios del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak.
- NNA: NNA y cuidadora principal del NNA.

Estos grupos se transforman en grupos de análisis (Anexo N°6) se explicita a través del ordenamiento macro-meso-micro social. La toma de esta decisión se intenta homogeneizar lo más posible los grupos teniendo la mayor cantidad de variedad de participantes en las tres áreas, además de agruparlos por la disciplina y tiempo en el que intervienen en este proceso.

Posterior a esto se muestra una condensación de los resultados, donde se pone en un mismo nivel los documentos y actores para dar una interpretación global de los resultados, dando a conocer las creencias y opiniones de estos, a través de la interpretación de los resultados, esto da respuesta más acabada del objetivo específico de esta AFE.

Le decisión de poner en un mismo nivel a los documentos y entrevistas yace en que se toma en cuenta al documento como única aproximación disponible para el investigador en este caso del fenómeno a estudiar, por lo que el documento es una ventana a los hechos que no son observables directamente o incluso como una unidad de análisis en si misma (41)

Otro punto a clarificar es que se entiende para esta AFE a la condensación como el proceso por el cual se identifican las unidades de registro textual tanto de los documentos como de entrevistas y posteriormente se categoriza esta información seleccionándola estratégicamente, ya que se busca representar las dimensiones que explicitan los objetivos específicos y finalmente llegar a la categorización de los datos con las categorías superiores ya explicitadas (41).

Finalmente se realiza una línea de tiempo de los hitos del proceso, dándole una explicación temporal y global al fenómeno del AFE estudiado.

Rigor metodológico

Credibilidad: Se explicitó la forma de recolección de los datos tanto de documentos como los actores involucrados. Se triangulan los datos a través de análisis de contenido por el programa MAXQDA, se genera una condensación de estos dando significado por grupos y generales. Por otra parte, se le da la oportunidad a los informantes de poder replicar frente a las transcripciones realizadas por parte del investigador.

Transferibilidad: Para aumentar el grado de aplicabilidad, es decir, la posibilidad de transferir los hallazgos a otro tipo de fenómenos similares, se explicita que la muestra de esta investigación es representativa del proceso estudiado y denominado como “caso”.

Fiabilidad o replicabilidad: Ya que el enfoque de la investigación y el fenómeno por sí mismo puede tener variables, se espera una replicabilidad acorde al enfoque metodológico, en este caso, es necesario recalcar el contexto en que se da esta investigación lo cual está dado por el marco teórico y los documentos analizados. La técnica de análisis y recogida de datos ya fue descrita de manera acabada, por último, la única modificación realizada fue dejar de lado 2 entrevistas de los actores de salud ya que la información se encontraba saturada en esa área.

Confirmabilidad: Los registros son concretos (documentos de alcance público), las transcripciones textuales, las citas en los resultados también lo son. La recogida de datos fue a través de la fuente primaria en los documentos y a través de grabadora en entrevistas. El investigador reconoce una posición crítica respecto a la temática, no tiene limitaciones éticas ni alianzas con ningún tipo de institución de la cual estudió.

Suficiencia: Hace referencia a que el procedimiento llevado a cabo es suficiente para alcanzar la saturación de datos. Los documentos recabados son los únicos existentes en torno a la temática estudiada, la propia forma de abordaje a través de distintas fuentes nutre las distintas perspectivas que se le puede dar al proceso y la descripción detallada del proceso mismo también es un insumo que permite delimitar que los datos recabados fueron suficientes.

Factibilidad y viabilidad

En cuanto a la factibilidad de este proyecto: los documentos que se analizarán son de acceso público, se encuentran disponibles a través de internet. Los documentos que no están disponibles por esta vía (protocolos, datos de hospitalización involuntaria) ya fueron solicitados a través del portal de transparencia, ya que todos los servicios públicos tienen la obligación de contestar por ley.

Por otro lado, los potenciales entrevistados han sido escogidos por conveniencia, se tiene alternativas de no poder entrevistar a un equipo completo, lo importante es que se mantiene la rigurosidad de que se entreviste a un mismo equipo y no sus partes.

Esta AFE triangulará los datos de los participantes y los documentos en su análisis a través de las categorías establecidas por los objetivos específicos hasta lograr saturación de datos. Se mantendrán íntegros y anónimas las transcripciones de las entrevistas y acceso a los documentos analizados para su revisión a quien estime pertinente.

Para que los resultados sean transferibles, se dejará detalle en la recolección de datos y entrevista en cuanto al contexto y se mostrarán las categorías y subcategorías de estos datos.

Esta AFE es un problema de salud pública porque afecta directamente desde los servicios de salud a los derechos fundamentales de las personas, cuya repercusión a nivel latinoamericano no está explorada en su magnitud o gravedad, por lo que es necesario realzar esta problemática a través de este estudio.

Aspectos éticos

Existirá un consentimiento informado presentado en el ANEXO N°1, que deberá ser firmado por los potenciales entrevistados donde aceptan o rechazan las condiciones propias de entrevistar, grabar y posteriormente transcribir estas entrevistas manteniendo la confidencialidad a través de otorgar un código que no permita identificar al entrevistado, este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento que el/la entrevistado/a así lo desee. La información se mantendrá segura y encriptada a través de un disco duro externo del cual solo tendrá acceso quien suscribe.

No hay lectura de ficha clínica de menores de edad ni entrevista a estos o sus familiares, debido a la repercusión que esto potencialmente podría tener, sin contar con un espacio

seguro y de resguardo para los/las entrevistadas/os, por lo que solo se utilizarán actores que hayan intervenido y no los afectados directamente por esta situación.

A lo largo de la entrevista puede ocurrir posible remoción de emociones que se manejarán a lo largo de esta, el/la entrevistada/o puede finalizar la entrevista antes de que lo estime el entrevistador y pedir que sea borrado cualquier registro de esta entrevista.

Limitaciones

Limitaciones metodológicas

Existe escasa evidencia publicada sobre este tipo de fenómenos, por lo que se podría ver restringido el análisis que se realice. Por otra parte, el acceso a los datos será dependiente de los participantes y documentos que se logren recabar (sobre todo en cuanto a los documentos internos) lo cual podría significar un sesgo o reiteratividad de algunas temáticas.

Limitaciones del investigador

Las condiciones pandémicas entorpecieron las oportunidades de encuentros presenciales, que son la primera preferencia al momento de entrevistar; por la temática que se aborda, se requiere un espacio más íntimo y cercano. Además, al ser una temática que puede causar cierto rechazo en los potenciales participantes, podría haber personas que rehúyan la entrevista y entrega de datos, por lo que se debería recurrir incluso a una tercera alternativa de entrevista que tendrá que ser descrita si es que esto ocurre.

El investigador se podría haber sentido conmovido por la temática en torno a la que se desarrolla esta AFE, además debido a que se interactúa con distintos actores involucrados tales como carabineros o miembros de mejor niñez, esto puede despertar ciertas suspicacias en cuanto a las respuestas dadas, debido al historial mediático que poseen estas instituciones y el contexto histórico-político que se vive en nuestro país. Por lo anterior el investigador revisa con el supervisor las preguntas previo a estos dos

actores más complejos para el investigador para seguir los lineamientos propios de esta AFE.

Resultados

Primeros análisis de documentos y entrevistas

Un primer acercamiento al análisis de los documentos y entrevistas es realizar ejercicios más cuantitativos respecto a los hallazgos, lo que nos permite observar de manera empírica y gráfica algunos aspectos relevantes a tener en cuenta para la siguiente parte donde se entra de fondo a los aspectos interpretativos del análisis de los resultados, es por esto que se mostrarán en una primera instancia gráficos y tablas que puedan encausar de mejor manera para el lector el análisis de este proceso (Anexo N°7 y tabla N°2).

Al iniciar el análisis se insertan los documentos legales y políticos y transcripciones de entrevistas (en adelante documentos) en el programa MAXQDA, dentro de la codificación y categorización podemos mencionar que se recabaron en total 1041 códigos, donde además emergen 5 subcategorías a partir de la categorización de los códigos (subcategorías exclusivas de las entrevistas).

Para mayor comprensión inicialmente se recurre al análisis cuantitativo de texto, que simplemente permite tener una descripción de la densidad de los segmentos codificados, es decir, de la distribución relativa de los relatos codificados en cada categoría superior y sus categorías. Posterior a ellos se presenta la condensación de los datos por actores involucrados y de la totalidad de las fuentes de datos.

Se realiza una matriz en el programa MAXQDA, que la llamaremos “matriz de códigos por documentos” el cual se encuentra en los anexos como tabla (Tabla N°2) donde se

compara la distribución de los fragmentos de códigos en cada categoría por agrupación de documentos. Aquí emergen inmediatamente los segmentos más repetidos por grupo e incluso segmentos no mencionados en algunos grupos como lo son el "abordaje del conflicto" y "contexto de ingreso" en los documentos políticos y legales o la "ciudadanía", "acceso a servicios", "medicalización", "equidad", "dignidad humana" y "poder de la normativa" en el NNA y su madre. Llama también la atención que ni los grupos políticos, documentos, o el NNA y su madre mencionan la "relatividad en la vulneración" de derechos. Por último, la distribución de los documentos en el plano vertical es mediada por proximidad en cuanto a repetición de los fragmentos de códigos, por lo que el grupo judicial es el que se aproxima más a la mayoría del resto de grupos en los segmentos de códigos.

Los análisis textuales suelen recurrir a la nube de palabras anexada (Anexo N°7), estas sirven de primer encuentro descriptivo donde se puede visualizar las palabras más repetidas en los documentos y entrevistas analizados, se puede apreciar que hay varias formas de nombrar a un NNA esto puede ser debido a que existen actores del ámbito legal y de salud donde se hace referencia a esta población de maneras específicas según el lenguaje legal o médico. otro aspecto importante es que se mencionan aspectos medico legales que están aludidos en todos los actores involucrados, por lo que no es ajeno el hablar de estos aspectos con todos los involucrados ya que manejan terminología de este tipo. Cabe destacar la palabra "poder", "creer", "dar", "deber", aspectos que pueden guiar nuestro análisis en tanto se pueden posicionar desde un punto de vista moral, jurídico o médico.

Para seguir ahondando en esta exploración inicial de los datos se recurre al análisis cuantitativo de texto llamado "estadísticas de categorías", que simplemente permite tener una descripción de la distribución relativa de los relatos codificados en cada categoría superior y sus categorías. Posterior a ellos se presenta la condensación de los datos por actores involucrados y de la totalidad de las fuentes de datos. Se presenta por grupo de categorías superiores los datos mencionados.

Estadística de categoría ético/jurídico

En este caso graficado en anexos (Grafico N°4) la categoría de "poder de la normativa" es abordada mayoritariamente con segmentos extraídos de los documentos legales y políticos, donde se definen conceptos elementales como salud mental, utilizándolo por ejemplo al mencionar el modelo de salud mental comunitario donde estipula que es fundamental para el funcionamiento de la red:

“Tanto el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria como el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, entienden la salud como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025).

En cambio, en las entrevistas, los actores involucrados se refieren al "poder de la normativa", unos hacen referencia a dos acepciones: primero como “imperio de poder” que tienen los jueces sobre decisiones clínicas sin considerar aspectos importantes desde lo clínico, llegando a ser vistas como decisiones disciplinarias; en segundo lugar, tenemos a los jueces reconociendo que han tomado este tipo de decisión considerando el bien superior del niño en el contexto que se les presenta:

"teníamos la noción de que, si yo ordenaba un algo por resolución judicial, se cumplía sí o sí, porque mi palabra es la ley y tu verás, tú te las arreglas como sí, sí lo cumples o no, eso no es problema mío ¿Ya? entonces ¿y si no lo cumples? Yo tengo imperio de poder mandarte a arrestar y es lo que ha resultado muchas veces finalmente el director del hospital termina preso y nadie soluciona nada". (1.02.3, Judicial)

"...que los jueces no solicitan internarlos en una unidad infanto-juvenil, o no exigen acondicionar el lugar para poder recibirlos y asegurar la protección de vida, así que eso es como lo laxo y la nueva ley de salud mental establece que se considere la opinión de los niños y adolescentes, pero no establece tampoco ninguna norma nueva al respecto, pone algo por escrito algo que se hacía". (03.2, Salud)

"...la discriminación estructural como esto que no tengamos profesionales formados para atender la salud mental de niños niñas y adolescentes y que sigamos con el paradigma más bien disciplinario, más bien punitivo esto que se ve ante el juez y el juez termina tomando la decisión". (02.11, Político)

Estadística de categoría social

Respecto a la distribución de la categoría superior "social" (Grafico N°5), se puede observar que más de la mitad de los códigos es sobre "solución institucional" el cuál posee dos subcategorías "abordaje del conflicto" y "contexto de ingreso" las cuales emergen exclusivamente de los actores involucrados a través de entrevista. De esta categoría también es importante mencionar que los códigos están repartidos casi de manera equitativa entre actores y documentos analizados. La solución institucional para los documentos y actores son distintas por lo que es interesante destacar que los primeros hacen referencia a garantías en las características de la atención, por ejemplo, que esta sea escalonada, con enfoque de derechos, que se debe registrar en ficha clínica y notificar a otras entidades ciertas acciones, etc. Por otra parte, los actores involucrados hacen referencia a como modifican el actuar institucionalizado para garantizar protección, lo cual se lee a continuación:

"lo más importante es que una vez que ingresa un paciente menor de 18 años, es que nosotros tratamos administrativamente de dar alguna, algún cuidado especial en términos de que se le asigne un cuidado especial ya, porque están en una... Ellos ingresan a una comunidad de adultos, entonces la idea es proteger y evitar que se vulneren derechos de los pacientes menores de 18. Eh, eh. Así que generalmente, cuando ingresa un paciente como primera medida, es que la institución trata de asignar un cuidador especial". (03.23, Salud)

Cabe destacar que uno de los actores relacionado con el ámbito judicial refiere que no existen políticas públicas en torno a la temática y que por lo tanto se actúa "a contrario sensu", un concepto legal referido a la deducción de lo contrariamente expuesto por

deducción, en este caso debido a que la actora del ámbito judicial debe ver el caso a caso, concluye que no existen políticas públicas en torno a esta temática:

"...y uno va sensibilizando a la persona que está al otro lado del teléfono y a mí me ha tocado tener conversaciones con Carabineros hasta la una o dos de la mañana, donde ellos también se sensibilizan y me, me terminan diciendo Magistrado, he encontrado la chiquilla, no se preocupe, la vamos a llevar ahora. ¿Usted puede llamar al doctor para que la recibe o la reciba, por favor? Entonces se va generando una concientización, pero caso a caso lo que a contrario sensu, eso me lleva a decirte que no hay una política estatal...". (1.02.3, judicial)

Estadística de categoría repercusiones en salud

De la categoría superior "Repercusiones en salud" (Grafico N°6) se observan dos categorías que se repiten la mayor cantidad de veces, sin embargo, la categoría "proporcionalidad", como se puede ver en la matriz de códigos por documentos, es la categoría más uniforme repartida por todos los actores involucrados, por lo que esta se desarrollara en este acápite. Se entiende por proporcionalidad para los documentos políticos y legales que las medidas que se tomen en torno a la hospitalización involuntaria deben ser por un riesgo que supera los potenciales daños que se pudiesen causar, la Ley 21.331 explicita que la hospitalización involuntaria es una vulneración a la libertad de las personas y a su vez justifica que su uso por lo mismo debe ser cuando exista un daño inminente o riesgo vital sin otra alternativa ambulatoria (Artículo 13).

Esto se contrapone con lo referido por los actores tanto de salud como judiciales, donde reconocen que causa repercusiones en la salud de manera negativa, pero que aún con estas repercusiones es lo menos impactante que existe. A partir de esta premisa los equipos de salud se deben adecuar administrativamente para dar respuesta menos riesgosa a esta población:

"yo sé que es complejo, pero eh, yo la única respuesta que te puedo dar a eso es algo tan básico y triste como que es el mal menor ante la necesidad de resguardar la vida de

este niño, niña o adolescente es siempre va a primar eso por sobre los cuidados especializados, creo yo". (1.02.3, judicial)

"el beneficio está en que el resto de la red no está capacitado, no tiene los recursos, por lo tanto, ya, puede ser que se logra un ajuste de fármacos de manera más directa, se puede observar mejor, los efectos adversos, hacer cambios más rápido, pero ese sería como el beneficio más visible pero el resto de los beneficios son para las otras personas, creo yo, más que para el usuario, el resto queda tranquilo de que el chico está ahí encerrado". (03.2, salud)

Interpretación de los resultados

A partir de este punto se comienza a analizar de manera más interpretativa los resultados, lo que se realizará en dos grandes etapas.

Primero se muestran los resultados por grupos previamente descritos y el conglomerado completo, donde daremos respuesta a parte del segundo objetivo específico de esta AFE mostrando los significados por grupo y del total de actores involucrados. En la segunda parte, debido a que es la mayor interpretación y abstracción de los datos puesta en practicar, se realiza una línea de tiempo, donde se describe el recorrido del NNA a lo largo de este proceso, lo que responde al primer objetivo específico de esta AFE.

Jerarquía de categorías emergentes de las entrevistas

Tal como se describió previamente la jerarquía de categorías que se muestra a continuación incluye las subcategorías que emergen a partir de los entrevistados (Anexo N°8), los cuales serán desarrollados a lo largo des esta parte del análisis, además de darle forma a la línea de tiempo que también será mostrada.

Modelo de Co-ocurrencia de Código (intersección de código)

Este mapa conceptual (Anexo N°9) tiene por objetivo mostrar cuan ligados están una categoría con otra a través de la intersección de los segmentos de códigos, en este caso

se destacan dos de ellas altamente ligadas por intersección, las cuales se muestran encerradas en un círculo. El grosor representa a la cantidad de intersecciones que existe entre ambos códigos.

Sobre la intersección de derechos humanos y adultocentrismo, se puede desprender que cuando los actores hablan acerca de los derechos humanos, se refieren a la protección de los NNA, sin la opinión de estos, por lo que el enfoque paradigmático que aun predomina al hablar de derechos fundamentales de los NNA es con enfoque de protección, más que con un enfoque de derechos como tal. Lo que más se ve deficitario en este ámbito y que marca evidentemente esta visión de los derechos humanos desde una mirada adultocéntrica es la poca o nula participación, espacio de opinión que tienen los NNA:

"No, pensando sobre todo en lo último que estamos abordando, la voluntariedad, que puedan expresar su opinión, sigue siendo como de un tratamiento de objeto de protección, no de sujeto de derecho y como que nosotros distintos dispositivos distintas instituciones estamos viendo y creemos saber cuál es el mejor, la mejor respuesta para lo que ellos necesitan, y la residencia dice hospitalizar, y el tribunal dice si hospitalizarlo en tal lugar, el hospital dice no mándaselo al Cosam...". (4.01, ético-jurídica\derechos humanos)

"El estado les debe brindar una protección, una protección reforzada para precisamente permitirles y garantizarles que pueden hacer efectivos sus DDHH. Sin embargo, nosotros estamos bajo todavía, bajo un paradigma de los niños como sujeto de protección". (02.11, ético-jurídica\derechos humanos)

"y ahí como que todas las, los dispositivos que opinan cuál es la mejor opción o camino para un mejor bienestar y un mejor tratamiento para un niño, niña, pero somos como los adultos en estas instituciones que van como así hospitalizarlo, no mándalo a Cosam, y nunca hay un espacio para su opinión y para su... para levantar qué es lo que en verdad está pasando con él o con ella". (4.01, adultocentrismo)

Por otra parte el contexto de ingreso y el abordaje de conflicto también están ligados en los datos recabados, en este caso es debido a que cuando se describe cómo ingresa un NNA a este tipo de hospitalización, relatan el hecho o las acciones que requieren para ejecutar este tipo de acciones, las cuales muchas veces están contextualizadas en un escenario propenso al conflicto, por un lado ya que se traslada involuntariamente a una persona a un centro asistencial, por otro lado, debido a que existe escaso compromiso o capacitación por parte de los equipos intervinientes que terminan dejando a la persona sin abordaje adecuado:

"se les ingresa a un programa de reparación de maltrato o un programa de explotación sexual que ambos tiene, el programa de reparación tiene la sigla PRM o el otro tiene la sigla PA...(Asiente con la cabeza) a ya, se les ingresa a esos programas, y cuando esos programas no dan resultado, la verdad es que se da muchas veces una falta de motivación en la atención por parte de estos niños y la verdad es que muchas veces estos programas se rinden". (1.03, social\solución institucional\abordaje del conflicto)

"por ejemplo para el abordaje suicida que es gravísimo, y a veces los equipos no están capacitados no conocen su Red, no conocen su red ambulatoria, Entonces lo que explota es la situación, la urgencia de necesitar una cama y cuando uno hace, para atrás la historia resulta que ni siquiera a veces ha estado inscrito en el CESAM". (4.01, social\solución institucional\abordaje del conflicto)

En el siguiente relato se evidencia como se organizan los efectivos de carabineros ante la solicitud de traslado de un NNA dependiendo de su contextura física o antecedentes entregados. La organización es enfocada en la protección de los carabineros y para evitar que el NNA le "pueda llevar algún tipo de problema" frente a la reacción violenta de carabineros contra un NNA que se torna violento, más adelante se mostrará que carabineros utiliza esposas en caso de tornarse violenta la situación:

"Si dependiendo del caso, por ejemplo, si soy yo, voy yo a cargo del procedimiento, que soy mujer, que soy menudita, flaquita y ya veo que quizás el niño sí me puede, cierto me puede hacer algún daño a mí yo prefiero llamar, pero si va, no sé sargento, que es de contextura más grande y que tiene más fuerza, o que el adolescente puede ver que claro que le puede llevar algún tipo de problema, no sé, algo así, depende de cada criterio del funcionario que está adoptando ciertos procedimientos". (30.4, social\solución institucional\abordaje del conflicto)

Modelos por grupos

A continuación se presenta la información como “modelo” por los grupos explicados anteriormente en esta AFE (documentos legales y políticos; ámbito gubernamental/político; judicial/proteccional; salud; NNA), posteriormente tendremos el “modelo de códigos mas frecuentes: condensación”, que es el ejercicio de dar la explicación global que dan todos los grupos indiferenciados al fenómeno.

Modelo de documentos legales y políticos

El siguiente análisis dice relación con los documentos y leyes políticas vigentes en Chile que se relacionan con la temática, se analizaron cinco documentos: el Código Sanitario su libro 1 y 7, Ley 20.584 conocida como “Ley de Derechos y Deberes en Salud”, Ley 21.331 conocida como “Ley de Salud Mental”, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025: Marco conceptual Propósito, Valores y Principios, Líneas de acción, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierto y Cerrado: Sobre atención cerrada.

de este análisis es importante destacar que todos los documentos son escritos en contextos históricos distintos, siendo el cogido sanitario el documento más antiguo vigente, hasta la ley 21.331 siendo la más actual. Por lo mismo se hará detención en algunas categorías sobre el cambio histórico que han tenido en sus significados y como estas conviven o se confrontan en la actualidad. esto se puede ver reflejado en el mapa conceptual (Anexo N°10) con una flecha azul, donde la flecha indicará el concepto más nuevo iniciando en el más antiguo.

Otro elemento importante de este análisis es que se agregó una categoría donde si bien no prevalece como contenido predominante es importante recalcarlo ya que se trata del concepto de ciudadanía, esta categoría es mayoritariamente desarrollada aquí y está representada con líneas punteadas. La última aclaración previo al contenido del análisis, es que se encuentra por primera vez en los mapas conceptuales una intersección entre "acceso a servicios" e "inacceso", esta será descrita en el acápite correspondiente.

Dentro de la categoría superior ético-jurídico se destacan tres categorías en los documentos "equidad", "dignidad humana" y "poder de la normativa". De la primera podemos mencionar que es entendida por un lado como la distribución justa para la población de mayor riesgo, promoviendo el acceso a salud en este grupo, por otro lado, el programa de salud integral adolescente relaciona el principio bioético de justicia con la equidad, reconociendo a los NNA como personas de derecho a la atención sanitaria y servicios de calidad, en contraste a este desarrollo, el código sanitario que no hace referencias a esta subcategoría de manera explícita ni implícita.

En cuanto a la categoría superior ético-jurídica, los documentos destacan tres categorías: "equidad", "dignidad humana" y "poder de la normativa". De la primera podemos observar que para los documentos la equidad es entendida por un lado como la distribución justa para la población de mayor riesgo, promoviendo el acceso a salud en este grupo, por otro lado, el programa de salud integral adolescente relaciona el principio bioético de justicia con la equidad, reconociendo a los NNA como personas de derecho a la atención sanitaria y servicios de calidad, en contraste a este desarrollo, el código sanitario que no hace referencias a esta categoría de manera explícita ni implícita.

En cuanto a la dignidad humana tiene alta relevancia ya que se puede observar cronológicamente la evolución del entendimiento de esta, pasando de una protección por parte de los aparatos del Estado a reconocerlas como inherentes al ser individual, parte de su derecho y libertad individual. Por otra parte, se establece que la discriminación, estigmatización y los prejuicios afectan la dignidad de la persona esto se observa en el mapa conceptual (Anexo N°10). Cabe destacar que en el Código Sanitario tampoco

aparece mencionada la dignidad humana o sus variantes como la protección frente a discriminación. La ley 21.331 en su artículo 3 letra B y de manera más indirecta en el artículo 20 numero 6 y 7, en estos artículos se menciona explícitamente lo que los documentos políticos reafirman de la dignidad y además al ser ley los establece como garantía por la cual el Estado debe velar el cumplimiento de esta.

El Poder de la normativa en los documentos debe ser entendida desde dos posiciones distintas de poder de estos, ya que se analizan documentos políticos y legales, por lo que los primeros establecen lineamientos de cómo gestionar los recursos acordes al modelo vigente de salud mental, mientras que los segundos mandatan dentro de la misma línea, pero operacionalizando el modelo de salud mental, esto se puede observar en los dos códigos seleccionados en el mapa conceptual (Anexo N°10)

En cuanto a la categoría superior Social, los documentos destacan tres categorías: "acceso a servicios", "medicalización" y "ciudadanía". respecto a la primera podemos mencionar que existen una explicitación de lo que debiese ocurrir en el modelo ideal y la realidad nacional que tenemos en torno al acceso general de servicios de salud mental, que se explicita en el código del mapa conceptual (Anexo N°10).

A partir de este punto, ya que se está hablando de acceso a los servicios se ahonda en el acceso a través de las hospitalizaciones involuntarias, es importante recalcar lo existente a nivel legal según los documentos analizados, ya que el único tipo de hospitalización involuntaria (en salud) es por motivos psiquiátricos, esto está regulado por el Código Sanitario y dos leyes; la Ley N°20.584 y la Ley N°21.331. Esta última ley explicita el límite de temporal y la causal de uso de este tipo de hospitalización en su artículo 13, donde además en primer lugar reconoce afectar el derecho a libertad y en segundo lugar mandata que esto debe ocurrir solo en riesgo cierto e inminente para la vida de la persona o de terceros. El segundo punto ya existía en la Ley 20.584 en su artículo N°25 letra b, c y d. Otro aspecto importante en estos servicios que se ofrecen a la población general es que previo a la Ley N°21.331, estaba regulado por la ley precedente (20.584) el manejo de conductas perturbadoras o agresivas que constaba de

un reglamento ministerial y que estas debían ser informadas a la Autoridad Sanitaria en caso de utilizar medidas como la contención física (Ley N°20.584 Art 26(suprimido por Ley N°21.331)). La especificidad de regulación en estas acciones terapéuticas será abordada más adelante.

En cuanto a la medicalización se observan dos claros argumentos prevalentes entre los cinco documentos, el primero que prevalece en los documentos legales de mayor antigüedad (Código Sanitario y Ley N°20.584), es la noción de que se requiere autorización exclusivamente médico para poder indicar la necesidad de hospitalización, además se hace referencia al Director General de Salud quien también solo puede ser un médico; las menciones a las que se le liga este profesional es el poder de decidir el tratamiento e internación involuntaria de una persona que ellos mismos certifican con estado de riesgo vital o detrimento de la condición de salud de la persona

El segundo argumento presente en los otros tres documentos analizados, de los cuales solo uno es de ámbito legal, tienen una posición completamente distinta respecto al abordaje de las problemáticas de salud, no centrada de manera absoluta en el abordaje farmacológico o medicalizado, si no que por el contrario, se centra en un abordaje interdisciplinario, integral, *“pone en el centro a la persona como experto de su propia vida y que el trabajo del equipo de salud debe ser en alianza con la persona, apoyando sus propia jerarquía de necesidad de apoyo” (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025)*. La visión integral mencionada en uno de los documentos es ejemplificadora del avance en miradas más allá de lo medicalizante, de abordaje exclusivamente del poder biomédico, esto se puede observar en el mapa conceptual (Anexo N°10).

En cuanto al entendimiento de las personas como ciudadanos, se explora en esta categoría los elementos que puedan dar directrices de como las personas tienen oportunidades de ciudadanización. Lo primero que se debe destacar es que nuevamente se descubre un quiebre importante entre los documentos según su temporalidad, pero además según su calidad, mientras los documentos legales muestran muy concretamente como se delimita la participación en ser parte de comité ético o en dispositivos institucionales como la Comisión Nacional de Protección de las Personas

con Enfermedades Mentales y Discapacidad (Ley N°20.584), el único documento legal que se escapa de este tipo de entendimiento de participación es la Ley 21.331. los documentos políticos explicitan la importancia de la participación en la red social, del empoderamiento de las personas y organizaciones para la construcción de un abordaje integral individual y colectivo (Plan Nacional Salud Mental 201-2025), a continuación, el contraste:

“Art 30.-... Al reglamentar la existencia de comités de ética que atiendan las consultas de las personas que consideren necesaria la evaluación de un caso desde el punto de vista ético clínico, se deberá asegurar la participación de los usuarios en dichos comités”. (Ley N°20.584)

“Participación: Se debe facilitar la participación e involucramiento de adolescentes y jóvenes en sus procesos clínicos y en el desarrollo de un hospital con servicios más amigables”. (Programa de Salud Integral Adolescente de Atención abierta y cerrada 2018)

Respecto a la evolución histórica de la noción de ciudadanía, tal como se expuso en el párrafo anterior, existe nociones de ciudadanía muy diferentes. En el Código Sanitario, se establece que el director de un establecimiento psiquiátrico es el curador de los bienes de la persona que careciera de curador o potestad de otro tipo (Artículo 133°, Libro 7mo, Código Sanitario). Esto denota un sentido proteccional hacia las personas, pero sin mencionar la voluntad de esta sobre sus propios bienes independiente del estado en que se encuentre en una institución psiquiátrica, esto se menciona solo en este tipo de casos (internaciones psiquiátricas) y no en otro tipo de hospitalizaciones, dándole un valor diferenciado al ciudadano con patología psiquiátrica. En contraste tenemos la Ley N° 21.331 que explicita la necesidad de construcción social para una mejora en la salud mental.

Estas dos últimas categorías dejan la interrogante de si puede ser factible la mirada proteccional de los documentos vigentes en Chile que son más antiguos y la mirada más colectiva y de acceso a derechos que es el cambio paradigmático que se observa en los documentos más nuevos. Una de las posibles causas desde el punto de vista de los

documentos analizados para que siga ocurriendo las hospitalizaciones de NNA en unidades de adultos, puede ser justamente este choque paradigmático en el cual dependiendo del operador de turno de los distintos dispositivos involucrados se tendrá un entendimiento de los derechos y acceso del cual carece o posee la persona.

Modelo ámbito gubernamental/político

Los actores gubernamentales/políticos, están compuestos por miembros de CONAPREM y Defensoría de la Niñez, Los principales hallazgos en los significados que le atribuye este grupo a la hospitalización involuntaria de NNA en unidades psiquiátricas de adultos del Instituto psiquiátrico se pueden observar en el mapa conceptual (Anexo N°11), el cual es un mapa conceptual que recoge las principales categorías de este grupo. Este grupo contiene 3 categorías perteneciente a la categoría superior ético/jurídico y 3 de "social", sobre la primera categoría superior.

Sobre la categoría superior ético/jurídico, se desprende en primer lugar la categoría de derechos sociales, la cual hace referencia directa al actuar de los jueces de familiar en esta situación, donde refieren que hay una creencia no fundamentada respecto a la decisión tomada por los jueces, creyendo estos que su dictamen es para velar a favor de los derechos fundamentales de los NNA, pero esta termina siendo para resolver problemas de resorte social. Esta categoría para los actores gubernamentales/políticos tiene un significado de deficiencia en el área de derechos sociales para la población infantoadolescente y es aún una mirada proteccional.

En cuanto a la categoría de Derechos Humanos, estos actores significan que los Derechos Humanos en esta temática aún están por debajo de lo que las normativas internacionales promueven y de las que Chile a ratificado, esto llega a ser vulneratorio, lo cual está relacionado con la categoría mencionada anteriormente ya que también hace referencia a que hay una falta de resguardo que esta estipulada desde lo legal pero que de alguna forma no llega a concretizarse en lo operativo.

En la categoría de dignidad humana es interesante en primer lugar observar que estos actores se refieren tanto a la dignidad como a las condiciones óptimas para llegar a un trato digno, estos conceptos se relacionan entre sí ya que la dignidad humana para este grupo debiese ser inherente y explícita por los lineamientos internacionales, sin embargo, la legislación chilena actual no se ajusta a norma, una de las formas en las que se evidencia es el código mostrado, donde la participante explica que la legislación no permite a las personas con enfermedades mentales gobernarse a sí misma y además no diferencia entre capacidad mental y jurídica, despojando a la persona de un derecho que es atributo propio de la personalidad jurídica de la persona.

Por otra parte se muestra desde la dignidad humana cuales podrían ser las condiciones óptimas para otorgar una atención o abordaje digno, de estas ideas más concretas es que se desprende la subcategoría "condiciones óptimas" en el caso de estos actores, significan la condición óptima como las condiciones mínimas para la atención de esta población, que no se cumple al ser hospitalizados con adultos, incluso reconocen que no se alcanza una condición cubierta para la atención de adultos, profundizando en el déficit que tiene el sistema de salud para la respuesta a este tipo de contextos.

Otra de las categorías mayores que se destaca en estos actores es la "social", de las cuales se mencionan tres categorías para otorgarle significado a este fenómeno, que es la medicalización, la falta de oferta y el adultocentrismo

Sobre la medicalización los actores significan que las problemáticas sociales son resueltas a través de actos en salud, pasando desde la administración de fármacos a las hospitalizaciones involuntarias. Sobre las primeras se explicita la cita del código elegido en este caso, donde se intenta aplacar la complejidad del manejo del NNA con fármacos, otra cita habla sobre cómo se utiliza la internación involuntaria como primer recurso, siendo este de "ultima ratio":

"tenemos que partir de la base que la internación es un recurso terapéutico y es un recurso de ultima ratio, ósea de ultima razón, es un recurso extremo y me temo que a

veces la internación tanto como adulto como en niño se usa para resolver problemas más bien social, nosotros tenemos, tenemos una cantidad importante de personas que se encuentran internadas en los hospitales psiquiátricos por años y pasan gran parte de su vida ahí porque no tienen redes de apoyo, entonces estamos partiendo de la base de que aquí estamos utilizando recursos sanitario para resolver problemas sociales". (2.11, Político)

Sobre la falta de oferta que es una subcategoría de "acceso a servicios" los actores destacan que la principal limitante para que los NNA accedan a servicios acordes a sus necesidades es debido a que existe escasa oferta de hospitalizaciones en NNA, o lugares donde se les pueda estabilizar, también refieren que después de estabilizados es difícil encontrar un lugar donde se pueda manejar al NNA para perpetuar la estabilización a nivel ambulatorio.

Respecto a la última categoría dentro de esta categoría superior "social", que es mencionada de manera importante por estos actores, es el adultocentrismo, donde los involucrados explicitan que existe de manera generalizada un trato adultocentrico hacia el NNA, pareciera ser que incluso esto se da de manera estructural, donde los adultos no incluyen a los NNA en planes de cuidado, ni en la toma de decisiones progresiva para su propia vida. El motivo es que se utiliza de sobremanera el argumento del "bien superior del niño", por lo que lo que en este contexto y otros se actúa con este argumento sin dar cabida a la opinión del NNA de lo que prefiere para su propia vida, esto es muy propio en las temáticas de salud mental, ya que se relaciona con lo que ocurre en la categoría de dignidad humana, sin embargo aquí se le suma la "incapacidad" del NNA de tomar sus propias decisiones solo por el hecho de tener una edad menor a la establecida como mayoría de edad socio-jurídicamente.

Llama la atención de este grupo, que es el único que no presenta algunos códigos, junto con los documentos analizados. En este caso el grupo no habla de "relatividad de la vulneración" a pesar de la mirada crítica que se tiene de lo establecido en la normativas y acciones vigentes, esto se puede deber a que no observan matices cuando se habla

de vulneración de derechos humanos, por lo que aunque la institución se adapte para que el NNA tenga un lugar más apropiado, sigue sin ser el lugar apropiado para este y eso lo recalcan los actores en el contenido de los distintos códigos expuestos.

Modelo ámbito judicial/proteccional

Los actores judiciales y proteccional están compuestos por jueces de familia, curadores ad litem, carabineros de la 48va comisaria (de infancia y familia) y referente de salud en Mejor Niñez, son representados en el mapa conceptual (Anexo N°12), de los cuales emergen como principales categorías 6 del total, de los cuales 2 son subcategorías de la categoría "solución institucional". de los códigos escogidos existen algunos donde predomina la voz de los jueces de familia, sin embargo, esto representa complementariamente lo que quieren decir los otros actores de este grupo.

En cuanto a la categoría superior "ético-jurídico", las dos categorías de mayor relevancia para este grupo son: "poder de la normativa" y "derechos sociales". Del primero podemos mencionar que los actores destacan el "poder de imperio" que poseen los jueces, siendo una atribución con principalmente dos características, de alta responsabilidad ya que se elige el destino del NNA a propósito de un dictamen y de altos niveles de poder ya que tal como dice la cita su "palabra es ley". Esto conlleva a que otros actores tengan la noción de que el juez no evalúa aspectos relevantes del caso ya que no justifica las decisiones que toma:

"a veces pareciera ser que los distintos egos institucionales chocan y dejan de ver al niño o la niña, el juez es de un rol de juez, va a dictaminar va a dictaminar pese a que no tenga idea, de lo que opinan los consejeros técnicos, pese a que tenga informes, no va a considerar por ejemplo los antecedentes, psicosociales, familiares, de un niño una niña que están mandando hospitalizar". (4.01, judicial/proteccional)

Con respecto a los derechos sociales, los actores refieren que al haber oferta escasa en la red para el abordaje de los NNA tanto a nivel salud, proteccional u otros, existe una falta de oportunidad en la atención que repercute directamente en sus derechos ya que se debe elegir el bien mayor, que en este caso sería entregar un servicio no acorde a la edad, lo que para los actores es evaluado como el mal menor. Esto está muy relacionado

con la proporcionalidad y es por ello que en el mapa conceptual (Anexo N°12) se pueden observar más próximos. Como síntesis, esta categoría para los participantes es reconocer que existe vulneración de derechos debido a la escasa oferta y privilegiando la vida por sobre la calidad.

"eso me lleva a decirte que no hay una política estatal, no hay una política pública, no hay una, eh, no hay una infraestructura que está destinada a otorgarle atención preferente a este tipo de niños, niñas y adolescentes que requieren este tipo de intervención no existe". (1.02.3, judicial/proteccional)

En cuanto a la categoría superior "social" las categorías más representadas por estos actores fueron "abordaje del conflicto" y "contexto de ingreso". En cuanto al "abordaje del conflicto" tal como se observa en el mapa conceptual (Anexo N°12), se escogen dos citas representativas una más ligada al ámbito legal y la otra de fuerza pública que es parecida al manejo que tiene el ámbito proteccional, además. Respecto a la primera se puede apreciar que del ámbito judicial se significa esta categoría a través del mal menor, esto se refuerza con las categorías expuestas anteriormente en este grupo, se visualiza como la única forma de enfrentar las hetero y autoagresiones de NNA. Por otra parte, para los carabineros esta categoría significa dar un abordaje empático y a través del dialogo, a continuación, ejemplo de lo explicado:

"yo creo que todos tenemos claro que no corresponde que el niño esté ahí, que es una vulneración a sus derechos fundamentales, pero lamentablemente era la única alternativa por lo menos en ese y otros casos que he visto, que el niño se agrede y agrede a otras personas y la única forma de enfrentarlo es, ya, tenerlo en esta unidad y que este el menor tiempo posible y que este relativamente aislado de todo lo que es la población adulta que está ahí mismo". (1.03, judicial/proteccional)

"generalmente uno llega a través del dialogo, porque acá los funcionarios, ya saben, como abordar este tipo de procedimientos, ellos mismos saben cómo abordar esta, a estos adolescentes, no es como llegar con la prepotencia, todo lo contrario, uno trata de

bajar al nivel, ser más empático, ponerse en su lugar y a través del dialogo, solamente a través del dialogo". (30.4, judicial/proteccional)

Por último, de la categoría superior "repercusiones en salud" estos actores destacan dos categorías: "inacceso" y "proporcionalidad". En cuanto al primero se puede explicitar de manera más operativa lo expuesto por las dos categorías mayores anteriormente mencionadas, este "inacceso" que hace referencia a la falta activa de acceder a atención de salud en los NNA, es significada por los actores como un "peregrinaje" cuyo recorrido está repleto de anteponiciones previas al riesgo vital del NNA, como consecuencia la institución que lo acoge es la que se debe hacer cargo de la problemática con todo el contexto que ello significa:

"Lamentablemente hay muchos factores que se anteponen al riesgo vital. Como cuáles me ha pasado, por ejemplo, a mi me ha pasado que yo entiendo, el director me decía no, no, es que no es que yo no quiera, es que yo al ingresar este niño y si se me descompensa, yo al lado tengo mamá embarazada, yo al lado tengo niños con cáncer y al lado, o sea me explicaban de que no tienen la infraestructura, necesitan una infraestructura muy especializada, pues trabajar con este tipo de niños y adolescentes..." (1.02.3, judicial/proteccional)

"el equipo de la residencia lo llevaban al R., a la urgencia, lo llevaban a la urgencia del Horwitz, a la urgencia de S..., que también es de su territorio Norte y en ninguno, y en ninguno lo ingresaron, uno por la edad, uno por el diagnóstico, otro por temas de cupo que eso también es súper presente este tema de que no hay disponible camas y siempre es que no hay "camas", después de todo un peregrinaje por todos esos finalmente desde la urgencia del Horwitz deciden ingresarlo igual ingresarlo al Urgencia atenderlo y dejarlo hospitalizado en adulto". (4.01, judicial/proteccional)

En este grupo se recalca la acción en pos del "mal menor", explicitando en todo momento que esto es una vulneración en los derechos fundamentales de los NNA, sin embargo, prima la vida por sobre otros derechos que se lleguen a vulnerar. Otro punto interesante

a recalcar es que este grupo no conoce a cabalidad el funcionamiento de la red de salud mental, lo que lleva a pensar que la solución ante problemáticas de salud mental en NNA son a través de una hospitalización ya que no se tienen las herramientas en ese momento para abordar la situación, esto muchas veces va ligado con una escasa visualización del NNA en la red de salud mental, tanto así que varios tienen su primera atención en el área a través del servicio de urgencia:

"...las residencias familiares son las que están recibiendo los traslados de la conversión del modelo desde el CREAD Pudahuel, entonces B... es nuevo Para la Red de salud el Cosam no lo conoce y es como que llegó, llegó con las agitaciones y sólo ha dado vueltas por las urgencias y ahora en el Horwitz como pero no tiene una Red de soporte ambulatoria especializada que le haga seguimiento contención y acompañamiento de sus cuidados". (4.01, judicial/proteccional)

"por ejemplo para el abordaje suicida que es gravísimo, y a veces los equipos no están capacitados no conocen su Red, no conocen su red ambulatoria, Entonces lo que explota es la situación, la urgencia de necesitar una cama y cuando uno hace, para atrás la historia resulta que ni siquiera a veces ha estado inscrito en el cesam". (4.01, judicial/proteccional)

Modelo ámbito salud

El grupo de "salud" se compone por profesionales trabajadores del Instituto Psiquiátrico Horwitz, de estos no se hizo diferencia entre médicos y no médicos ya que el análisis se enriquece al darle una mirada más horizontal desde esa perspectiva. En el mapa conceptual (Anexo N°13), se puede observar que los códigos elegidos son variados y muchas veces pueden contraponerse en algunas categorías.

En la categoría superior "ético/jurídico" los actores destacan dos categorías y dos subcategorías pertenecientes a cada categoría respectivamente estas son "dignidad- Condiciones óptimas" y "derechos humanos- Relatividad de la vulneración". De la primera se desprende que la dignidad está ligada a la capacidad de recursos disponibles

que se tenga y que no es inherente a la persona, ya que para entregar un trato digno se deben tener condiciones mínimas que pueden no hacer cumplir esta premisa, esto se liga a la subcategoría de "condiciones óptimas" donde los actores ejemplifican las acciones ideales que pudiesen ejecutar en algunos escenarios, no cumpliéndose a cabalidad siempre a pesar de la voluntad de los actores, esto se puede apreciar en el mapa conceptual (Anexo N°13).

En cuanto a los derechos humanos, los actores reconocen de manera indirecta y más bien implícita que existe trasgresión a los derechos fundamentales de las personas, no saben reconocerlos porque además emerge en el discurso que la atención con enfoque de derechos son políticas más recientemente implementadas en el hospital. a pesar de esto logran reconocer que los espacios, forma de abordaje, contexto, etc, no son los adecuados para un NNA en una unidad de adultos, esto genera que los NNA tengan más probabilidades de sentirse amenazados frente a este ambiente, tal como se observa en el mapa conceptual (Anexo N°13), donde se conjuga el desconocimiento de los funcionarios y que el NNA se sienta amenazado. A esto se le agrega la categoría de relativización de la vulneración, donde algunos funcionarios no reconocen trasgresión de derechos fundamentales al preguntarlo de manera directa.

En cuanto a la categoría superior "Social" los actores destacan la "falta de oferta" y "medicalización", de la primera categoría mencionada se hace referencia a la falta de oferta en hospitalizaciones de NNA en el tramo etario de 15 a 18 años donde quedan descubiertas en términos administrativos y por falta de oferta en servicios enfocados para esta población. Esto repercute directamente en que la institución debe adaptarse a este contexto, como no es una prestación establecida muchas veces no se cuenta con el recurso necesario para poder dar una atención segura para los NNA:

"porque tenemos que buscar ya lo que decía un comienzo, tenemos que buscar el el proveer de un cuidador especial a ese, a esa adolescente y a veces administrativamente no se puede porque no tenemos personal, ya que tenemos gente con licencia o tenemos cargos vacantes, en este momento tenemos 30, cargo vacante, tenemos también el

hospital. Entonces con tanta gente menos, es difícil, por ejemplo, que llegara un adolescente". (03.22, salud)

En cuanto a la medicalización los actores reconocen que el enfoque de atención en la institución sigue siendo biomédica, por lo que tiene una alta importancia las indicaciones médicas. Esto se traduce en no lograr entender de manera completa como, cuando y en que contexto las personas tienen derechos y deberes. Se deja de lado la necesidad psicosocial por lo que además con ello se podría hipotetizar que los sujetos de atención no son sujetos con derecho a opinión sobre acciones que les afecten directamente:

"A ver traducir el derecho de la persona. Porque uno podría decir eh, eh, todas las personas tendrían derecho a comer lo que quisieran, como todas las personas tendrían derecho a aceptar o rechazar la medicación. Entonces ahí donde me complico yo la existencia eterna de yo soy profesional antiguo, formado en un sistema antiguo. Yo digo pucha si no, el sujeto, por ejemplo, no tiene conciencia y está enfermo. ¿Podemos, digamos de alguna manera garantizarse esos derechos?". (03.23, salud)

En cuanto a la última categoría superior de repercusiones en salud, los actores destacan la "iatrogenia" y "proporcionalidad", la primera muy ligada a la falta de conocimiento en materia de derechos humanos, desde esta perspectiva es donde más se evidencia que pueden haber trasgresiones y por ende un daño no intencionado por parte del equipo de salud, pero que se genera por el contexto en el cual el NNA se encuentra y que no se controla lo suficiente, esto se puede apreciar en el mapa conceptual (Anexo N°13).

Con respecto a la proporcionalidad, se inserta en el mapa conceptual dos códigos debido a que la idea principal de los actores se deja establecida en torno a que es mayor el riesgo de un NNA al estar hospitalizado en una unidad de adulto, a costa del posible beneficio terapéutico. Mas allá de esta idea se desprende además que se percibe que los NNA son tratados como objetos a los cuales se les institucionaliza para darle soluciones a los adultos que se encuentran cuidando a estos NNA o abordando de manera ambulatoria a estos, dándole tranquilidad por el puro hecho de tenerlo

institucionalizado fuera de su alcance directo, esto se puede apreciar en los códigos mostrados en el mapa conceptual (Anexo N°13).

Modelo de caso NNA

El último análisis de grupos es dado en la entrevista realizada al NNA y su cuidadora principal. En este mapa conceptual (Anexo N°14) se puede apreciar una de las principales intersecciones descritas en el inicio de este análisis, el cual será desarrollado en una de las categorías con las que intersecciona, otro aspecto importante es que se muestran relatos del NNA, madre y diálogos los cuales están descritos en todos los segmentos mostrados en el mapa conceptual.

Respecto a los resultados, se pueden observar categorías de las tres categorías superiores, respecto a la categoría superior "ético/judicial" se destacan dos categorías: "dignidad humana" y "derechos humanos", de la primera los actores significan la dignidad como el derecho a la indemnidad física y psicológica, pasando de sentirse seguros a cómodos en los lugares por los que se transitan, en este caso en el mapa conceptual (Anexo N°14) se observa como el NNA siente miedo e incomodidad frente a situaciones propias de una hospitalización en unidad de adultos.

En cuanto a los "derechos humanos" los fragmentos escogidos se intersectan en "dignidad humana" y "iatrogenia", esto adquiere mucho sentido ya que, al momento de preguntar por aspectos relacionados a los derechos fundamentales de las personas, emerge de manera conjunta estos elementos. Por un lado, el NNA siente miedo e incomodidad a tal punto de pensar que puede ser violado por uno de los tantos adultos presentes en el lugar, esto es un riesgo del cual debiese estar protegido por el Estado, por otra parte, la iatrogenia también se ve relacionada con los derechos humanos en este contexto para el participante, ya que la madre refiere que el NNA dijo haber sido tocado sin consentimiento no teniendo certeza de si esta situación ocurrió o no. Se puede observar la fragilidad con la que se maneja la temática de los derechos humanos donde incluso la madre pareciera relativizar esta vulneración diciendo que pueden haberlo tomado de manera inadecuada al momento de contener.

La categoría superior "Social" se destacan dos categorías y una subcategoría: "falta de oferta", "solución institucional" y su subcategoría "abordaje del conflicto". En cuanto a la falta de oferta la madre del NNA hace referencias a la falta de oferta en hospitalizaciones de NNA refiriendo que su hijo en específico requeriría una especie de residencial, que se asimila a los sistemas proteccionales cerrados. Sobre esto mismo también relata la madre que en la residencia proteccional donde estaba su hijo, este sufría mucho y que a pesar de que tenía miedo de que fuese hospitalizado en una unidad de adultos prefirió correr el riesgo:

"Entonces entre que estuviera en el cread donde estaba corriendo riesgo hasta que se me arrancare y que le pasara cualquier cosa en la calle, preferí que entrara al Horwitz, aun sabiendo de que habían muchos adultos, o sea que no habían niños de su edad, que eran adultos y que quería que le pasara nuevamente lo que le ocurrió con este hombre, aun así corrimos el riesgo". (madre de 4.02, NNA)

En estos dos códigos escogidos se puede leer el desconocimiento o poca integración de la usuaria de nuestro sistema de salud mental, con respecto a la importancia de la desinstitucionalización, la territorialidad, lo comunitario, etc. Esto puesto que explicita la necesidad de que para ella su hijo estará bien solo por dos condicionantes: que este en una institución de salud y que su estadía se prolongue hasta que su hijo "sane". Para ella, que no existan más dispositivos de larga estadía es una falencia del sistema.

con respecto a la "solución institucional" la madre refiere haber solucionado su propia problemática de obtener más información y sentirse más tranquila "ganándose" al personal de la unidad llevándole regalos para poder saber más de su hijo o poder "encargárselo", esto denota la constante preocupación expuesta en párrafos anteriores lo que hace vislumbrar el constante miedo de que al NNA le pasase algo. En este sentido la institución le daba las facilidades de información, pero no la flexibilidad de ver al NNA. Ligado al abordaje institucional, se presenta a lo largo de la entrevista como los funcionarios abordaban los conflictos tales como los desajustes de este NNA, donde el

mismo refiere que lo "amarraron" y "pincharon" por romper una televisión. Se puede leer una reacción automatizada frente a la descompensación de un NNA o quizás cualquier sujeto que se descompensase, donde no existe una escalada de acciones para contener y abordar la situación, además en torno a esta pregunta ronda constantemente el miedo de que algún adulto pudiese hacerle daño, esto se evidencia en la pregunta que reitera la madre en la misma entrevista, dando a entender que hasta el día de hoy no tiene claridad de si su hijo sufrió agresiones por un adulto:

"Me dio rabia. Rompí la tele.

¿Y qué pasó ahí?

Me amarraron, me pincharon.

¿Y el resto de los pacientes? ¿Se enojó contigo?

Sí, sí, sí.

Madre: ¿Hicieron algo?

No.

Madre: ¿No, no te golpearon los demás pacientes?". (4.02, NNA y madre)

Sobre la categoría superior "repercusiones en salud" el NNA y su madre destacan la "iatrogenia" y "proporcionalidad", la iatrogenia para estos participantes está íntimamente ligada con la vulneración de derechos humanos, esto debido a que es el mismo código el escogido ya que se repite esta idea de que el mayor daño causado durante la hospitalización fue el alto riesgo percibido de que el NNA fuera vulnerado en la esfera de lo sexual en la hospitalización por algún adulto, lo cual hasta el día de hoy para la madre no queda claro si ocurrió o no:

"en el fondo el N... Salió de ahí cuando el dijo de que un funcionario le había pasado a llevar sus partes íntimas. Lo que yo no creo tanto, o a lo mejor fue así, pero en un contexto de, de cuando N... Se descompensado tenía que afirmarlo entre varios entre, pero que le hayan hecho algo físicamente, que lo hayan tocado. No, no creo, pero no lo puedo asegurar tampoco". (4.02, madre).

En cuanto a la proporcionalidad, la madre del NNA dentro de la entrevista sostiene la idea de que su hijo requiere una hospitalización debido a sus descompensaciones, tal como dice uno de los códigos de la categoría "falta de oferta" observable en el mapa conceptual (Anexo N°14). A esto se le suma la percepción de que su hijo lo paso muy mal por estar rodeado de adultos, por lo que la proporcionalidad aquí es el costo del beneficio que ella percibía que su hijo podría adquirir al estar hospitalizado, en el mismo mapa en el código de la categoría "proporcionalidad". De este posible beneficio que la madre da a entender es básicamente mantener al hijo descompensado en otro lugar que no fuera cercano al hogar donde estaba, ni en su casa, con el costo de que su hijo la mayor parte del tiempo fuera "inyectado" y contenido en una cama, concluyendo ella misma que la utilidad de la hospitalización fue nula y solo sirvió como un centro donde se mantuvo aislado:

"Madre: No! No! Porque estuvo poco tiempo y como le digo, muy poco tiempo, y estaba muy descompensado. Entonces en ese tiempo prácticamente, era tanto que pues tenía pequeños lapsos de lucidez y los demás días era inyectado y lo contenían en una cama. entonces en el fondo no le sirvió estar ahí para nada, solamente lo pudieron tener.

Como una estadía, como una estadía ¿pero no como un tratamiento?

Madre: justamente como estadía. Pero no fue nada positivo para él". (4.02, madre)

Modelo códigos más frecuentes: Condensación

Finalmente, se análisis en su basta complejidad el fenómeno estudiado a través de los 10 actores involucrados de distintas áreas e incluyendo al NNA y su madre, con los documentos políticos y legales vigentes hoy en día en Chile. A partir de esto primero se decide incluir todas las categorías superiores, en el mapa conceptual (Anexo N°15), se puede apreciar que el ancho de la conexión de las categorías con el documento que dice "todos" es distinto y es proporcional al peso que tiene la categoría desde una apreciación cualitativa, se eligen criterios como la relevancia de la categoría, el énfasis que le atribuyen los actores a ciertas temáticas, etc. Otro elemento relevante que se muestra es la contraposición de los documentos con la realidad mostrada por los actores, esto se refleja en algunas categorías donde se muestran dos códigos de esta.

De la categoría superior ético/jurídica se destacan tres categorías y una subcategoría: "poder de la normativa", "derechos humanos" con su subcategoría "relatividad de la vulneración" y "dignidad humana". Del "poder de la normativa" se destaca que entre los actores y los documentos hay una incongruencia en cuanto a la aplicación del modelo, esto debido a que los documentos recomiendan "un sistema concordante con las características propias de las distintas etapas del desarrollo adolescente, así como contar con profesionales capacitados para abordar las distintas enfermedades tanto agudas como crónicas, y con necesidades de cuidados especiales" (Programa adolescente. 2018). Para los actores esto no es viable ya que al internar a un NNA de manera involuntaria en una unidad de psiquiatría adultos no existen personal que este capacitado ni el ambiente propicio para los NNA, esto es visto como una medida de castigo más que terapéutica en ese sentido, ya que se le expone al NNA a situaciones no acordes a su nivel de desarrollo:

"la discriminación estructural como esto que no tengamos profesionales formados para atender la salud mental de niños niñas y adolescentes y que sigamos con el paradigma más bien disciplinario, más bien punitivo esto que se ve ante el juez y el juez termina tomando la decisión". (02.11, Salud)

De los derechos humanos, podemos mencionar que la principal vulneración de derechos de los niños y la más graves, que los actores refieren, es el riesgo de que un adulto vulnere en la esfera de lo sexual a un NNA debido a la condición de gravedad que presentan los perfiles de personas que deben ser hospitalizadas en unidades de adultos. De esta categoría es interesante desprender la subcategoría "relatividad de la vulneración" donde actores institucionales, principalmente del área judicial, justifican su actuar argumentando que el bien superior del niño esta por sobre otros elementos que pudiesen perjudicarlo, como el personal no capacitado en NNA, elemento que fue mostrado como necesario y recomendado por los documentos, pero se percibe que aun así lo amerita la descompensación y gravedad aguda que presente un NNA.

Con respecto a la "dignidad humana" los documentos nos mencionan que *"La humanización de la atención en salud, hace referencia a una confrontación entre una visión que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otro lado, una visión que da la primacía al respeto por el ser humano, por su autonomía y la defensa de sus derechos". (PROGRAMA ADOLESCENTE, 23).* Además, se agrega en los documentos legales tales como la ley 21.331 donde se destaca a la dignidad como un elemento inalienable e indivisible del ser humano. Pese a estar establecido incluso en leyes, la mayoría de los actores refieren que la dignidad de la persona está sujeta al recurso limitado que se tiene en un sistema que no está hecho para recibir a NNA en unidades de adulto, por lo mismo esto queda en el discurso más que en la práctica:

"No se asegura, yo creo que la institución lo pregona y quienes los atendemos lo intentamos, pero la realidad es que el recurso falta, recurso humano y físico igual, para darles un trato más digno, que tengan más privacidad, que tengan más seguridad, más autonomía, facilitar que estén en familia presente" (03.20, Salud)

En la categoría superior "social" se destacan 3 categorías: "acceso a servicios", "adultocentrismo" y "medicalización". En el acceso a servicios los actores refieren que la necesidad de una atención terciaria surge a partir del poco manejo que los equipos interventores de NNA tienen al momento de abordar situaciones críticas como la suicidalidad. Esto nuevamente se contrapone con lo propuesto por el programa adolescente de atención integral (2018) que se mostró anteriormente. Por lo tanto, desde el inicio en la construcción del motivo de consulta para acceder a un servicio existe desconocimiento y la creencia de que el nivel terciario podrá resolver ciertas problemáticas, incluso sin tener a los NNA inscritos en atención de niveles previos (secundario y primario):

"por ejemplo para el abordaje suicida que es gravísimo, y a veces los equipos no están capacitados no conocen su Red, no conocen su red ambulatoria, Entonces lo que explota es la situación, la urgencia de necesitar una cama y cuando uno hace, para atrás la

historia resulta que ni siquiera a veces ha estado inscrito en el cesam" (4.01, judicial/proteccional)

El adultocentrismo se ve de manera transversal a lo largo de la ocurrencia de este fenómeno, siendo en primer lugar escasos los nombramientos de los NNA en leyes, políticas, etc. Cuando se menciona este aspecto surgen muchas dudas respecto a la aplicación de las normas como lo es la "autonomía progresiva" mencionada en la ley 21.331, se usa de sobremanera el argumento del "bien superior del niño" siendo un concepto que pareciera utilizarse a través de la percepción del bien superior desde el punto de vista de un adulto, más que desde una mirada global. En segundo lugar, es importante destacar que el abordaje de la niñez y la adolescencia en nuestro país tiene una significancia histórica muy potente desde la mirada proteccional, mirando a los NNA como un objeto de protección, antes que un sujeto de derechos, esto mismo es reflejado en las distintas reflexiones de los participantes, afectando la voluntad del NNA, priorizando las elecciones que los distintos dispositivos que intervienen crean que es lo mejor para el NNA, trayendo como consecuencia un desmedro en la salud del NNA en el caso de este fenómeno estudiado:

"No, pensando sobre todo en lo último que estamos abordando, la voluntariedad, que puedan expresar su opinión, sigue siendo como de un tratamiento de objeto de protección, no de sujeto de derecho y como que nosotros distintos dispositivos distintas instituciones estamos viendo y creemos saber cuál es el mejor, la mejor respuesta para lo que ellos necesitan, y la residencia dice hospitalizar, y el tribunal dice si hospitalizarlo en tal lugar, el hospital dice no mándaselo al Cosam". (4.01, proteccional/judicial)

La medicalización es otro elemento que surge en este fenómeno a partir de la búsqueda de la solución de un NNA disruptivo, con altas complejidades psicosociales, así lo dejan explicitado los participantes, donde se hace referencia a que esto se soluciona a través de acciones en salud como lo es una internación involuntaria. Por otra parte, cabe destacar que participantes del ámbito de salud también dudan respecto al resguardo de derechos de las personas al momento de tener que atender y que no haya voluntariedad

en las acciones de salud que se deben hacer en la institución, esto debido a que se percibe como un mandato desde el modelo biomédico el primar la atención en salud por sobre la voluntad de la persona:

"Entonces todo ese discurso de esto que es tan grave, tan inmanejable, tan complejo, lleva a que las maneras de abordar eso no sean a través del respeto de los derechos humanos, no sean con el resguardo de su integridad física y psicológica, sino todo lo contrario eh recurriendo por ejemplo a la medicalización excesiva pese a no estar profesionalmente indicada" (02.10, gubernamentales/políticos)

En la categoría superior "repercusiones en salud" se destaca la "proporcionalidad" y la "autonomía". En cuanto a la proporcionalidad, es importante destacar que los actores y documentos tienen visiones no mancomunadas, los actores judiciales perciben que el riesgo/beneficio de esta acción vale la pena con la argumento de que prevalezca la vida por sobre un ambiente seguro, los documentos estipulan que las medidas extremas como contenciones y hospitalizaciones involuntarias asumen un rol de pérdida de la autonomía buscando a cambio la seguridad y el abordaje del riesgo vital, sin embargo esto se contrapone con la visión de los actores de salud donde refieren que el beneficio es para los equipo intervinientes fuera del hospital ya que no tienen al NNA que no pueden intervenir de manera eficiente, esto también queda demostrado en el discurso de la madre (dirigirse a análisis anterior) donde por una parte refiere tranquilidad al tener a su hijo en una unidad de hospitalizados pero por otro, reconoce que su hijo lo pasó muy mal y que no lo benefició. Por lo tanto pareciera que para actores que intervienen de manera más periférica hay una percepción más beneficiosa de quienes atienden esta situación en el día a día:

"el beneficio está en que el resto de la red no está capacitado, no tiene los recursos, por lo tanto, ya, puede ser que se logra un ajuste de fármacos de manera más directa, se puede observar mejor, los efectos adversos, hacer cambios más rápido, pero ese sería como el beneficio más visible pero el resto de los beneficios son para las otras personas,

creo yo, más que para el usuario, el resto queda tranquilo de que el chico está ahí encerrado". (03.20, salud)

Finalmente, la autonomía es entendida para todos los actores como la voluntad del NNA y como esta puede expresarse o no en distintos niveles y tiempos en este fenómeno en particular. Todos los actores y documentos coinciden en que la autonomía se ve afectada cuando se habla de una hospitalización involuntaria, lo que varía es la acciones trascendiendo desde esta primera premisa, por lo que algunos jueces dicen entender que la autonomía puede depender de la temporalidad en la intervención, por lo que en una primera instancia se utilizará el argumento de el "bien superior del niño" cuando este no pueda tomar una decisión pero para cuando el juez crea que puede tener una nueva audiencia con el NNA si escuchara su parecer y podría respetarlo. Algunos actores de salud reconocen que la autonomía en el instituto psiquiátrico está supeditada al modelo biomédico, tal como se hacía referencia anteriormente, por lo que lo que allí prima es las acciones medicas antes que la autonomía de la persona. es interesante destacar que del NNA la referencia a la autonomía en la entrevista esta solo referida a través del contraejemplo, por lo que da ejemplos de acciones que le quitaron autonomía como las contenciones o la falta de actividades adaptadas para él.

Línea de tiempo: Transito del NNA a una UHCIP-A

La última parte del análisis de los resultados en el estudio de esta AFE es poder ahondar en el recorrido que hace el/la NNA desde que se pesquisa la necesidad de hospitalización, hasta el abordaje de este una vez hospitalizado en una de las unidades de psiquiatría adulto del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak. Para esto me apoyare en la línea de tiempo (Anexo N°16), adjuntada en los anexos.

Para una mayor comprensión de esta línea de tiempo, paso a describirla, primero se puede apreciar una línea punteada curva que nos guiará por el recorrido de este NNA, esta línea tiene 6 hitos importantes donde en un punto ocurren dos simultáneamente, cada hito tiene ennegrecida una frase que se ira desarrollando como la idea principal que lleva a que ocurra el hito, además debajo de esa frase hay ideas punteadas que explican

la causa de la ocurrencia de la frase ennegrecida, por lo que en estricto rigor esas ideas irían siendo la “causa de la causa” ya que son determinantes más estructurales. Finalmente, debajo de esta línea con un tamaño más grande y de color gris esta la palabra “transversal” con tres conceptos vinculados, estos serán nuestro “telón de fondo” que pueden darle una explicación lógica a la ocurrencia del fenómeno y podría llamársele “la causa de la causa de la causa” como algunos autores mencionan con respecto a las determinaciones sociales.

CAUSA

El motivo por el cual ocurren hospitalizaciones de NNA en unidades psiquiátricas de adulto en el instituto psiquiátrico Horwitz Barak está determinado por factores que son más bien dependientes de la solución que les puede dar la red pública, más allá de responder a la propia necesidad del NNA. Tal como se expuso en el marco teórico, existe escasa oferta de hospitalización para los NNA en todas las regiones, a esto se le suma la distribución no homogénea de estas camas y que la implementación del modelo de salud mental comunitario no es homogénea a pesar de haberse iniciado hace más de 20 años.

A esto se le suman las creencias en salud que tienen los distintos actores respecto a las respuestas de problemáticas en salud mental, por otra parte, se evidencia el escaso manejo de situaciones complejas en NNA. Por todo lo anterior, pareciera visibilizarse más a un perfil específico de NNA que requiere una hospitalización, esto lo pueden evidenciar los participantes:

“La mayoría de las veces son personas que están en una situación de precariedad psicosocial muy importante, que vienen de una familia muy disfuncionales, que hay situaciones de abuso, de maltrato previas, donde hay un ambiente que favorece a acceso de droga, a la vía delictual, maltratos, calle, entonces tiene que ver con un ambiente muy privado esa es el principal factor, la privación ambiental”. (3.20, Salud)

“A ver, generalmente son casos de, son niños que vienen muy dañados producto de delitos, por lo menos esa es mi experiencia, que vienen dañados producto de delitos de connotación sexual, son niños que a partir de esas experiencias desarrollan una serie de

enfermedades mentales, que se parte siempre con tratamiento ambulatorio, incluso internación en unidades para niños, para menores de edad, de corta estadía y cuando eso realmente no funciona terminan derivándolos a la unidad de adultos, esa es como el camino”. (1.03, judicial/proteccional)

En ambos códigos se evidencia el perfil de un NNA que ha sufrido las repercusiones de la vulnerabilidad estructural presente en nuestro país, cabe destacar que en el segundo código se evidencia esta creencia de salud antes mencionada con mucha potencia, en primer lugar porque existe una percepción explicitada de que la hospitalización de adultos es para personas con mayor complejidad que los NNA, lo cual va demostrando que persiste un modelo hegemónico en torno a los adultos, y en segundo lugar porque se visualiza la hospitalización como un “camino” que debiese recorrerse y no como una medida tomada de “ultima ratio”. Esto también lo evidencian los participantes a continuación:

“...tu debieses ofrecer y velar por que se cumplan todas las otras posibilidades antes de decretar una internación de hospitalización cerrada, eso debiese ser la medida de ultimo ratio cuando no existe ninguna otra, ningún otro servicio que pueda entregar esa contención que el NNA requiere y por el menor tiempo posible, van con una serie de resguardos, situaciones no cierto... pero eso no ocurre, no, no ocurren en la realidad”. (2.10, político/gubernamental)

Con este perfil determinado, donde influyen las creencias en salud, sumada a la falencia del sistema de salud mental en Chile, se gesta la causa de hospitalización para el/la NNA, por lo que a partir de este punto no tendremos una voz del NNA explicitando el motivo por el cual requiere una hospitalización, serán solo los adultos quienes tomen esta decisión en pos del “bien superior del niño”, esto lo reconocen los participantes con una mirada más crítica, donde se establece que efectivamente no se les considera a la hora de tomar decisiones sobre sus propias vidas:

“...en materia de derechos de infancia y de la adolescencia tiene muy pocas nociones sobre cómo efectivamente garantizar el interés superior la participación de los niños, niñas , adolescentes en los procesos, no se les toma mucho en consideración, los jueces toman medidas desde una perspectiva muy adultocéntrica pensando en que eso va a ser

lo mejor para el niño, niña y adolescente, Sin tener conocimiento en el tema y pedir apoyo por ejemplo, orientación por parte de profesionales que te pueden informar sobre eso porque los jueces evidentemente no saben de todo y además sin incluir a los niños, niñas, adolescentes y sus familias por ejemplo”. (2.10, político/gubernamental).

A partir de este punto podemos establecer que tenemos una segunda instancia donde se perpetua el adultocentrismo y se reafirma la idea expuesta anteriormente.

MOTIVO DE CONSULTA/PETICIÓN JUDICIAL

Estos dos hitos ocurren de forma paralela al generarse esta “causa” problemática para la red de apoyo del NNA, se genera un “motivo de consulta” construido por los adultos intervinientes y muchas veces, sobre todo cuando el NNA es parte de algún servicio proteccional, en estos casos se acude directamente a los tribunales de familia para realizar una “petición judicial” donde se explicita la necesidad de cuidado 24/7, el abordaje especializado, compensación psicopatológica, riesgo inminente de vida, etc. Esto se reafirma en la condensación de significados de los actores, donde se hace referencia a que le NNA es “inmanejable, tan complejo”, lleva a que su abordaje no sea respetando los derechos humanos ni el resguardo físico o mental.

“por ejemplo para el abordaje suicida que es gravísimo, y a veces los equipos no están capacitados no conocen su Red, no conocen su red ambulatoria, Entonces lo que explota es la situación, la urgencia de necesitar una cama y cuando uno hace, para atrás la historia resulta que ni siquiera a veces ha estado inscrito en el cesam”. (4.01, judicial/proteccional)

“porque el juez recibe información habitualmente de los adultos que están a cargo y no necesariamente del menor o de equipos clínicos que evalúan al menor y por lo tanto, son familias que no logran ... generalmente con familiares disfuncionales que no logran un manejo adecuado del paciente”. (03.20. Salud)

Lo expuesto previamente ratifican la idea de un abordaje deficiente por parte de la red donde se explicita que hace falta capacitación para estos equipos, además estos mismos equipos muchas veces desconocen el funcionamiento de la red tanto es así que los participantes explicitan que los NNA muchas veces ni siquiera están inscritos en la red de salud, por lo que no están visualizados desde el sistema de salud público. A esto se le suma la situación de emergencia lo que culmina en la necesidad de “una cama”.

Cabe destacar que en todo momento en estos códigos seleccionados que representan el general de los hallazgos en esta área, hacen referencia a la necesidad de abordaje de los adultos hacia los NNA, y no la necesidad explicitada por los NNA. Esto tiene como resultado acciones que no siempre están en línea con el resguardo y promoción de los DDHH, En un código expuesto en la condensación de significados también se puede ver explícitamente acciones medicalizante, con una lógica de aplacar un síntoma que no se tiene certeza de la real necesidad ya que no es indicada profesionalmente y además tampoco se evalúa previamente otros factores por la poca capacitación de los equipos proteccionales.

Esto último genera una visión biomédica de las problemáticas sociales, donde no se toma en cuenta las grandes dimensiones que hacen de esta problemática este presente, logra ser reconocido por los actores, mas no integrado a la hora de buscar la intervención más efectiva y pertinente:

“después por otra parte efectivamente los NNA sus situaciones escalan a tal punto en donde muchas veces si requieren ese abordaje... tan cómo, de última instancia por decirlo de una manera, porque nunca en su vida literal, han recibido la atención en salud mental que necesitan, entonces por supuesto que también estas situaciones aumentan, aumentan con el paso del tiempo, aumentan con la edad, las diversas situaciones de vulneración de derecho, tienen problemas conductuales muy complejos, pero claro tu a la hora de hacer preguntas, es una niñez que nunca ha estado ni en un programa de reparación”. (02.10, Político/gubernamental)

Por otra parte, desde tribunales observaremos que intervienen a través de la petición de programas proteccionales, con la visión de los adultos a cargo de este programa con el argumento de salvarles la vida:

“... el SENAME, hay una gama de oferta programática que va de menor complejidad a mayor complejidad, y los de mayor complejidad son los que tienen a los chicos con consumo problemático de droga y con problemas de salud mental serio y trauma complejo, por lo tanto, estos programas son los que a través de la directora, director y la dupla psicosocial le piden al tribunal por escrito o derechamente van al tribunal a tocar el timbre cuando es muy grave, con el chiquillo que lo encuentran pidiendo que por favor se lo ingrese a la unidad de contestación como un recinto hospitalario, para que, en pocas palabras, para salvarle la vida”. (1.02.3, judicial/proteccional)

Este argumento de “salvarle la vida” al NNA tiene como única vía de solución,³ la hospitalización, es decir, medicalizar un problema que no es abordable por el equipo interviniente, esto también lo visualizan algunos actores, donde reconocen que la corta estadía como medida que saca al NNA de la vulneración o la “aspirina” haciendo alusión a ser una solución que aplaca el síntoma, pero no la causa:

“la mitad de los casos que posteriormente yo la única forma de interrumpir la vulneración de derechos es sacarlos de grupo familiar, estabilizarlo en corta estadía y mandarle a una residencia ya. Ahí yo me garantizo de que en la vulneración de derechos se corte el problema es que por el sistema residencial proteccional en Chile no es bueno, por decirlo de una manera elegante”. (1.02.3, judicial/proteccional)

“La corta estadía es la aspirina para bajar la fiebre para poder yo trabajar con ese niño. Por lo tanto, si a mí me funciona el corto estadía y yo logro estabilizar a ese niño o adolescente, me contestaría yo voy a necesitar un programa fuera que funcione para que pueda seguir trabajando con él.

Y ¿eso es lo que falla?

Es lo que falla actualmente los programas no son buenos”. (1.02.3, judicial/proteccional)

A pesar del entendimiento de los jueces con respecto a la utilidad real de una hospitalización psiquiátrica y normativas como la Ley 21.331 artículo 11, donde se explicita que la hospitalización es una medida excepcional, los actores de este tramo (judicial/proteccional) han utilizado esta medida de “ultima ratio” como primera medida por las referencias que realizan los adultos intervinientes, cabe destacar que algunos integrantes hacen la salvedad de dividir los momentos en los cuales ellos deciden por sobre los NNA y cuando se acercan a ellos a tomarles su parecer:

“...los casos en que yo estimo necesario que haya una y tiene que haber una internación por riesgo vital, no hay una contrariedad por parte del niño, niña o adolescente. Y también me he preocupado en esos casos de posteriormente conocer la voluntad del joven”.
(1.02.3, judicial/proteccional)

Para finalizar esta etapa, es importante englobar que esta necesidad de los equipos intervinientes, lo que se suma a la utilización del poder judicial, generan esta orden de hospitalización como primera medida ante un sistema de salud que no tiene la capacidad de otorgar atención oportuna y pertinente:

eso me lleva a decirte que no hay una política estatal, no hay una política pública, no hay una, eh, no hay una infraestructura que está destinada a otorgarle atención preferente a este tipo de niños, niñas y adolescentes que requieren este tipo de intervención no existe.
(1.02.3, Pos. 50)

BUSQUEDA Y RECEPCIÓN

Una vez establecida la orden de internación involuntaria por parte del juez, algunas veces se requiere uso de fuerzas públicas, en Santiago tenemos una comisaría especializada en estas temáticas, es la 48va comisaria de infancia y familia, a continuación, se muestra como en esta etapa de tránsito entre el dictamen y el ingreso a un establecimiento de salud para que el NNA sea internado, presentan distintas dificultades que interfieren en el cumplimiento de la orden.

“yo cuando tomo conocimiento cuando hay una orden judicial de este tipo la saco de inmediato a circulación, o al día siguiente o dependiendo obviamente de los tramites que tenga en la población para cumplir, pero generalmente esto se le da mayor prioridad por la relevancia que tienen estos casos. porque generalmente se solicita la internación por el consumo problemático de drogas”. (30.4, judicial/proteccional)

“lo que se habla y lo que el tribunal siempre solicita, siempre va a ser privilegiando que la integridad física y psíquica de los niños niñas y adolescentes, eso es lo primordial, en cuanto al traslado que no se genere un impacto tan grande a ellos que van, que son sacados de sus domicilios, y son trasladados a un centro psiquiátrico en este caso”. (30.4, Judicial/proteccional)

Hasta este punto es importante recalcar que en lo discursivo existe una alta prioridad con estos NNA, consciente de las repercusiones que puede causar una búsqueda y recepción violenta por lo que se privilegia la integridad física y psíquica, se menciona también cuando se utilizan implementos de seguridad pública, dependiendo de lo que ellos cataloguen como más o menos complejo según el caso:

“cuando esto pueda traer alguna consecuencia en su integridad física o como la de carabineros o del algún tercero, cuando ya se ve que se atenta contra su propia integridad física, nosotros hacemos uso de las esposas”. (30.4, judicial/proteccional)

“claro pero una vez ya en el carro policial cierto, se toman todos los resguardos en los seguros de niños, va con un personal, un carabinero atrás, una patrulla va en compañía, se va la compañía atrás del carro policía porque ellos van en la parte posterior de los asientos y ahí se los acompañan y si van esposados ya su movilidad se ve mucho más reducida en caso de que no quieran cooperar, por ejemplo”. (30.4, Judicial/proteccional)

“nos ha pasado a veces que, conforme a la narrativa, cierto, de lo que diga la orden judicial, decimos no, mejor mandamos a más gente vamos a mandar 2 patrullas ¿por

qué? Porque el adolescente es conflictivo y no quiere cooperar, podemos mandar más de una patrulla en caso de que nos suscite algún problema en el traslado”. (30.4, Pos. 12)

En estos contextos los NNA son llevados a los centros de salud que en su mayoría de las veces está estipulado por la misma sentencia, sin embargo, al ingresar a estos servicios se encuentran con dificultades y cuestionamientos o trabas de parte del equipo de salud, tanto así que los involucrados la han referido como “ir chuteando” al paciente, haciendo referencia de evitar ingresarlos aun teniendo una orden judicial. A esto se le suman las condiciones de espera en un servicio de urgencia, por ejemplo, o la categorización de baja “urgencia” lo que aumenta sus horas de espera. Esto muchas veces culmina en no lograr internar al NNA receptado o internarlo al 0gran costo de haber tenido que esperar por horas o pasar por varios centros asistenciales.

“Porque muchas veces no tienen cupo... si... varia porque cuando no hay cupo, nosotros llamamos a tribunal, el tribunal dice no, tienen que recibirle al adolescente y ahí empieza una... chuta ya al doctor, por favor se dispone que usted tiene que recibirlo y ahí es, no es que aquí no hay cupo, lo derivan a otro hospital, nosotros vamos con el adolescente a otro hospital, se vuelven a hacer las consultas y ahí muchas veces claro eso demanda tiempo, aquí tenemos funcionarios que se han tenido que quedar una noche completa para quedarse custodiando al adolescente hasta su atención”. (30.4, judicial/proteccional)

A estas situaciones algunos actores, por un lado, muestran como es el recorrido del NNA, en este caso se explicita el de un NNA que está bajo el cuidado del Estado a través de mejor niñez. Se puede observar en el relato que la consecuencia de haber recorrido varios centros de salud es que finalice su recorrido en una unidad psiquiátrica de adultos. Por otro lado, los actores hacen propuestas a poder mejorar este tipo de ingreso con comunicación más fluida, dando como resultado que el proceso de la hospitalización de los NNA fuere menos vulneratorio:

el equipo de la residencia lo llevaban al R., a la urgencia, lo llevaban a la urgencia del Horwitz, a la urgencia de S..., que también es de su territorio Norte y en ninguno, y en ninguno lo ingresaron, uno por la edad, uno por el diagnóstico, otro por temas de cupo que eso también es súper presente este tema de que no hay disponible camas y siempre es que no hay “camas”, después de todo un peregrinaje por todos esos finalmente desde la urgencia del Horwitz deciden ingresarlo igual ingresarlo al Urgencia atenderlo y dejarlo hospitalizado En adulto (4.01. Judicial/proteccional)

“Yo no sé si tendría que existir un mail o un nexo entre los tribunales de familia, los centros asistenciales, para que ellos llamen y consulten si hay cupo la verdad, yo desconozco cierto cuál es el proceso. Desde que un juez dice ya está adolescente tiene que ser ingresado, entonces el hospital es de alguien un cupo y que se ingresa, no sé si hay un nexo entre ellos para que estén esperándolo o no, no lo sé. Entonces yo creo que ahí sería importante, ¿cierto? Ver la atención prioritaria para los adolescentes que van cierto, por una resolución de un juez para la atención médica. (30.4. Judicial/proteccional)

De esta etapa se puede concluir que no existe un cuestionamiento por parte de estos actores encargados de la búsqueda y recepción del NNA, ni si su actuar o la decisión de los tribunales es vulneratorio para ellos. Existe una marcada presencia de actores policiales en esta etapa, donde probablemente por su formación están habituados a seguir el mandato de lo que dictamine quien representa la ley en este caso. En ese contexto se hace difícil para estos visualizar la visión de los adultos hacia los NNA. Existe una percepción centrada en que la problemática se resolverá porque es un problema biomédico, el trato explícito hacia los NNA haciendo ver que “necesitan atención medica” hace interpretar que existe una marcada creencia en estas instituciones sobre el abordaje de los NNA psicosocialmente complejos.

INGRESO

Las últimas dos etapas de este trayecto están marcadas por actores de salud que reciben estos NNA con orden judicial, por lo que hay una mirada más crítica hacia el sistema que se implementa a la hora de tratar abordar problemáticas complejas de los NNA, también

se podrá leer las grandes problemáticas que esto conlleva al entorno directo de las unidades afectadas.

Los actores explicitan que muchas veces se ingresa a un NNA por sus problemáticas más conductuales que por cumplir criterios técnicos de requerir una hospitalización, esto perpetúa la percepción medicalizada de estos centros de atención, donde se cree que problemas que no son exclusivamente de salud puedan verse totalmente resueltos en centros de salud.

“Sobre todo del área del SENAME y las razones por las cuales han tenido problemas con las UHCIP por ejemplo es que desde las demandas de las residencias por ejemplo tribunal accede y decreta el ingreso de un NNA a una UHCIP pese a que no cumple con los criterios técnicos para acceder a una hospitalización cerrada, sino que son más bien situaciones de tipo conductual que no debiese ser manejado de esa manera, esa es una denuncia bien que se ha hecho como bien consistentemente”. (02.10. Político/gubernamental)

A continuación, se presenta un caso donde el NNA también podría presentar criterios para ser hospitalizado según los actores involucrados, sin embargo, en el mismo relato se explicita el precipitante y persistente de las acciones disruptivas, sin poder visualizar un problema que no se resolverá mediante una hospitalización si no que más bien cambiando el contexto social en el que el NNA este envuelto.

“a diferencia de este otro chico que te comenté, en este caso puntual, era la solución ya que estaba muy agresivo y lamentablemente, en esta residencia en la que estaba, en la que entraba y salía, estaba muy agresivo con otros niños y los cuidadores, y las veces que salía iba a la casa que vivía anteriormente con la mamá y la hermana y se ponía muy agresivo al punto de amenazarlas con cuchillo, al punto de intentar agredirlas con el cuchillo, al punto de enterrarse un cuchillo, al punto de matar animales de la casa. La familia y la residencia, la familia estaba muerta de miedo porque sabían que cada vez que el chico se escapaba iba a la casa violento porque estaba enojado porque estar en

una residencia y a la vez los de la residencia sabían que cuando el volviera iba a estar enojado porque tenía que volver”. (1.03. Judicial/proteccional)

A esto se le suma el poder que ejerce el ámbito judicial en estas acciones, donde somete al sector salud sin importar la argumentación técnica que se presente. Esto ya fue abordado anteriormente, pero es importante recalcar que las acciones desde los actores judiciales siempre son justificadas por ellos debido a que argumentan hacerlo para resguardar el “bien superior del niño”.

“...entonces se le comunica al tribunal que el Horwitz tiene disponibilidad para recibir una persona y que pasa el tribunal lo decreta y derechamente se decreta la internación de este niño, en la corta estadía (...) es muy curioso, porque dice en la corta estadía de adultos del hospital Horwitz y listo, ingresa el niño y ahí que pasa, llega el Horwitz y dice que lo rechaza, porque dice este es un niño no puede estar acá. Entonces se opone al ingreso y manda algo así como un oficio al tribunal que dice que no es sujeto a atención de ellos y que se derive a tal lugar y el Tribunal dice algo así como que no, que en este minuto no hay ningún otro lugar y que ellos tienen cumplir, acatar la orden del tribunal”. (1.03. Judicial/proteccional)

A esto se le agrega el propio testimonio de los que deben recibir este tipo de orden más directamente, se puede apreciar como los actores de salud no tienen claridad con la pura orden judicial de que se trata el caso ni como se constituyó un motivo de consulta para ordenar hospitalizar al NNA, solo se estipula estabilizarlo e incluso existe la percepción de que se utiliza esta herramienta para protegerlos. Cabe preguntarse de esta última palabra si se quiere proteger al entorno o al NNA, por todo lo expuesto anteriormente pareciera que la decisión va más ligada a proteger a los adultos y su entorno.

“La mayoría de las que yo he visto al menos, aparece una orden de hospitalización inmediata, puntualizando el establecimiento, además puntualizando el lugar en este caso el hospital psiquiátrico, en el fondo sin exponer... solicitando evaluación, tratamiento y

derivación de acuerdo a lo que sea necesario. No ponen límites, mínimos de tiempo de hospitalización, no dice 30 días, no, dice intérnelo y estabilícelo”. (03.20. Salud)

“Unos son pacientes psicóticos, con primer episodio psicótico, generalmente varones, suelo atender y que ingresan llevados por los familiares a partir de los síntomas y que se ingresan de forma involuntaria por estar en un riesgo hacia sí mismo como a terceros por episodios agresivos o auto agresivos o porque están con un juicio demasiado nublado para tomar alguna decisión coherente. Y el otro contexto son pacientes internados por orden judicial, por orden de un juez, ordenado por algún juzgado de familia que ordena la internación involuntaria, habiendo o no habiendo familiares, como medidas de protección en su mayoría”. (03.20. Salud)

Con estos elementos de desconocimiento, poca coordinación intersectorial, cuestionamiento de la medida, etc. Se pasa abruptamente y casi involuntariamente por los equipos de salud, al proceso de hospitalización en sí, lo cual se desarrollará a continuación.

HOSPITALIZACIÓN

En esta etapa se presentan los choques entre el contexto de una hospitalización psiquiátrica de adultos y las propias adaptaciones que debe realizar la institución para asegurar lo necesario para la entrega oportuna y segura de atención en NNA. Por lo tanto, en esta etapa se puede observar como el mundo adulto dialoga escasamente con el de los NNA, los riesgos inherentes que eso conlleva y la institución intentando evitarlos lo máximo posible.

Sumado a lo anterior, los actores miran críticamente la indicación de internación involuntaria, reafirmando la idea de que lo que realmente falla es el contexto psicosocial de los NNA, mas que su cuadro clínico. Es por esto que se asume a priori en estos actores que este proceso es medicalizante en si mismo ya que buscan darle solución a un problema social.

“Es decir, por falencias de los lugares donde debieran estar siendo tratados como eso no funciona terminan donde están, por lo tanto, no es atingente en sí misma, no es por un criterio clínico, sino que, con un criterio psicosocial, entonces con los judiciales creo es más frecuente, muy frecuente y en los pacientes psicóticos uno ve que efectivamente son necesarias las hospitalizaciones y esas si son atingentes”. (03.20. Salud)

La principal crítica de los actores de salud es que ellos no están formados para la atención de NNA, esto no solo afecta en la falencia en cuanto al conocimiento técnico, sino que también en el abordaje práctico de los NNA, se reconoce que los NNA son una etapa evolutiva distinta a los adultos sin reconocer a cabalidad de que se trata esta etapa ni las formas de abordaje, esto inevitablemente se traspasa a todos los estamentos del equipo:

“Somos todas personas que estamos formadas en la atención de adultos, por lo tanto, igual para nosotros, para todos nosotros es complejo ¿por qué?, porque estamos usando, o sea a ver, en nuestra experiencia en que tratamos farmacológica, por ejemplo, el craving, que trabajamos para el manejo del craving de un adulto, no de un adolescente, ya eh, por eso es que parece que es complejo tener adolescentes internados”. (03.23. Salud)

“Es muy complejo. ¿Por qué? Porque es un adolescente, al margen de que sea que tenga algún problema psiquiátrico, es la adolescencia en sí, es una etapa de transición, entonces por lo tanto, con todas las características que eso conlleva... ya son personas que cuesta en algunos y generan muchos inconvenientes, porque bueno se están relacionando con personas adultas ya y que por lo tanto que no siempre van a entender la forma o el comportamiento que pueda estar teniendo este adolescente ya es complicado también por el personal, porque el personal técnico especialmente y auxiliar, está preparado para el trabajo con pacientes psiquiátricos adultos”. (03.23. Salud)

Posterior a esta crítica explicitada de los actores, estos también reconocen que se debe realizar una adaptación a este ambiente adultizado para recibir a un NNA en las instalaciones, más adelante se mostrara que estas adaptaciones además tienen la limitante del recurso escasamente disponible, como lo es el recurso humano en este hospital psiquiátrico. Además, se reconoce que como sistema de salud, los NNA que están entre los 15 y 18 años quedan sin acceso a salud garantizado debido a que no son recibidos en hospitales pediátricos ni en hospitales de adultos. A continuación, se explica el ajuste realizado por la institución al tener que recibir a los NNA:

“sí, como política del hospital el sugiere que tengan un cuidador especial, uno siempre lo indica en la ficha que sean evaluados permanentemente por el equipo en el día y en la noche por el médico de turno, el médico residente que lo evalúa y que ponga en el control que no ha pasado nada mayor y eso se hace, pero el tema de tener un cuidador especial, que es un técnico paramédico designado estar constantemente atento a lo que esté pasando con el paciente, en la práctica no se cumple justamente porque son pacientes agudos todos”. (03.20. Salud)

“las advertencias al equipo técnico profesional de los cuidados que hay que tener. Se le explica al paciente también que cualquier situación inadecuada de parte de otros pacientes que de aviso. Yo les pregunto también constantemente, no todos los días, pero les pregunto si no han tenido problema con otros usuarios o con el personal y entonces es eso y siempre también tratando de mantener el vínculo con la familia. Con video llamado, llamada telefónica, o visita”. (03.20. Salud)

Finalmente, estos actores reconocen que hay riesgos inherentes en este contexto tan específico de hospitalización de NNA en unidades de adultos, donde hay variables que es altamente probable que no puedan sortear y que eso puede llevar a un daño en el NNA, esto se transparente tanto al NNA como al adulto responsable. Esto puede ocurrir según los actores, independiente de los funcionarios trabajando en ese momento, por lo que se trata de un daño al NNA que se entiende implícitamente como algo inevitable. Sumando a la idea anterior el hecho de que es poco probable tener el personal mínimo

necesario para el funcionamiento, ya que además se cuenta con mucho ausentismo según lo explicitado.

“se le explica desde el día uno al familiar o al paciente y a la institución que esté a cargo de que la hospitalización tiene que ser corta, se explica inmediatamente a los mayores de edad que están a cargo del menor, de los riesgos de la hospitalización, que no está exento de riesgos, incluso habiendo mucho personal presente igual el hecho que haya otros adultos implica que haya riesgos”. (03.20. Salud)

“porque tenemos que buscar ya lo que decía un comienzo, tenemos que buscar el proveer de un cuidador especial a ese, a esa adolescente y a veces administrativamente no se puede porque no tenemos personal, ya que tenemos gente con licencia o tenemos cargos vacantes, en este momento tenemos 30, cargo vacante, tenemos también el hospital. Entonces con tanta gente menos, es difícil, por ejemplo, que llegara un adolescente”. (03.23. Salud)

Para concluir esta etapa, se puede observar un equipo de salud esta subyugado a lo estipulado por un poder externo al de la institución, se observa frustración y poco reconocimiento de la importancia del conocimiento técnico de los equipos de salud en la intervención propia de su quehacer. Se repite nuevamente la percepción de que estas resoluciones son para la comodidad de los adultos intervinientes mas que la necesidad misma del NNA

CONCLUSIONES DE LINEA DE TIEMPO

A lo largo del recorrido del NNA mostrado se puede observar un camino lleno de actores intersectoriales, de distintas disciplinas, con múltiples necesidades de coordinación. Ha quedado demostrado tanto en esta sección como en la anterior, que existe una descoordinación entre los sectores intervinientes, lo que va en directo desmedro del NNA. Por otra parte, se destaca en este recorrido que en ningún momento se pudo hallar una demanda explicitada por el NNA, por lo que la construcción del recorrido es a lo menos ejecutada y relatada en su totalidad por los adultos.

A lo largo del recorrido cabe destacar que los participantes no están distribuidos de manera homogénea, por ende en la línea de temporalidad y los relatos recolectados se dará a notar que en “causas” intervienen más bien los grupos judiciales/proteccional y políticos/gubernamentales al igual que en los hitos “petición judicial” y “motivo de consulta”, en el cuarto hito “búsqueda y recepción” el actor casi exclusivo es parte del grupo judicial/proteccional ya que son carabineros encargados de esta labor directa y finalmente en “ingreso” y “hospitalización” adquieren protagonismo los grupos de salud y judicial/proteccional (siendo mayoritariamente la/el curador ad litem o la integrante de Mejor Niñez quien interviene directamente en esta etapa).

Esto tiene relación debido a que a lo largo de esta línea de tiempo se da cuenta de que el problema principal emerge por la incapacidad de los equipos intervinientes de poder contener las descompensaciones de los NNA en el caso proteccional. Por lo que se hacen inabordables y se visualiza inmediatamente que su problema es psiquiátrico, es decir, se medicaliza el problema social y además con una mirada biomédica con la percepción de que se puede abordar y reparar estas situaciones en una hospitalización como única solución.

Por último, se da cuenta que existe un encuentro entre poderes, por un lado, está el poder judicial y por otro el poder médico, de los cuales en esta situación el sometimiento es hacia el poder médico por el imperio de poder que poseen los jueces y el miedo a las consecuencias legales que esto puede llevar si no se acata este tipo de órdenes. Esto despoja del poder médico una de sus principales atribuciones en este tipo de situaciones, decidir por criterios clínicos si la persona posee o no criterios de hospitalización, por lo que solo le resta acatar y adaptarse a lo que un tercero con mayor poder le comanda hacer.

Discusión

Los fenómenos tan complejos como los que se acaban de presentar en esta AFE, son necesarios de abordar de manera multidisciplinaria e integralmente. Se puede observar que, si bien existe una desintegración de la atención intersectorial, hay un proceso que pareciera repetirse en la mayoría de los casos, este se construye a través de las creencias de los intervinientes sin un dialogo entre sectores ni hacia el principal involucrado que es el NNA, estas ideas serán desarrolladas a continuación.

Estudios previos que se enfocan en este tipo de fenómeno han abordado la problemática de manera orientada a una sola disciplina, como la experiencia en Nueva Zelanda que grafica lo que vivencia el equipo de salud al tener que entender a un NNA en un servicio de psiquiatría de adultos, además de estar limitado a experiencias anglosajonas o europeas, aquí se especifica que los equipos de adultos deben asumir a un alto costo emocional el tener que atender a un NNA en una unidad de adultos, teniendo cuestionamientos éticos, no teniendo la certeza de que estén realizando un trabajo adecuado para cubrir las necesidades del NNA (4).

Los estudios previos (4,16,30,43,44) tienen la limitación de la visión disciplinar abordando la problemática de manera poco integral, en un problema que es multifactorial ligado a lo menos a temáticas en torno a los asuntos éticos, marcos legales de cada nación, modelos de atención específicos en servicios de salud mental y nociones nacionales respecto a las infancias y adolescencias. Por todo lo anterior hace falta aunar las distintas aristas de esta problemática para tener una visión holística del problema.

La desintegración del abordaje en las infancias ha sido una constante a nivel internacional. En nuestro país, el proceso mostrado es solo un ejemplo de ello, podemos enumerar muchos más, tales como la adopción, la integración escolar, el abordaje del consumo problemático de drogas, etc. Esto afecta directamente en el caso del proceso

estudiado, a un acceso en salud no concordante con la necesidad real del NNA, donde se utilizan mecanismos que no van en línea con la necesidad de salud del NNA y su entorno afectado.

Muy por el contrario, se ha demostrado que estos mecanismos de hospitalización involuntaria son utilizados como primera herramienta en algunos casos, para aplacar lo que un equipo de adultos no puede abordar, por lo que una vez más tal como se fue repitiendo constantemente en el análisis interpretativo de actores y la línea de tiempo, lo que observamos de fondo es una dinámica adultocéntrica que afecta directamente en la forma de acceder a salud para el NNA.

Desde una mirada más macro social, pareciera ser que las problemáticas en torno al mundo de los NNA no es una prioridad política, lo que sin lugar a dudas lleva a esta población que muchas veces es catalogada de “grupos especiales/de cuidado/ con mayores inequidades” queden perpetuamente catalogadas de esta forma ya que ni siquiera se logran instaurar instancias de dialogo intersectorial, que son tan necesarios en estas temáticas para avanzar al menos en coordinaciones entre adultos intervinientes.

Por consiguiente, la noción de que los NNA parecieran estar en una segunda categoría se va instaurando como un hecho, esto además se encuentra en la AFE, por ejemplo, la ciudadanía, dignidad y autonomía que pudiesen desde lo teórico parecer inalienables, no lo son para los NNA, con el argumento del adulto que vela por el “bien superior del niño”, sin una lógica a lo menos, de decisiones progresivas, mancomunadas o determinadas por un tiempo limitado como se recomienda internacionalmente en convenciones y leyes (incluso estipulado en la ley 21.331), se toman decisiones hacia los NNA sin ellos y que pueden tener repercusiones permanentes.

Respecto a la importancia de la participación y toma de decisiones de la propia salud, esta AFE podría estipular que los NNA que han pasado por este proceso refieren miedo, sufrimiento, no entendimiento de lo que ocurre, lo que conlleva a impactar directamente en sus biografías, haciéndolos posiblemente percibir que incluso las instituciones son

vulneratorias, lo que se reafirma al indagar en los documentos y contrastarlo con la realidad presentada. Esto tiene mucho sentido con lo estipulado en el marco teórico, donde se hacía referencia a que los NNA que vivenciaban este tipo de hospitalización probablemente se alejaban de las instituciones de salud por miedo y desconocimiento en un futuro (4).

Ahondando en el impacto que este tipo de hospitalización genera, podemos observar en los resultados del NNA y su familia (Anexo N°14), como se vivencia una inseguridad constante por ser vulnerado, espacios e interacciones que no van acorde a los lineamientos de programas y políticas ya establecidas e incluso no se alinean con la Convención sobre los derechos de los Niños (1,11,12). Esto hace que difícilmente este tipo de ambiente sea terapéutico y protector para un NNA, que es justamente lo que los adultos que intervinieron hasta ese punto buscaban.

Por lo tanto, el impacto de la poca participación y toma de decisión en las propias temáticas de salud de los NNA es justamente generar secuelas que pueden perdurar el resto de la vida, si bien se reconoce avances en otras áreas como la participación en el sistema proteccional, estamos al debe como sociedad en todas las otras áreas que interactúan con NNA.

Con respecto a la participación y toma de decisión de la salud propia tenemos evidencia suficiente y lineamientos que vienen desde el “*recovery*”, pero además desde los enfoques de derecho que tenemos que hacer valer como sociedad, un real ciudadano, que no es sujeto de protección si no que, sujeto de promoción de sus derechos inalienables, se hace protagonista de sus propios procesos y por ende responsable ellos. Esto es necesario entenderlo para poder implementar políticas y leyes ya instauradas en Chile, lo que hará respetar en primer lugar la equidad en salud y en segundo lugar la satisfacción usuaria como indicador de calidad en la atención de salud.

Adentrándonos en la lógica de toma de decisiones que se lleva actualmente, como lo es la perspectiva adultocéntrica, se puede notar que conlleva a reprimir las otras infancias

y adolescencias no esperada ni abordables por los adultos (29), llama la atención que la solución que ejecuten estos adultos sea a través de la medicalización, utilizada como un insumo de control y castigo, se puede observar en los resultados que los argumentos para hospitalizar son muchas veces por temáticas sociales que las transforman en el discurso a problemáticas médicas.

Cabe preguntarse si este proceso se lleva a cabo por la emocionalidad desbordada de los adultos intervinientes frente a una conducta de un NNA no abordable por ellos o realmente se cumple con criterios clínicos para estipular que tales conductas conlleven a una hospitalización que debiese ser una herramienta de “ultima ratio”. Según los resultados encontrados en esta investigación pareciera ser que predomina lo primero y que, por ende, todo lo que desemboca posteriormente es guiado de manera improvisada por una constante angustia de los que reciben este “caso” tan complejo.

Sumándole antecedentes a la idea anterior, en una primera instancia de esta AFE se buscaron protocolos institucionales, de los cuales carabineros explicita por ejemplo que no usan en ningún momento esposas, sin embargo, esto no se condice con el testimonio del funcionario entrevistado. También ocurre en el instituto Psiquiátrico que explicita no tener protocolo establecido para este tipo de atención, pero nuevamente, los participantes explicitan la idea contraria (Anexo N°5). Esto solo levanta más sospechas respecto a la forma de actuar de los adultos que están a cargo de estos procedimientos, siendo guiados aparentemente por lineamientos no institucionales.

Esto último no debiese producirse en un escenario chileno, donde tenemos un Plan Nacional de Salud Mental instaurado hace más de 20 años, con lógica territorial, comunitaria y escalonada en complejidad. Lo que hace evidenciar es que algo ocurre en la implementación de una política pública que debiese ser conocida por todo el intersector, además de haber canales de flujo de información más expeditos y con lineamientos en cuanto a la perspectiva de derechos de las personas que no debiese ser cuestionado ni vulnerado en ningún momento.

Por lo tanto, según lo expuesto en cuanto estas sistematizaciones “en el papel” existentes y en contraste con las acciones guiadas mas bien por la emocionalidad, no dan respuesta a un elemento medular en la atención de las personas, que es la equidad en salud. Con esto se hace referencia a la equidad desde su entendimiento ético, por lo que lo que en realidad ocurre de fondo es que a los NNA no se les entrega una atención acorde al grupo que pertenece y ni siquiera acorde al resto de la población, si no que por muy debajo de lo esperable.

Otro aspecto importante para considerar respecto del abordaje adultocentrico con resultados medicalizantes, es la visión perpetuada del modelo biomédico, en este caso manifestada por soluciones biomédicas a problemas sociales, algunos participantes ven la hospitalización como única solución frente a esta problemática, con una lógica aun proteccional e incluso de “salubridad” como lo entiende el Código Sanitario (18). Esto se perpetua no solo en actores que no son del área de salud, si no que, además, los participantes de salud reconocen que por ejemplo la institución en que trabajan es de un enfoque biomédico, por lo que las prestaciones que se entregan están ligadas directamente a la acción farmacológica y sus cuidados. También llama la atención que este grupo de actores vea difícil la aplicación de una atención con enfoque en derechos, como si esto fuese opcional o incluso accesorio.

Es destacable en esta AFE el haber logrado una amplia gama de entrevistados, lo que permite aseverar que hay una amplia integralidad en la visión de esta problemática, donde además se evidencia por distintas fuentes la falta de nexo entre instituciones. Este estudio puede contribuir a mejorar y plantear bases para políticas públicas centradas en las necesidades de los NNA con enfoque en derechos de los niños e integralidad.

La principal limitación de esta AFE fue que mediante fue avanzando fueron apareciendo más actores involucrados no planificados en el proyecto inicial, esto es debido a que el proceso que se describe puede ser mucho más variado de lo que aparenta, por lo que vale la pena explorar probablemente a través de las distintas instituciones que alojan a estos actores para recolectar mayor información.

Cerrando este capítulo, es importante recalcar que debido a la nueva ley de salud mental (Ley N°21.331), los juzgados de familia tendrán que recibir cada vez mas de estos casos, los cuales por lo evidenciado en esta AFE no cuentan con el suficiente recurso humano capacitado en salud mental para dar respuestas acordes al sistema de salud mental público que poseemos, una alternativa a esta problemática sería instaurar juzgados de salud mental como ocurre en otros países tales como en Inglaterra, no se profundizará en esta temática más allá debido a que habría que hacer una evaluación multifactorial de la conveniencia de este tipo de instituciones en nuestro país.

Para finalizar, es un hecho que esta problemática está lejos de terminar, ni siquiera con el escenario pandémico se detuvo, muy por el contrario siguió aumentando (Grafico N°1), por lo que se hace necesario poner en el centro el bienestar de los NNA y la preocupación real a través de la implementación de las políticas que ya existen, pero además es necesaria la voluntad política para aunar a los distintos sectores intervinientes que logren dialogar y sistematizar procesos tan críticos como los que abordo esta AFE.

Conclusiones

Los hallazgos principales de esta AFE logran evidenciar un recorrido del NNA que pasa por múltiples actores y sectores que no dialogan entre sí, por lo que queda de manifiesto que el NNA es perjudicado por una atención desintegrada. Esto se contrasta con los documentos analizados, exponiendo que existen lineamientos generales para el abordaje que pueda garantizar equidad, acceso y un trato digno, sin embargo, al momento de implementar estos documentos no ocurre lo establecido allí.

El recorrido de los NNA en este proceso queda plasmado en la línea de tiempo “tránsito del NNA” (Anexo N°16), donde se observa un recorrido tortuoso, lleno de actores de distintas disciplinas, que en primer lugar construyen el motivo de consulta del NNA, esta es reafirmada posteriormente por el poder judicial, el cual ordena a través de fuerzas de orden público la captura y traslado del NNA a un recinto de salud, los actores protectores propician en todo momento este actuar argumentando que es por el “bien superior del niño”, al momento de llegar a la institución de salud hay un doble impacto, ya que el personal de salud debe por sus lineamientos éticos intentar brindar la mejor atención y con los lineamientos de derechos atinentes al caso. Por otro lado el NNA debe pasar su estadía en un lugar no adaptado para NNAs y con el temor de ser vulnerado por adultos que mentalmente se encuentran inestables.

El recorrido nos muestra como existen interacciones entre lo judicial, cultural, ético y como esto desemboca en que el área de salud deba dar resolución a estas problemáticas que muchas veces tienen origen en lo social mas que en lo puramente psiquiátrico, siendo lo segundo un argumento utilizado como primera causa para muchos de los actores (protectores, judiciales, etc), sin lograr observar la panorámica completa de la situación que vive el NNA.

De este proceso se evidencia una lógica adultocéntrica al momento de analizar los distintos actores involucrados, teniendo dificultades para integrar temáticas como la participación, atención con enfoque de derechos, autonomía, limitándola a un espacio limitado por la “condición” grave y poco manejable por ellos mismos.

Siguiendo con las percepciones y acciones que logra evidenciar esta AFE, los actores además actúan con una lógica medicalizante, en el sentido más explicitado en esta AFE, donde se observa que, al estar frente a la intervención de un NNA con problemas sociales, la primera respuesta es transformarlo a un problema médico. Esto tiene como consecuencia el etiquetado diagnóstico de un NNA, utilizar herramientas coercitivas existentes en salud como lo es la hospitalización involuntaria con el argumento de velar por el “bien mayor” del NNA.

Para cerrar, los hallazgos de la percepción de los adultos involucrados, también persiste una visión hegemónica del modelo biomédico, ya que todos los actores ven como única solución plausible el llevar a un NNA a una institución de salud para ser “estabilizado” a través del uso de tecnología médica, siendo la única disponible en un hospital psiquiátrico la de los psicofármacos.

Esta combinación de percepciones en los adultos intervinientes tiene como resultado el creer que el mal menor es hospitalizar a un NNA en una unidad de adultos pensando en el “bien superior” del NNA, creyendo que esto puede resolver problemáticas de corte psicosocial como escaparse de una residencia y volver constantemente al hogar de origen.

Estos hallazgos responden a la búsqueda de un lugar que pueda albergar y abordar estas trasgresiones de los NNA a lo largo de un proceso repleto de acciones guiadas por la emocionalidad. Se puede evidenciar como los actores involucrados vivencian y significan este proceso como extremo, pero a su vez necesario y la única solución frente a este tipo de problemáticas, tanto así, que incluso se llega a valorar proporcionalmente que en esa condición un NNA tendrá beneficios en una unidad de adultos.

La AFE además contribuyen al conocimiento del recorrido que vivencia un NNA al momento de ser hospitalizado de manera involuntaria en una unidad psiquiátrica de adultos, si bien esta investigación se dedica a indagar en el proceso de una institución en específico, este por su naturaleza y forma de abordaje metodológico puede ser fácilmente extrapolable a las otras hospitalizaciones de este tipo a lo largo del país. Lo que reafirma que el abordaje metodológico es el adecuado, ya que es una de las características de los estudios de caso, que estos sean extrapolables (37).

Esta investigación indica que parte de lo que se estipula en el modelo de salud mental comunitario, como lo es la comunicación y el trabajo intersectorial, son elementales en este tipo de temáticas y en este proceso en específico. Por lo que aquí se realiza la importancia de tener en primer lugar visualizadas este tipo de interacciones intersectoriales, lo que se puede trabajar a través de mesas de dialogo intersectorial.

En en segundo lugar la necesidad de trabajar estos procesos a través de la participación usuaria es esencial para dar respuestas adecuadas a lo que la población solicita, en este caso no solo se requiere el cambio paradigmático de la participación en la toma de decisiones de la propia salud, sino que además debemos transitar rápidamente desde una concepción de protección de las infancias y adolescencias a la promoción y mantención de los derechos inalienables de estos grupos.

Para finalizar la idea respecto a los lineamientos de mejora en este proceso, es necesario cambiar el modelo cultural hegemónico desde lo biomédico a lo psicosocial. Lo que sin lugar a dudas tiende a prevalecer, por lo que al menos visibilizar que se esta trabajando bajo un modelo biomédico que no se condice con el modelo de salud mental establecido hace más de 20 años, permite cuestionar las practicas vigentes en algunos sectores y por ende cambiar la forma de acción para realinearla a una acorde al modelo de salud pública chileno.

Por lo anteriormente expuesto es que las mejoras debiesen apuntar hacia la participación usuaria de los NNA en sus propios procesos, tal y como se argumento anteriormente. Por otra parte, para disminuir la discrecionalidad sería importante protocolizar de manera intersectorial o establecer a lo menos lineamientos que puedan hacer predecible el actuar, pero para esto se hace necesaria la comunicación y trabajo real desde el intersector. Por ultimo y un aspecto no menor, es la educación para el cambio cultural, del real entendimiento de los problemas en salud mental, esto podrá dar respuestas atingentes y eficientes que logren dar con la cobertura de necesidades de los NNA afectados.

Los futuros estudios que tengan un enfoque en políticas de salud pública y que quieran ahondar en esta temática debiesen sumergirse en las problemáticas del sistema proteccional y su interacción con el sistema de salud, donde se visualizan constantes roces y pugnas que terminan siendo dictaminadas por un tercero que es el sistema judicial. Otro lineamiento relevante por seguir indagando es la percepción y noción de salud pública que existe en el sistema judicial y como eso se conjuga con las acciones que realizan en este mismo sistema. Por último, también es sumamente importante profundizar en los significados que los NNA le están atribuyendo al acceso y equidad en salud.

Referencias bibliográficas

1. ONU. Convención Sobre Los Derechos Del Niño. Ratificada por Chile en 1990 [Internet]. Vol. 1577. United Nations: Treaty Series; 1989. p. 1–36. Available from: <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
2. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Gestión de la Red Temática de salud Mental en la red general de salud. Santiago, Chile.: MINSAL; 2018. p. 383.
3. Ministerio de Salud de Chile. Programa nacional de salud integral de adolescentes u jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018. Santiago, Chile.; 2018.
4. Murcott W. A scoping review of care received by young people aged 16-25 years when admitted to adult mental health hospital ward. Journal of Public Mental Health. 2016;15(4):Murcott, W. (2016). A scoping review of care received.
5. Unidas N. Declaración Universal de Derechos Humanos. Washington, D.C: Naciones Unidas; 2015 p. 72.
6. Humanos IN de los D. Informe Anual : Situación de los derechos humanos en Chile. 2017.
7. Secretaria General O. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. 1985.
8. Unidas N. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Estados Unidos; 1993.
9. Ansoleaga E, Valenzuela E. INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2014. Capítulo 9: Derecho a la Salud Mental en Chile: La infancia olvidada. Vol. 22, Centro de Derechos Humanos , Facultad de Derecho Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.; 2014.
10. Chile R de. Constitución Política de la Republica de Chile. 1980.
11. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan De Acción 2012-2020 [Internet]. 2020. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

12. Ministerio de Salud de Chile. Plan nacional de salud mental 2017-2025. 2017;206. Available from: <https://www.minsal.cl/salud-mental/>
13. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Prevalence of psychiatric disorders among Chilean children and adolescents. *Rev Med Chil.* 2012;140(4):447–57.
14. SENAME. Informe final de evaluación del programa vida nueva. 2012.
15. Flora De La Barra M, Benjamin Vicente P, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2012;23(5):521–9.
16. Espejo Yasic S, Gonzalez Tuga M. Libertad, seguridad personal y Discapacidad. In: Lathrop F, Espejo Yasic N, editors. *Discapacidad Intelectual y Derecho.* first edit. Santiago, Chile.: Universidad de Chile; 2019. p. 470.
17. Ministerio de Salud de Chile. Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. 2000.
18. MINSAL. Código Sanitario DFL 725. 2020.
19. Chile CN de. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional 2014 p. 13.
20. Mill JS. *Utilitarismo.* tercera ed. Madrid: Alianza Editorial; 2019. 187 p.
21. Maliandi R, Thüer O, Cecchetto S. Los paradigmas de fundamentación en la ética contemporánea. *Acta Bioeth.* 2009;15(1):11–20.
22. Robertson M, Walter G. A Critical Reflection on Utilitarianism as the Basis for Psychiatric Ethics. *J Ethics Ment Health.* 2007;2(1):1–4.
23. Silva D, Smith M, Upshur R. Disadvantaging the Disadvantaged: When Public Health Policies and Practices Negatively Affect Marginalized Populations. *Canadian Journal of Public Health.* 2013;104(5):410–2.
24. Gatica-Saavedra M, Vicente B, Rubí P. Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Rev Med Chil.* 2020;148:500–5.

25. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrazabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:1–7.
26. Garbutt G, Davies P. Should the practice of medicine be a deontological or utilitarian enterprise? *J Med Ethics*. 2011;37(5):267–70.
27. de Hoyos A, Altamirano-Bustamante NF, Altamirano-Bustamante MM. ¿Cuándo pueden tomar decisiones en su tratamiento los pacientes pediátricos? una visión desde el derecho, la autonomía y la ética integral. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70(3):257–64.
28. Figueroa San Martín F. Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría: Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos. *Anuario de Derechos Humanos*. 2017;0(13):111–22.
29. Duarte K. Sociedades Adultocéntricas: Sobre Sus Orígenes Y Reproducción. Última Década [Internet]. 2012;36:99–125. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v20n36/art05.pdf>
30. Sola-Morales S, Campos Garrido NA. Discurso estatal chileno en la protección de los derechos de niños(as) y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2018;17(1):105–24.
31. Tapia L. La Invención del núcleo común ciudadanía y gobierno multisocietal. *Muela del*. Vol. 1. La Paz; 2006. 1–100 p.
32. Sarzuri-lima M. Ciudadanías conflictivas Conflictive citizenship. *rev de Inv Educ*. 2012;5(2):59–76.
33. Lechner N. Nuevas Ciudadanías. *Revista de Estudios Sociales*. 2000;(5):25–31.
34. Park C, McDermott B, Loy J, Dean P. Adolescent admissions to adult psychiatric units: Patterns and implications for service provision. *Australasian Psychiatry*. 2011;19(4):345–9.
35. Stuart R, Akther SF, Machin K, Persaud K, Simpson A, Johnson S, et al. Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*. 2020;6(2):1–9.
36. Taylor S, Bogdan R, DeVault M. *Introduction to qualitative research methods*. Barcelona, España: Wiley-Blackwell; 2015. 401 p.

37. Yin RK. Case study research and applications: Design and methods. 6th ed. SAGE Publications. Los Angeles: SAGE; 2018. 1–414 p.
38. Webster J. Qualitative Research in Health Care. Vol. 16, Nursing Older People. 2005. 43–43 p.
39. Robert E. Stake. Investigación con estudio de casos. segunda ed. Madrid, España: Ediciones Morata; 2010. 9–152 p.
40. World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2007;1–152.
41. Verd J, Lozare C. Cualitativa, Introduccion a la investigación: fases, métodos y técnicas. Sintesis Ed, editor. Madrid; 2018. 374 p.
42. Herrera CD. Qualitative research and thematic content analysis. Intellectual orientation of Universum journal. Revista General de Informacion y Documentacion. 2018;28(1):119–42.
43. Stewart SL, Kam C, Baiden P. Predicting length of stay and readmission for psychiatric inpatient youth admitted to adult mental health beds in Ontario, Canada. Child Adolesc Ment Health. 2014;19(2):115–21.
44. Vitte L, Belloncle V, Gérardin P. Adolescents hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte : une étude descriptive à la lumière des problématiques relevant de la protection de l'enfance. Neuropsychiatr Enfance Adolesc [Internet]. 2017;65(6):360–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.08.001>

Tabla N°1 Ingreso de NNA. Instituto Psiquiátrico José Horwitz 2014-2021 en Santiago de Chile

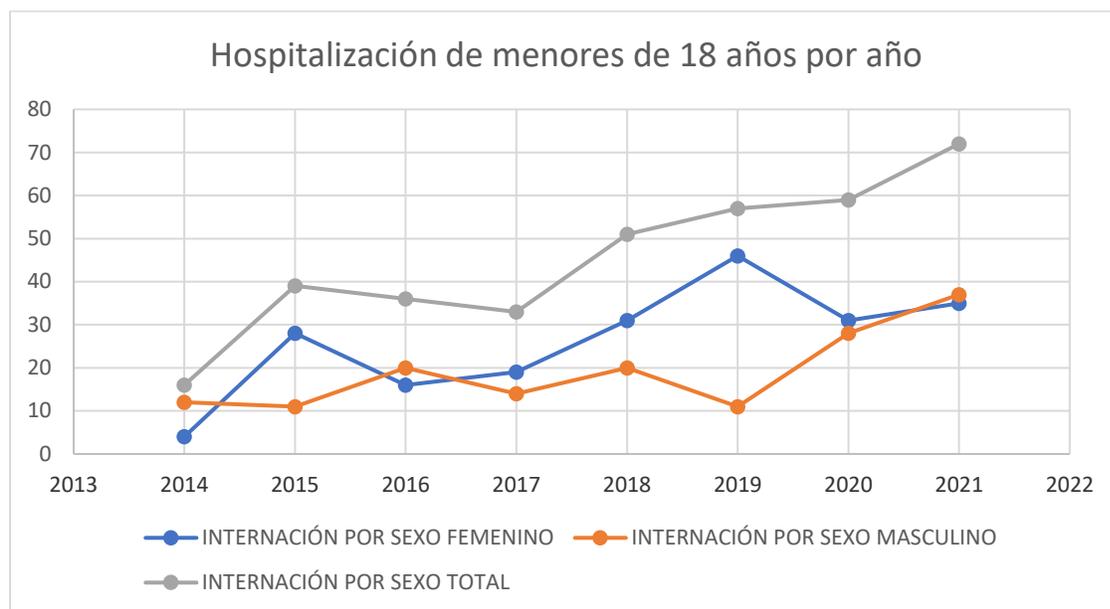
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Femenino	4	28	16	19	31	46	31	35
Masculino	12	11	19	14	20	11	28	37
Total	16	39	35	33	51	57	59	72
Promedio Edad	16,67	16,24	16,48	16,44	16,64	17	16	16
Estadia								
Estadia Promedio	8,75	8,4	18,09	19,6	27,4	25	32	33
Dias Maximos	51	31	100	111	242	242	272	187
Dias Minimos	2	1	1	1	2	3	1	1
SS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Region	1	3	1	0	1	1	0	4
Centro	2	8	6	8	5	11	8	12
Norte	5	16	14	9	16	28	19	23
Occidente	2	6	7	6	7	7	9	9
Oriente	2	2	0	9	7	6	10	8
Sur	2	2	1	0	7	2	7	7
Sur Oriente	2	2	6	1	4	2	6	9
Dg. egreso	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
TUS	3	9	20	13	21	28		
Depre/l. Suicida	2	8	2	3	10	2		
EQZ/psicosis	4	7	2	5	7	8		
Mania/TAB	0	0	0	3	0	2		
ttrno Conductual	0	0	1	1	3	2		
T. Personalidad	4	10	4	1	4	2		
TEPT	0	0	0	0	0	2		
Otros	3	5	6	0	6	10		

Elaboración propia a partir de datos de transparencia AO100T0000373, AOT100T0000365 y AO100T0000502. 22 de junio 2022. Santiago de Chile.

Tabla N°2 Códigos por documentos

Sistema de códigos	TODOS	judicial...	salud	Politico	documentos ...	NNA
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ético-júridica derechos sociales poder de la normativa derechos humanos <ul style="list-style-type: none"> relatividad de la vulneración dignidad humana <ul style="list-style-type: none"> condiciones optimas equidad social <ul style="list-style-type: none"> medicalización acceso a servicios <ul style="list-style-type: none"> falta de oferta solución institucional <ul style="list-style-type: none"> abordaje del conflicto contexto de ingreso ciudadania adultocentrismo Repercusiones en salud <ul style="list-style-type: none"> iatrogenia proporcionalidad autonomia inacceso 						
	67	11	7	14	34	1
	98	21	11	11	55	
	72	11	7	12	34	8
	11	7	4			
	63	11	7	12	28	5
	31	15	7	7	2	
	38	11	3	2	22	
	44	7	3	8	26	
	49	13	1	6	29	
	28	9	5	10	2	2
	102	28	18	2	49	5
	45	28	5	8		4
	82	51	25	4		2
	34	5	3	5	21	
	58	11	10	16	16	5
	52	7	23	6	13	3
	58	15	14	5	20	4
	51	10	7	5	27	2
	58	27	12	7	10	2

Grafico N°1 Internaciones en NNA, según sexo biológico, años 2014-2021



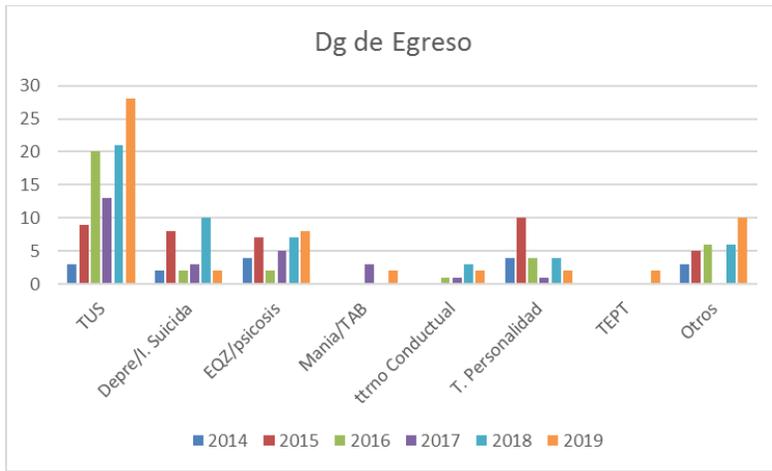
Elaboración propia a partir de datos de transparencia AO100T0000373, AOT100T0000365 y AO100T0000502. 22 de Junio 2022 Santiago de Chile.

Grafico N°2 Días de estadía en menores de edad, años 2014-2021



Elaboración propia a partir de datos de transparencia AO100T0000373 y AOT100T0000365 y AO100T0000502. 22 de Junio 2022 Santiago de Chile.

Grafico N°3 Diagnósticos de Egreso de NNA en Unidades de adultos, Instituto psiquiátrico José Horwitz, años 2014-2019



Elaboración propia a partir de datos de transparencia AO100T0000373 y AOT100T0000365. 6 de agosto 2020 Santiago de Chile.

Gráfico N°4 Distribución ética/jurídico

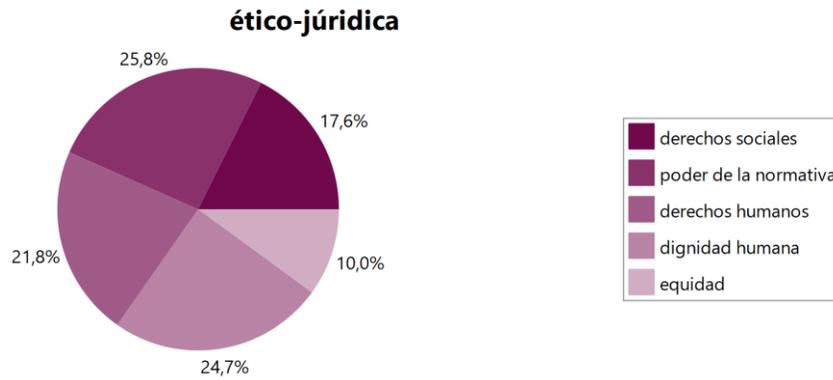


Gráfico N°5 Distribución social

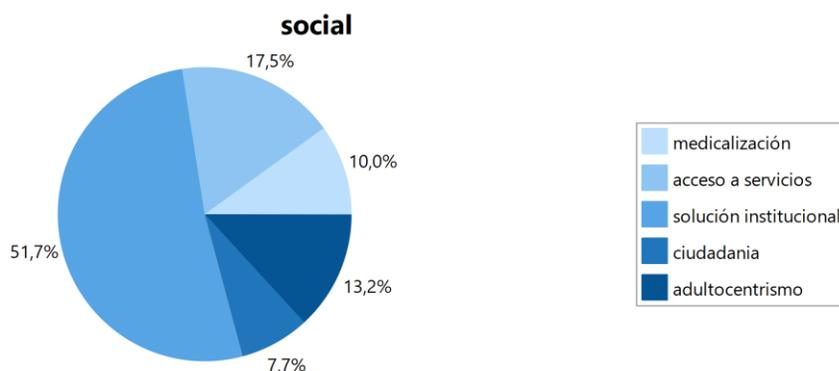
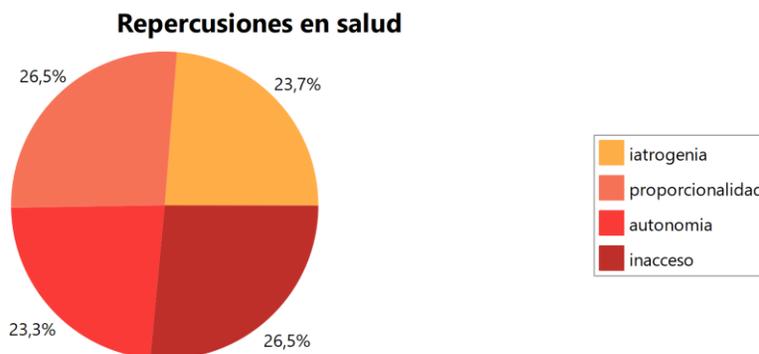


Gráfico N°6 Distribución Repercusiones en salud



Anexo N°1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación de las prácticas de internación involuntaria en el marco de las políticas públicas vigentes desde los actores institucionales que intervienen en el proceso, en Chile, periodo 2011-2022.

Nombre del Investigadores encargados de la recolección de información:

Sebastián Jaque Ortiz

Institución: Universidad de Chile-Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública

Teléfono de contacto: +569 83642330

Invitación a participar:

Usted está invitada/o a participar en el proyecto de investigación **“Evaluación de las prácticas de internación involuntaria en el marco de las políticas públicas vigentes desde los actores institucionales que intervienen en el proceso, en Chile, periodo 2011-2019.”**, debido a que es un actor relevante en la ejecución, manejo y visualizador de esta temática.

Objetivos:

Esta investigación tiene por objetivo evaluar las prácticas de internación involuntaria de menores de edad en corta estadía del Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz, desde los actores involucrados en el proceso en Chile entre 2011 y 2020.

Procedimientos:

Si Ud. acepta participar requeriremos por un período de cuarenta y cinco minutos a sesenta minutos para una entrevista grabada con grabadora de voz durante todo el periodo, desde que se autoriza hasta finalizar la entrevista.

Riesgos:

La realización de una entrevista tiene el riesgo de conmocionar o alterar en el equilibrio emocional del participante. En caso de presentar algún inconveniente como sentirse incómodo o perturbado por alguna pregunta, puede negarse a responderla o solicitar la finalización de la entrevista; además podrá retirarse de la investigación en cualquier momento que lo desee.

Costos:

La participación en el proyecto de investigación no conlleva ningún tipo de costo para el participante.

Beneficios

El beneficio de este estudio será significativo para el progreso del conocimiento en torno a esta temática, particularmente en lo relativo a comprender las relaciones causales de internaciones involuntarias de menores de edad en servicios de psiquiatría cerrados de adulto.

Alternativas

Si Ud. decide no participar en esta investigación puede retirarse sin inconvenientes.

Compensación

Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad

Toda la información derivada de su participación en este estudio será tratada con absoluta confidencialidad, restringiéndose su acceso a los investigadores. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Del mismo modo las grabaciones de las entrevistas serán sometidas al mismo procedimiento de confidencialidad aquí señalado.

Voluntariedad

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento, comunicándolo oportunamente al investigador. De igual manera, el investigador podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Complicaciones

En el improbable caso de que Ud. presente complicaciones relacionadas con la alteración de su equilibrio emocional, de presentarse, el investigador se encuentra capacitado para pesquisar de manera oportuna alguna de estas complicaciones y canalizar su derivación a los dispositivos que corresponden dentro de la red pública de salud, asegurando su abordaje de necesitarlo y otorgándole posteriormente un espacio de seguridad para usted. Esto no incluye las complicaciones propias de alguna enfermedad propia y de su curso natural.

Derechos del participante

Ud. tiene derecho a conocer los resultados de la investigación y procedimiento que se ocupará para ello, pudiendo acceder a los resultados a través del contacto con el investigador y el profesor tutor. Además, esto incluye cualquier otra información que ud. requiera sobre su participación. Puede llamar a:

Sebastián Jaque, fono: +56983642330

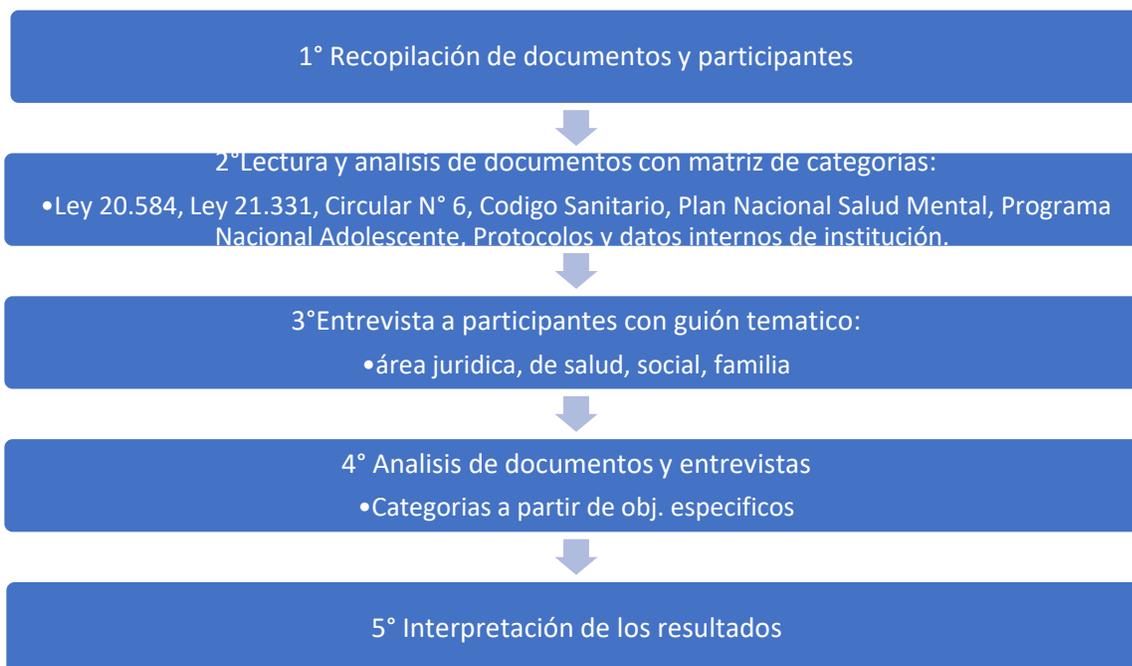
Autoridad de la Institución: Profesor Tutor Dr. Carlos Madariaga Académico del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Evaluación de las prácticas de internación involuntaria en el marco de las políticas públicas vigentes desde los actores institucionales que intervienen en el proceso, en Chile, periodo 2011-2019”.

_____	_____	
Nombre del sujeto	Firma	Fecha
_____	_____	
Nombre del investigador	Firma	Fecha

Anexo N°2 Proceso de abordaje metodológico de AFE



Anexo N°3 Matriz de categorías

<h3>1) Ético-jurídico</h3>	<ul style="list-style-type: none"> • derechos sociales • poder de la normativa • derechos humanos • dignidad humana • Equidad
<h3>2) Social</h3>	<ul style="list-style-type: none"> • medicalización • acceso a servicios • Solución institucional • ciudadanía • adultocentrismo
<h3>3) Daño a la salud</h3>	<ul style="list-style-type: none"> • iatrogenia • proporcionalidad • autonomía • acceso

Anexo N°4 Guion temático

Objetivo específico	Temas y tópicos relacionados al objetivo de estudio	Dimensión a explorar	Experiencias a indagar, preguntas para generar conversación:
<p>OE1: describir el contexto médico, ético-jurídico y socio-político-cultural en el que ocurre la hospitalización involuntaria de NNA, en el periodo 2011-2020.</p>	<p>Contexto médico Contexto jurídico Contexto social-político-cultural</p> <p>Acceso a salud Calidad de la atención Satisfacción usuaria Equidad</p>	<p>-Ocurrencia de la situación -Normativa vigente (interna y externa) -Proceso -Abordaje -sentimientos y emociones -voluntad y decisión del usuario -Trato usuario -pertinencia de la hospitalización</p>	<p>-Cuénteme como recibe usted a una persona que cumple estas características. -Reláteme que opina de la normativa vigente en este tema. -Reláteme el proceso que se lleva a cabo en este tipo de situación. -como aborda usted este tipo de situaciones. -Explíqueme que le ocurre cuando debe atender a una persona en esta situación. -Que cree usted que ocurre con la voluntad de esta persona. -Dígame qué opina del poder de decisión que tiene esta persona.</p>

			<p>-Cómo cree usted que se asegura un trato digno en esta situación.</p> <p>-Cuénteme que tan pertinente es este tipo de hospitalización en NNA.</p>
<p>OE2: conocer creencias y opiniones que los actores institucionales del sistema judicial (jueces y equipo técnico judicial), salud mental (equipo clínico de adultos), civil (organizaciones civiles) y afectados (ex usuarios y cuidadores) le otorgan a la protección de derechos de los niños, en torno a los fenómenos de iatrogenia, medicalización y aspectos bioéticos involucrados en los distintos momentos del proceso.</p>	<p>Protección de derechos de los niños Iatrogenia Medicalización Bioética</p>	<p>-Resguardo de los derechos de los niños -limitación de los derechos de los niños -Sentido del daño -Problema social -Solución institucional -Resguardo de la dignidad humana -Actuar justo -acciones apropiadas -actuar proporcional</p>	<p>-Cómo cree que se resguardan los derechos de los menores de edad.</p> <p>-Qué opiniones le merecen las atenciones con enfoque en derechos.</p> <p>-Indíqueme cómo se ven afectados los derechos de los NNA en esta situación.</p> <p>-Qué opinión tiene sobre las hospitalizaciones involuntarias.</p> <p>-Qué le ocurre cuando debe atender a una persona en esta situación.</p> <p>-Qué opinión tiene acerca del abordaje que se despliega en esta situación.</p> <p>-Cuál cree que es el origen de la causa de esta situación.</p> <p>-Cuénteme sobre cómo cree que se garantiza la dignidad humana en esta situación.</p> <p>-Qué acciones cree que son adecuadas para el abordaje en esta situación.</p> <p>-Explíqueme qué opina de esta medida en cuanto a proporcionalidad del dictamen y su beneficio.</p>
<p>OE3: Explicar elementos que permitan sugerir cambios en el proceso de toma de decisión en relación a la hospitalización involuntaria de NNA en servicios psiquiátricos cerrados de adultos.</p>	<p>Sentido de cambio Hospitalización involuntaria Proceso de mejora</p>	<p>-el sentido que tiene una hospitalización involuntaria -oportunidad de mejora -elementos necesarios para el cambio</p>	<p>-Qué sentido tiene la hospitalización involuntaria actualmente.</p> <p>- Qué nodos conflictivos usted identifica en estas prácticas.</p> <p>-Qué cambios realizaría para mejorar este tipo de acción.</p> <p>-Qué elementos son necesarios para que ocurran estos cambios.</p>

Anexo N°5 Respuesta de transparencia



Santiago, 24 de noviembre de 2020

Señor Sebastián Ortiz Jaque
seba.ortiz@ug.uchile.cl
Presente

Estimado Señor Ortiz, en atención a la Solicitud de Acceso a la Información Pública, efectuada a través del Portal de Transparencia, el día 13 de noviembre de 2020, mediante el Folio N° AO100T0000403, cumpro con informar a usted, que se tomó conocimiento y, que de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 20.285 sobre Acceso a la Información Pública, su Reglamento D.S. N° 13 de 2009 y a la Instrucción General N° 10 de 2011, sobre el Procedimiento Administrativo de Acceso a la Información, emitida por el Consejo para la Transparencia, se procede a dar respuesta a lo requerido en relación a:

Petición: "Sobre la solicitud AO100T0000373, preguntar si existe protocolo interno de manejo de estos pacientes menores de edad en unidades de adulto, si me pueden adjuntar el protocolo de existir. De no existir y haber una medida especial para estos casos que pudieran referirla con el mayor detalle posible. Quedo atento y muchas gracias por la rápida respuesta y ayuda".

Respuesta: De acuerdo a lo informado por Jefa de Atención Cerrada, Dra. Verónica Solís, comunico lo siguiente:

Este Instituto, no cuenta con protocolos o medidas especiales a considerar en pacientes menores de edad hospitalizados en unidades de corta estadía.

Finalmente, de no encontrarse conforme con la respuesta precedente, Usted podrá interponer un amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación de la misma.

Saluda atentamente a Ud.,



DR. JUAN MAASS VIVANCO
DIRECTOR
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"

CARABINEROS DE CHILE
SUBCENTRALORIA GENERAL
DEPTO. INF. PUBLICA Y LOBBY

Santiago, 25 ENE 2022
RSIP N.º 60160

Señor
Sebastián Jaque Ortiz
seba.ortiz@ug.uchile.cl
Presente

De mi consideración:

Por solicitud N.º AD0009W00060160 ingresada al Portal de Información Pública de Carabineros de Chile, con fecha 28-12-2021, solicitó la siguiente información:

"SOLICITO EN EL MARCO DE UNA INVESTIGACION PARA TESIS DE MAGISTER PROTOCOLO O PROCEDIMIENTO QUE SE LLEVA A CABO CUANDO UNA JUEZA DE FAMILIA DIGITAMINA ORDEN DE BUSQUEDA PARA POSTERIOR HOSPITALIZACION DE MENORES DE EDAD. DETALLANDO COMO SE PROCEDE, QUE ELEMENTOS SE UTILIZAN COMO SE MOVILIZAN, SI SE ENGRILLA EN CASO DE INVOLUNTARIEDAD, USO DE ARMAS, ETC."

Sobre el particular, y conforme a los principios de acceso a la información pública de los Organos de la Administración del Estado, consagrados en el artículo 8º de la Constitución Política de la República y en la Ley N.º 20.285, se comunica que, según lo informado por la 4ª Comisaría de Familia e Infancia, el protocolo o procedimiento por resolución judicial de los diferentes tribunales de familia existentes en el país, al momento de dar cumplimiento a un mandato por búsqueda y reconocimiento para la internación de una niña, niño y adolescente "NNA", es el siguiente:

- 1.- Se recibe la orden judicial en la Unidad Policial, vía correo electrónico, como asimismo en ocasiones los respectivos magistrados autorizan su tramitación por mano al adulto responsable presentándose personalmente en la Unidad respectiva, ya sean del sector jurisdiccional del domicilio del NNA y/o en la 4ª Comisaría Familia e Infancia, siendo dicha Unidad especializada en este tipo de procedimiento.
- 2.- Se ingresa al sistema computacional de la oficina de órdenes judiciales "AUPOL OPERATIVO", quedando con un número de registro, el cual contabiliza los mandatos judiciales, recepcionados de todo tipo en forma mensual y anual.
- 3.- Luego, al momento de la distribución de la orden judicial por internación, se verifica primero que nada si es hombre o mujer y dependiendo de esto se asigna a un vehículo policial, con la finalidad de apoyar el procedimiento con un carabnero masculino o femenino, para la contención al momento de efectuar el traslado del NNA.
- 4.- Posteriormente se envía el dispositivo policial a cargo del

Carabnero con más antigüedad, el cual concurre al domicilio que se menciona en la presente orden, entrevistando al adulto responsable que se encuentra en el lugar, al cual se le da a conocer dicha orden judicial, y con la autorización de éste se ingresa a la propiedad dándole a conocer el procedimiento al NNA, efectuando su traslado en algunas

oportunidades con su adulto responsable o solamente en compañía del Carabnero que fue designado para su contención, ya sea masculino o femenino.

5.- Cabe hacer presente que, en algunas ocasiones es necesario realizar la constatación de lesiones, ya que su internación corresponde a un hogar por protección y dichas instituciones exigen el certificado de lesiones, sirviendo éstos como medida de seguridad tanto para el NNA y las instituciones involucradas en el procedimiento. Diferente es en el caso de existir una internación a un hospital, pues no se realiza la constatación de lesiones de forma previa, ya que al momento de ser ingresado el NNA, es la misma institución, la que efectúa la evaluación.

6.- Por último, es importante recalcar que en ningún momento del procedimiento para la internación se utilizan las esposas de seguridad en el traslado del NNA, ni se hace uso de armas de fuego, para eso existe o se prepara el personal para la contención, designando a un Carabnero, ya que al momento del traslado se mantiene al adolescente en la cabina del vehículo policial junto a un Carabnero a su costado y siempre manteniendo la visual y el dialogo con el requerido.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

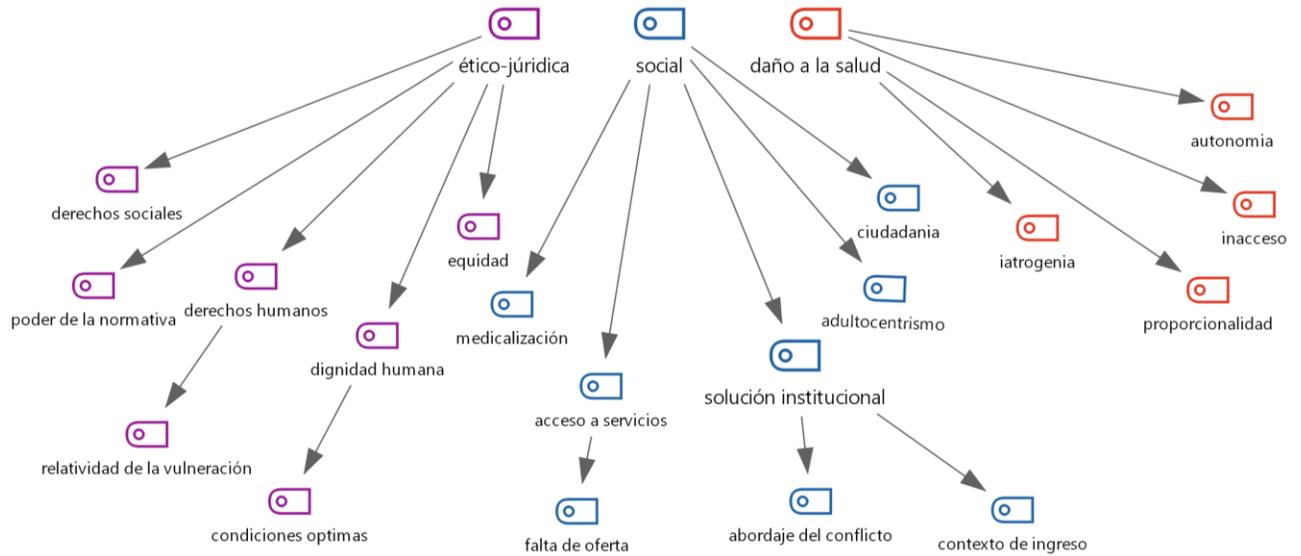


JLT.
MAT.-CRT.

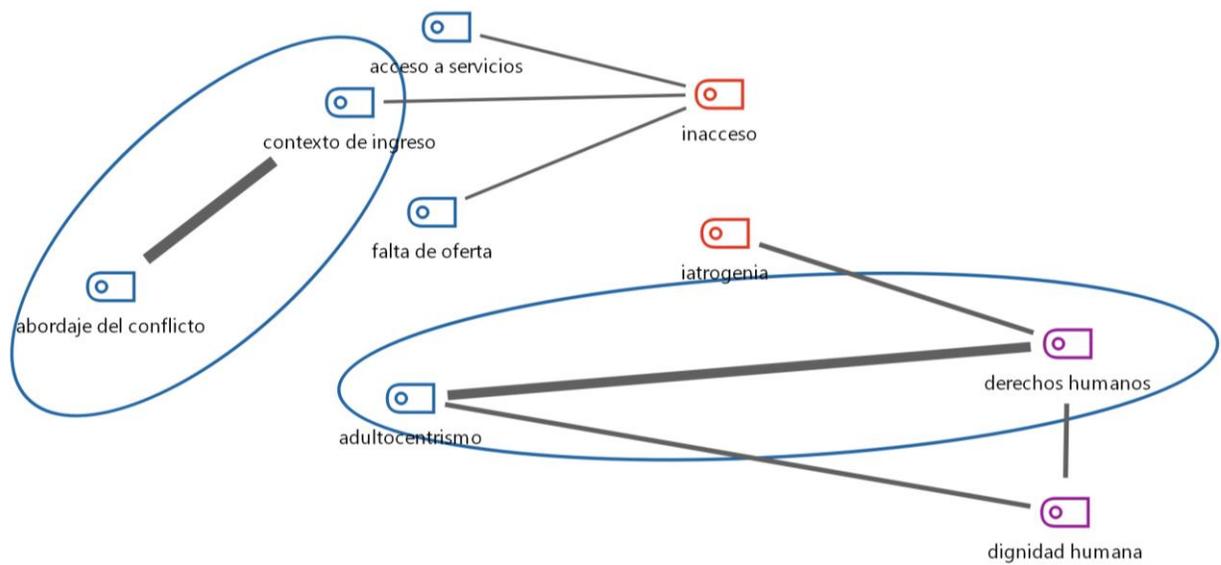
CARABINEROS DE CHILE
SUBCENTRALORIA GENERAL
DEPTO. INF. PUBLICA Y LOBBY
PAOLA RICOTTI VELASQUEZ
Jefe de Unidad, Jefe de Gabinete Coronel (J) de Carabineros
DEPTO. INF. PUBLICA Y LOBBY (S) 1

*Las atribuciones de quien suscribe la presente para gestionar peticiones de información, ley N.º 20.285, a nombre del Jefe Superior del Servicio, constan en Resolución Ejecuta N.º 289 de 27.08.2019, publicada en el Diario Oficial N.º 42.417 de 31.07.2019 que está permanentemente a disposición del público en http://www.carabineros.cl/transparencia/informativa_879.html, bajo el título "Resoluciones Ejecutivas".

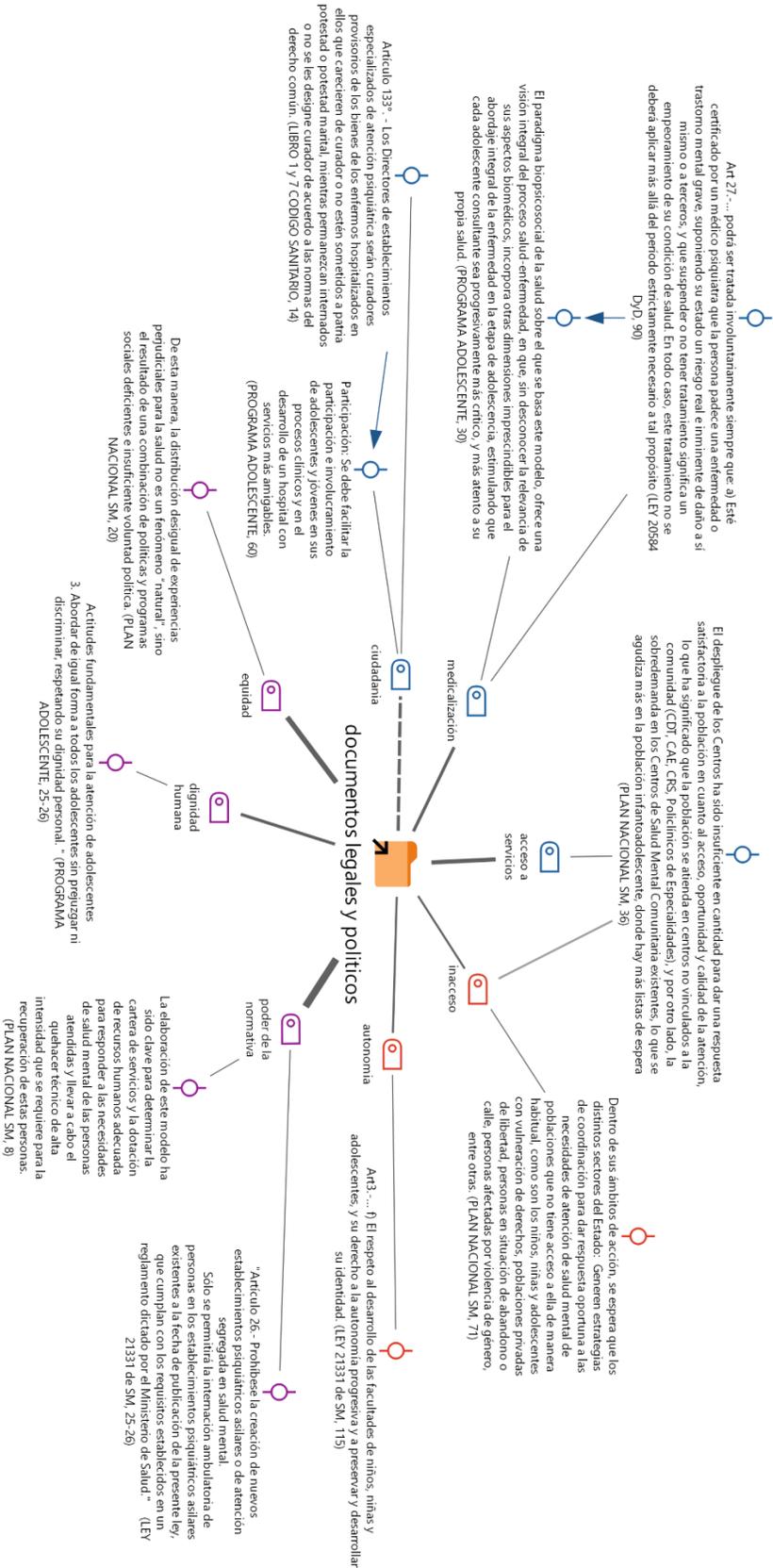
Anexo N°8 Jerarquía de categorías



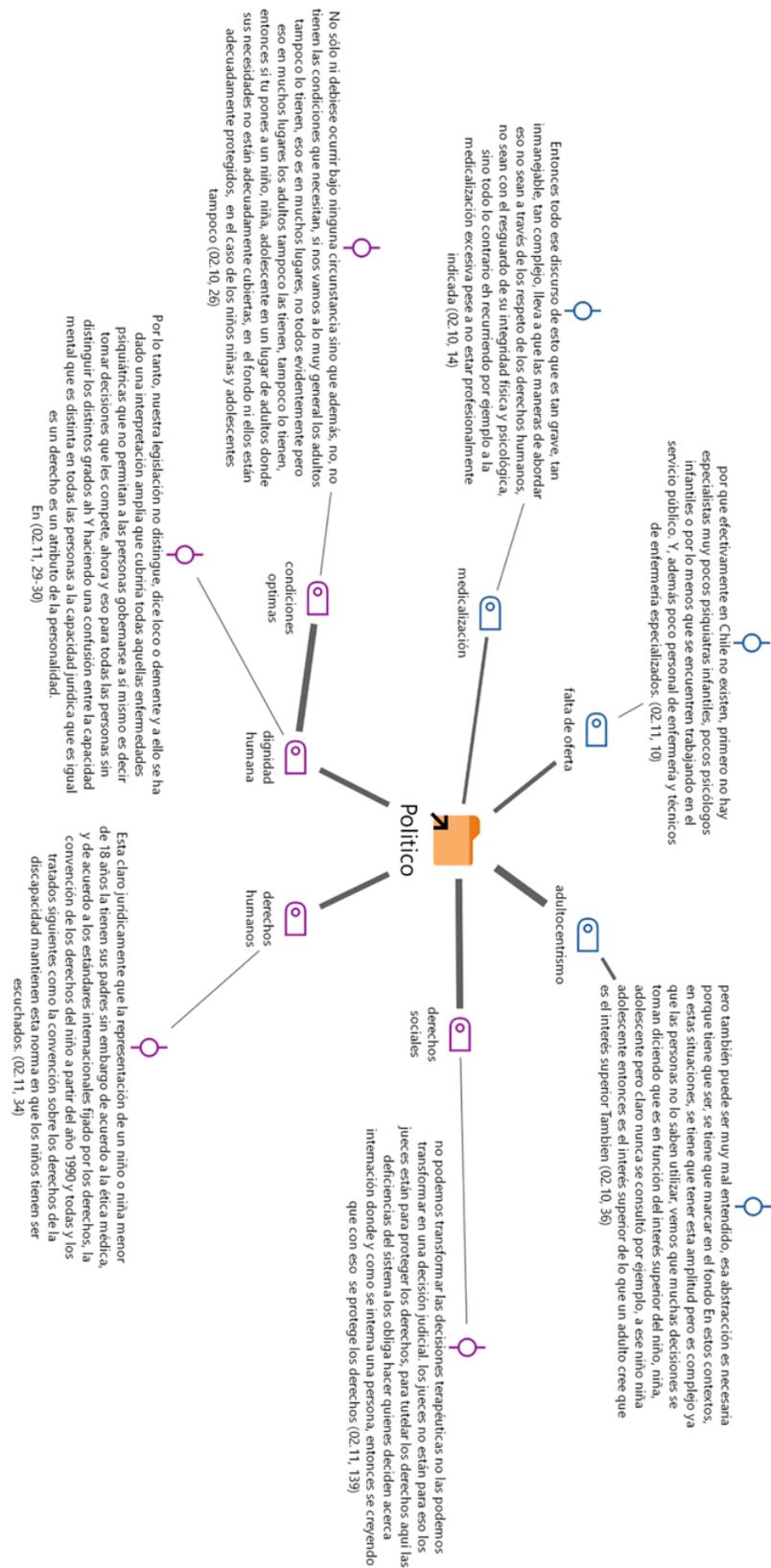
Anexo N°9 Co-ocurrencia de códigos



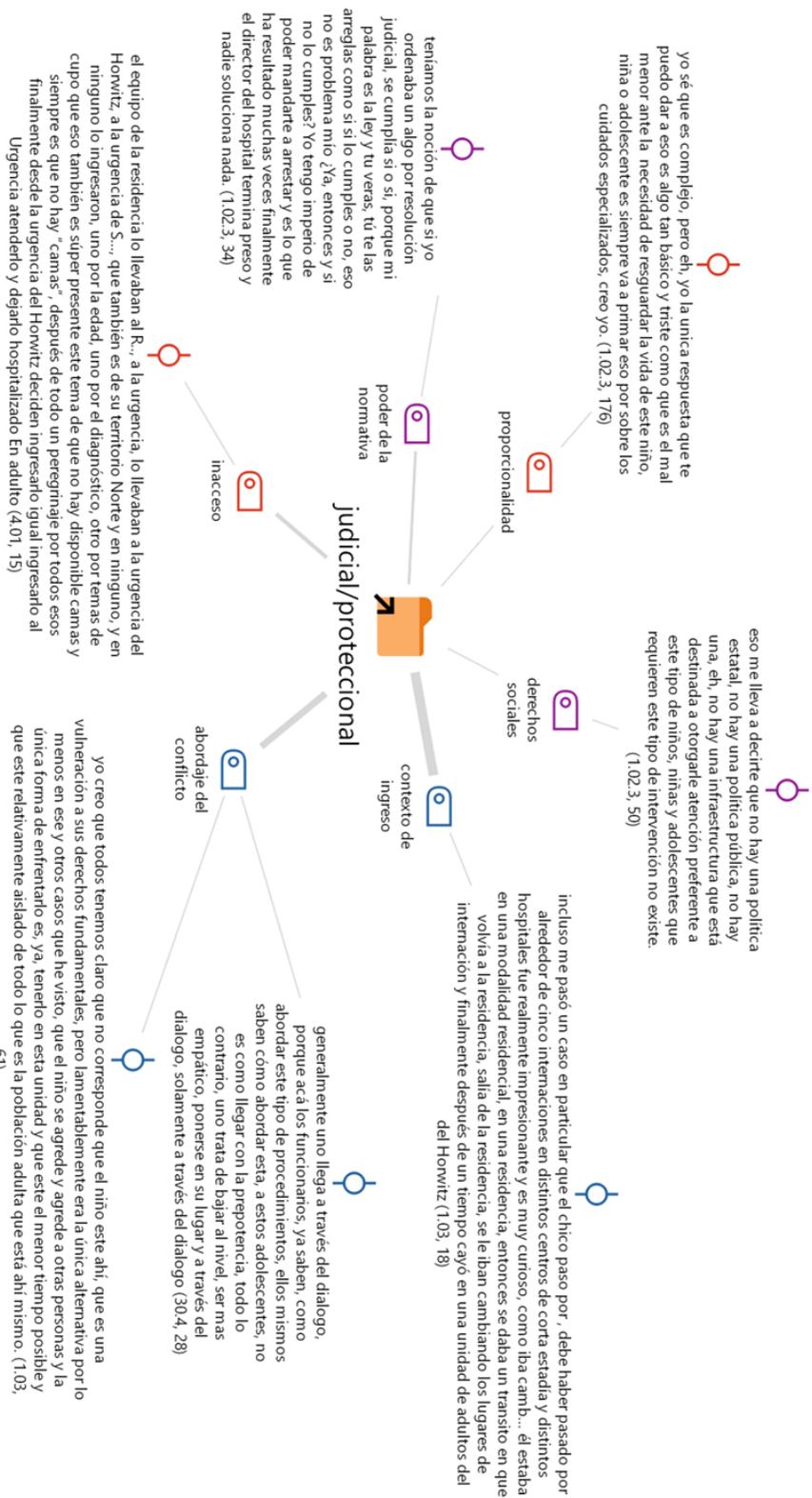
Modelo de documentos legales y políticos



Anexo N°11 Modelo ámbito gubernamental/político

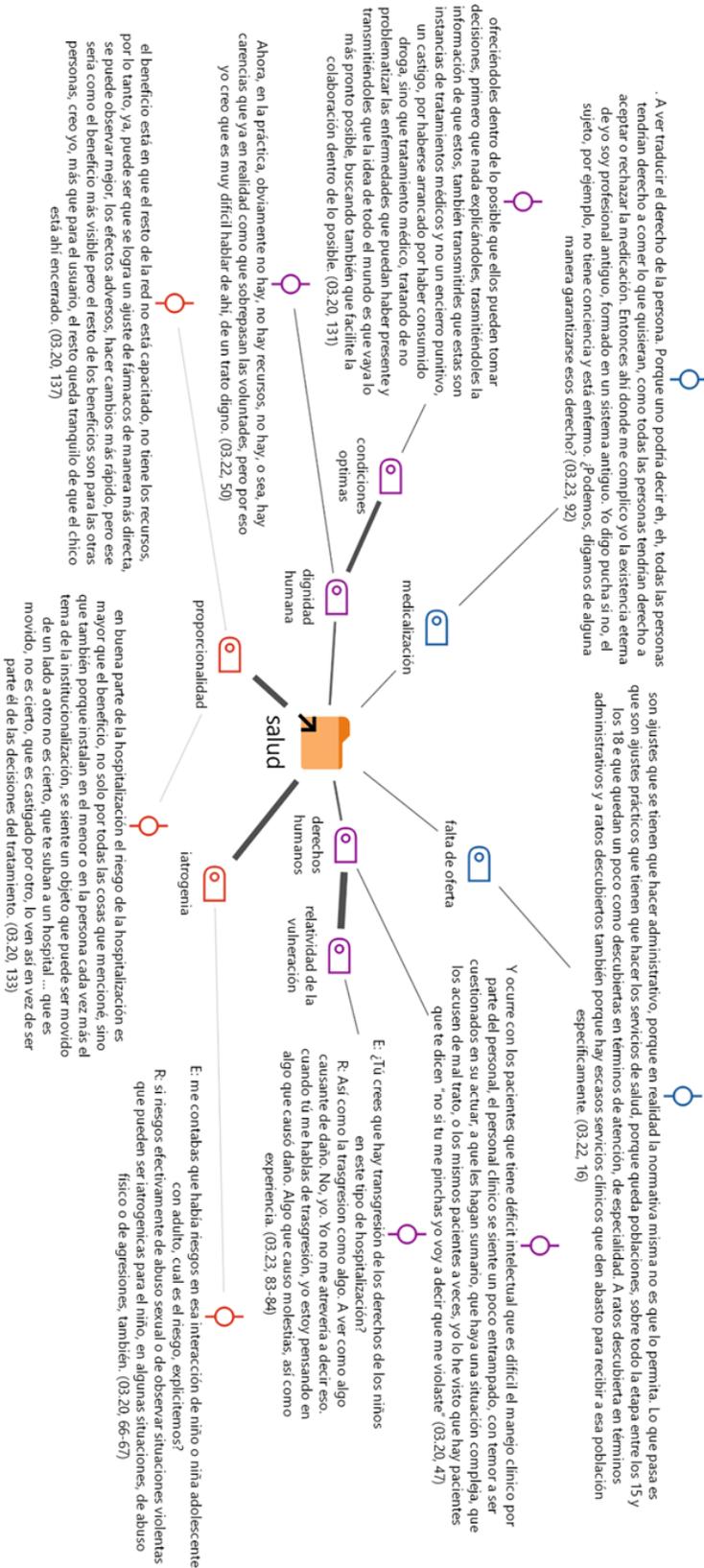


Anexo N°12 Modelo ámbito judicial/proteccional

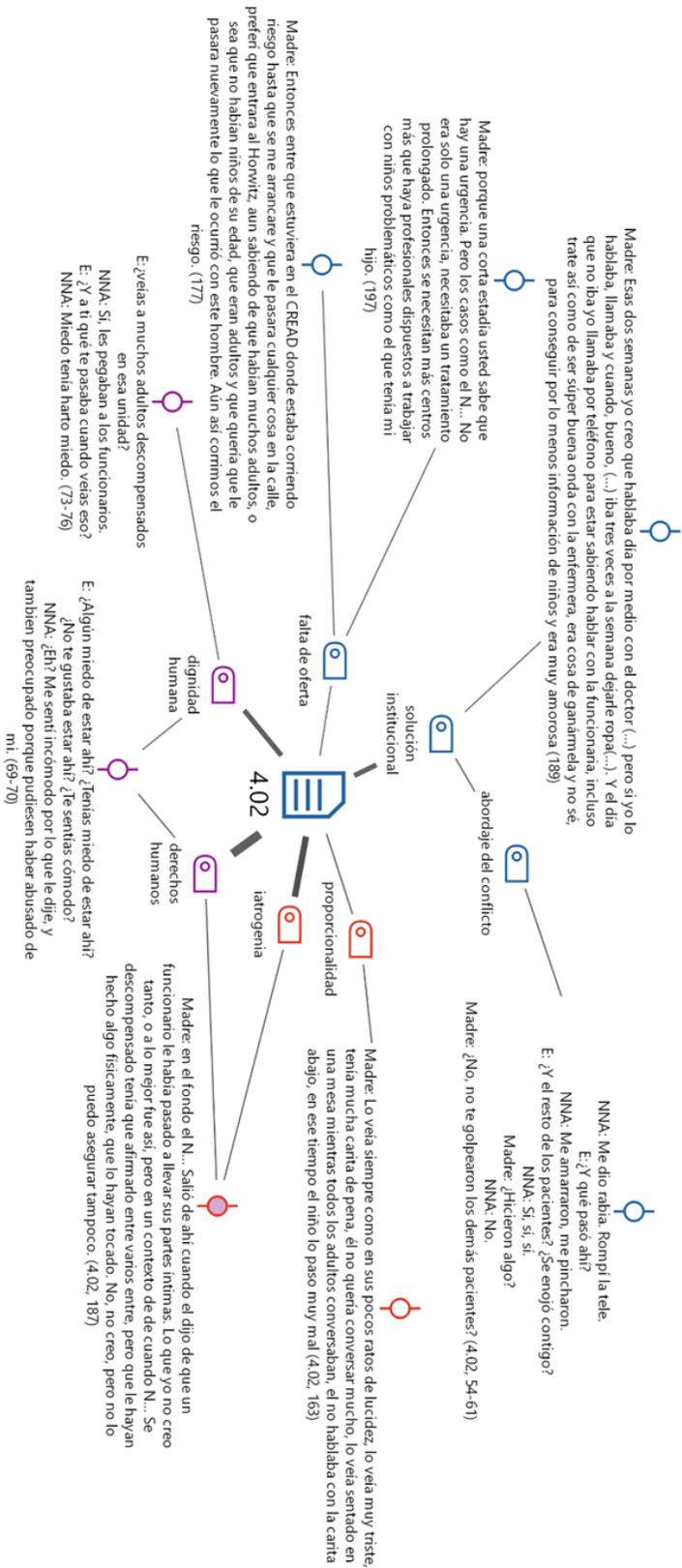


Anexo N°13 Modelo ámbito de salud

Modelo de salud



Modelo NNA



Anexo N°16 recorrido de NNA a una UHCIP adultos del Instituto psiquiátrico Dr. Horwitz Barak.

Transito del NNA



Transversal: Modelo biomedico / Adultocentrismo / Medicalización