

Necesidades de atención y trayectorias de acceso a servicios de salud mental de niños, niñas y adolescentes en situación de calle

Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Autoras: Paola Langer

María Jesús Sánchez

Paula Margotta

Profesoras asesoras:

Paula Bedregal

Liliana Guerra

Centro de Políticas Públicas

Pontificia Universidad Católica de Chile

Mayo 2014

Contenido

1. Introducción	3
2. Preguntas relevantes de investigación	4
3. Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
4. Marco teórico y antecedentes	5
Población objeto de estudio	5
Enfoque bio-psicosocial	6
Salud mental en población infanto-juvenil	6
Factores de vulnerabilidad.....	8
Los NNA en situación de calle como grupo vulnerable	12
Acceso a salud mental	14
5. Metodología	16
Tipo de estudio	16
Datos y Muestra	16
Medidas/Estrategia de cuantificación de demanda	16
Estrategia de análisis.....	19
Diseño, aplicación y análisis de entrevistas en profundidad.	21
Instrumento de recolección de información	21
Diseño muestral de la fase cualitativa	21
Estrategia de análisis.....	23
6. Resultados cuantitativos	25
Descripción de la muestra.....	25
Factores de vulnerabilidad en NNA en situación de calle	26
7. Resultados cualitativos	38
Antecedentes	38
Factores de vulnerabilidad.....	39
Actores claves en el acceso a salud mental	49
Resumen de los resultados cualitativos.....	62
Conclusiones	67
Trabajos citados	70
Anexo	73

1. Introducción

El presente estudio se enmarca en la preocupación que los miembros del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle¹ han explicitado acerca de los problemas que han observado en el acceso a servicios de salud mental de los niños con los que trabajan.

La OMS declara que *"...la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad"* (2007). En un sentido positivo contribuye al bienestar individual y al funcionamiento eficaz de la comunidad, en un sentido negativo, los deteriora. La prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental, así como la promoción de un estado completo de bienestar tanto físico, mental y social son relevantes al momento de promocionar el bienestar individual y el social. Por esta razón se hace necesario elevar la salud mental a un problema a nivel de política pública. A través de esta investigación se pretende contribuir a la generación de políticas públicas en el área de la salud mental, mediante la producción de evidencia. La OMS considera que el levantamiento de información es el primer paso para producir políticas públicas eficaces y eficientes en esta área. Esto se vuelve aún más urgente para Latinoamérica, continente que presenta las tasas más elevadas de prevalencia de trastornos psiquiátricos del mundo y donde el gasto en salud mental de la región no alcanza el 10% del presupuesto total destinado a la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Muchos de los problemas de salud mental surgen por primera vez durante la niñez y/o adolescencia² (Mason, 2008; Unicef, 2011), también es el grupo etario que presenta mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos³, cifra que ha ido en aumento en los últimos 20 a 30 años (Organización Panamericana de la Salud, 2007; Unicef, 2011). A pesar de ser uno de los grupos etarios que más requiere de atención en salud mental, esta necesidad de recibir atención (efectiva y pertinente) no está siendo satisfecha, pues solamente una pequeña minoría recibe atención. (Ries Merikangas, y otros, 2010; Unicef, 2011; Vicente, Saldívia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012). Esta es una realidad que afecta tanto a los países ricos, como aquellos menos desarrollados (Unicef, 2011). La falta de atención por parte de los servicios de salud mental puede

¹ El Observatorio Metropolitano de NNA en situación de calle está conformado por las siguientes instituciones: ACHNU (con sus proyectos PEC Recoleta, PEC Renca y PEC Peñalolén) SERPAJ (a través de su proyecto PEC La Florida), Don Bosco (a través de sus proyectos PEC Puente Alto y PEC Santiago). Todos los proyectos forman parte de la Red, además participa Fundación Hogar de Cristo (a través de su programa de NNJ en situación calle Cerro Navia) Junto a estos proyectos participan el Servicio Nacional de Menores, el Ministerio de Desarrollo Social, el Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica y la Fundación San Carlos de Maipo.

² Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24.

³ La media estimada de niños menoscabados funcionalmente y adolescentes con desórdenes psiquiátricos en el mundo alcanza el 12% -si bien el rango varía mucho según estudio y región estudiada. (Costello et al. 2005)

ser considerada como una vulneración a los derechos del Niño. Esto es así en la medida en que transgrede el derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios del tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Así lo establece el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño:

"Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de estos servicios sanitarios"

La salud mental de la población infanto-juvenil se convierte en un desafío para las políticas públicas pues por un lado se cuenta con cifras que demuestran que las acciones han sido insuficientes y/o poco eficaces para esta población. Por otro lado, porque se ha demostrado que la intervención oportuna durante la niñez y adolescencia tienen un impacto alto y mayor que aquellas llevadas a cabo en edades posteriores (Organización Panamericana de la Salud, 2007; Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012; Unicef, 2011). Así mismo, UNICEF (2011) argumenta que los jóvenes a los que se les reconocen sus necesidades de salud mental actúan mejor en la sociedad, rinden de manera más eficaz en la escuela y tienen más posibilidades de convertirse en adultos productivos y bien adaptados socialmente que aquellos cuyas necesidades no están siendo satisfechas. El apoyo a la salud mental, su prevención y un tratamiento oportuno reduce también la carga que pesa sobre los sistemas de atención de la salud.

Por todas las razones nombradas, se considera que se hace imprescindible indagar en las necesidades de atención de servicios de salud mental que tienen los niños, niñas y adolescentes.

2. Preguntas relevantes de investigación

¿Cuál es la necesidad de atención de servicios de salud mental que tienen los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, atendidos por los programas especializados en calle miembros del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle⁴? ¿Cuáles son los factores, que facilitan o dificultan que algunos NNA reciban atención (sea diagnóstico y/o tratamiento) mientras que otros no la reciban?

⁴ De acá en adelante: NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano

3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la necesidad de atención de servicios de salud mental que tienen los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle y, explorar cuáles son los elementos que facilitan y dificultan el acceso de estos a servicios de salud mental, desde una perspectiva bio-psico-social.

Objetivos específicos

1. Identificar perfiles de acceso a servicios de salud mental de los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano.
2. Caracterizar la demanda actual y potencial de acceso a servicios de salud mental de los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano.
3. Identificar los elementos que facilitan y/o dificultan el acceso de los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano a servicios de salud mental, desde la perspectiva de los profesionales de programas especializados.

4. Marco teórico y antecedentes

Población objeto de estudio

Este estudio se centra en un grupo de niños, niñas y adolescentes particular; los niños, niñas y adolescentes en situación de calle. La razón por la cual lo hace es porque esta investigación se enmarca en el Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Esta es una instancia de coordinación de acciones en torno a la temática de los niños, niñas y jóvenes que habitan en la calle en la Región Metropolitana de Chile. Uno de sus propósitos es generar evidencia pertinente para contribuir a debates en políticas públicas que apoyen la intervención de niños/as y adolescentes que habitan en la calle. En este contexto el Observatorio define la salud mental como uno de los temas de investigación prioritarios. La hipótesis que se sostiene es que muchos NNA en situación de calle requerirían de atención en salud mental y que esta necesidad no estaría siendo satisfecha. Este estudio recoge esta hipótesis, teniendo por objetivo determinar la necesidad de atención de servicios de salud mental que tienen los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano y, explorar cuáles son los elementos que facilitan y dificultan el acceso de estos a servicios de salud mental, desde una perspectiva bio-psico-social.

Enfoque bio-psicosocial

El problema de la salud mental es enfrentado por esta investigación, mediante la utilización de un enfoque bio-psico-social⁵. Los modelos biomédicos son insuficientes para explicar y comprender la salud mental de un individuo pues asume que las enfermedades mentales se explican—únicamente— sobre la base de procesos somáticos distorsionados -bio-químicos, y/o neuro-fisiológicos (Engel, 1977). El enfoque bio-psico-social, por su parte, argumenta que las desviaciones bioquímicas indican *el potencial de una enfermedad*, sin embargo son insuficientes para establecer si una enfermedad es realmente padecida por un individuo. El psiquiatra pionero en la adopción de este enfoque en la psiquiatría comenta: *“una anormalidad puede estar presente y sin embargo el paciente no estar enfermo”* (Engel, 1977). Para establecer la presencia “activa” de una enfermedad es necesario tomar en consideración cómo —y si— el individuo la experimenta. De esto se deduce que los factores psico-sociales son tanto una parte constituyente de lo que es la salud mental, así como de sus determinantes. Se deben conjugar una serie de variables psico-sociales, así como bio-médicas para dar cuenta del estado de salud mental de un individuo. Esta investigación utiliza una serie de variables provenientes de múltiples ámbitos para determinar la necesidad de atención de servicios de salud mental de los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano.

Salud mental en población infanto-juvenil

En esta investigación se adopta el concepto de salud mental, definido por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud:

1. *“... una condición individual que contribuye a alcanzar una calidad óptima de vida y que es susceptible a aumentar o disminuir de acuerdo con las condiciones del medio y las acciones ejercidas por la sociedad.”* (Organización Panamericana de la Salud, 2007, pág. 184).
2. *“...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y **no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**”*(Constitución de la Organización Mundial de la Salud)

Si bien ambos conceptos de salud mental han sido ampliamente adoptados por distintas organizaciones a nivel mundial al momento de dar cuenta de los *problemas* de salud mental que aquejan a las personas, llama la atención que en su gran mayoría se reportan cifras que hacen referencia únicamente a los desórdenes

⁵ Esta aproximación fue expuesta por primera vez —en el ámbito de la salud mental— por el psiquiatra Georges Engel (1977)

psiquiátricos al momento de presentar el fenómeno de la salud mental. Estos son entendidos desde un punto de vista meramente médico como un *“un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor) a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”* (DSM IV).

De esta manera se establece que a nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca del 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuro-psiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en el mundo⁶. El grupo etario más aquejado por éstos son los niños, niñas y adolescentes el grupo etario que presenta mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos que otros⁷ (Organización Panamericana de la Salud, 2007). A nivel mundial se estima una prevalencia entre 10% y 15% de cualquier trastorno en la población infanto-juvenil, mientras que en Latinoamérica y el Caribe se encontraría entre 12,7% a 15% (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Un estudio llevado a cabo en EEUU estimó que uno de cada 4-5 niños cumple con los criterios para presentar un desorden mental con deterioro severo de por vida (Ries Merikangas, y otros, 2010)⁸. En Chile más de un tercio de la población infanto-juvenil presentó algún desorden psiquiátrico dentro del período de un año, cifra considerada de las más altas dentro de Latinoamérica en este grupo etario (Vicente et al. 2012).

Si bien las cifras varían mucho de estudio en estudio, existe consenso respecto a que en este grupo etario la prevalencia de desórdenes psiquiátricos es alta. Se ha especulado que esto se puede deber a características propias de esta etapa del ciclo vital. La Organización Panamericana de la Salud (2007) declara que *“La niñez y la adolescencia (...) están influidas (por) fases del desarrollo en las que es difícil demarcar límites claros entre fenómenos que son parte de ese proceso normal y otras que son anormales”* (Organización Panamericana de la Salud, 2007: 180). Ésta podría ser una

⁶Se calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (Organización Panamericana de la Salud, 2009)

⁷La media estimada de niños menoscabados funcionalmente y adolescentes con desórdenes psiquiátricos en el mundo alcanza el 12% -si bien el rango varía mucho según estudio y región estudiada. (Costello et al. 2005)

⁸El grupo etario considerado fue de 8-15 años

de las razones por las que es tan común que los menores de edad presenten altas tasas de morbilidad psíquica.

Otros investigadores consideran que las cifras sobre-representan el problema de salud mental que "en realidad" aqueja a los niños, niñas y adolescentes (Mason, 2008). Lo que argumentan es que las estimaciones, si bien, dan cuenta de la cantidad de NNA que cumplen con los criterios de uno o más diagnósticos de presencia de un trastorno mental, estos criterios no son suficientes para establecer realmente la presencia de un problema de salud mental en un NNA. Los NNA pueden estar "funcionando bien" en sus vidas cotidianas y aun así cumplir con los criterios de diagnóstico. Es necesario observar el desenvolvimiento de los NNA en sus vidas cotidianas para poder establecer si estos realmente presentan un problema de salud mental.

Ambas explicaciones a las altas tasas de prevalencia de trastornos mentales en los niños, niñas y adolescentes, instan a comprender el problema de salud mental de este grupo etario de manera más flexible y al mismo tiempo más amplia. Según ambos argumentos, es insuficiente comprender la salud mental como un estado de ausencia de trastornos mentales. La Organización Panamericana de la Salud llama la atención sobre una serie de condiciones y necesidades emocionales y sociales que afectan el estado de salud mental de los NNA, existiendo problemas de salud mental "*cuyo abordaje no debería incluir tratamiento médico y para las que pueden ser muy eficaces las intervenciones psicosociales pertinentes*" (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Mientras que otros investigadores se aproximan a la salud mental, entendiendo que esta es un contexto cambiante, dinámico y que se encuentra en un continuo despliegue (Mason, 2008).

Factores de vulnerabilidad

Diversas investigaciones han buscado comprender el origen de las enfermedades mentales y los problemas de salud mental que aquejan al individuo. Las investigaciones epidemiológicas, observan la distribución de las enfermedades mentales en la población, diferenciando entre distribuciones no-aleatorias y aleatorias, han contribuido a esta búsqueda. Cada vez que se observa una distribución no aleatoria se presenta la oportunidad de identificar un factor causal y acercarse a responder qué es lo que hace que una persona padezca una enfermedad mental y no otra (Costello, Egger, & Angold, 2005).

Aquellos elementos que caracterizan a los grupos que presentan mayores tasas de problemas de salud mental son entendidos como factores de riesgo o de vulnerabilidad. Así, "*los factores de riesgo son variables, que predisponen a un individuo al desarrollo de enfermedades; la evaluación de riesgo es producto de la*

medición estadística de aquellos factores de riesgo que se han demostrado afectan la salud y el bienestar." (Panter-Brick, 2002, pág. 159). Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo o vulnerabilidad son probabilísticos: implican una potencialidad de desarrollar trastornos mentales futuros (Vostanis, *Mental health of Homeless children and their families*, 2002).

Si bien la mayoría de las investigaciones revisadas en el marco teórico se refieren a "factores de riesgo", en esta investigación se reemplazará este concepto por el de "factores de vulnerabilidad". La Organización Panamericana de la Salud entiende que la vulnerabilidad como "*... el resultado de un proceso dinámico de interacción entre diversos factores, que condicionan o facilitan la aparición de patología psiquiátrica u otros problemas psicológicos y sociales, ante la presencia de un evento externo amenazante.*" (OPS, 2007: 211). Se sostiene que el concepto de riesgo tiene la desventaja de situar al NNA como "responsable" de su situación, mientras que el concepto de vulnerabilidad pone el acento sobre aquellos eventos externos que al amenazar al NNA lo sitúan en una situación que facilita la aparición de problemas en el ámbito de la salud mental.

Las investigaciones que han indagado en esos factores de vulnerabilidad concuerdan en que existen ciertas condiciones que facilitan la aparición de trastornos psicopatológicos y/o problemas emocionales y desórdenes en el comportamiento (Andrews, 1985; Vostanis, *Mental health of Homeless children and their families*, 2002; Weil, y otros, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Mason, 2008; Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012).

En este estudio se decide adoptar el enfoque de factores de vulnerabilidad porque se considera que tiene múltiples ventajas. Las investigaciones empíricas que demuestran el origen de los problemas en el ámbito de la salud mental, han evidenciado que es la conjugación de múltiples factores de vulnerabilidad la que explica una mayor probabilidad de desarrollo de problemas en el ámbito de la salud mental. En este sentido han demostrado que las explicaciones mono-causales, que se enfocan únicamente en las características individuales del NNA, tienen un poder de predicción menor si se las compara con modelos más complejos que conjugan factores familiares y medio-ambientales (Mason, 2008). Esto ha llevado a un consecuente debilitamiento de los modelos bio-médicos, avanzando en la adopción de modelos bio-psico-sociales, que a la hora de generar predicciones son más certeros que los primeros. Esta evidencia ha demostrado que es necesario hacerse cargo del problema de la salud mental de manera más holística, esto es, considerar variables provenientes de distintos ámbitos, como el psicológico, genético, social y medioambiental al momento de

estudiar la susceptibilidad de los NNA de desarrollar problemas en el ámbito de la salud mental. Otra ventaja es que éste se aleja del riesgo de estigmatizar a los niños, niñas y adolescentes, puesto que se centra en comprender cómo los factores que provienen del medio en el que se desenvuelven los NNA lo predisponen para desarrollar ciertos problemas en el ámbito de la salud mental y no se centra en las características individuales y de su comportamiento. De esta manera, el foco no se encuentra en la disfunción o la patologización de los NNA, sino en comprender cómo las características del contexto multi-dimensional en el que se desenvuelven estos NNA, afectan su estado de salud mental (Pérez Benitez, y otros, 2009).

Si bien el enfoque de los factores de vulnerabilidad efectivamente presenta todas aquellas ventajas, también han surgido múltiples críticas al mismo. Uno de los argumentos críticos más importantes es el siguiente: es incorrecto asumir que la vulnerabilidad yace en las variables per se, más que en el individuo y su capacidad de agencia (Aptekar, 1994). Aquellas personas que sostienen esta crítica consideran que las investigaciones que solamente se centran en identificar factores de vulnerabilidad como un set de variables que permiten predecir algún evento invisibilizan los procesos mediante los cuales los factores estresantes claves se combinan en la vida de un individuo para producir una vulnerabilidad real. Es importante considerar la posibilidad de que un individuo logre manejar la adversidad a la que se enfrenta y no simplemente asumir que las categorizaciones que surgen del análisis cuantitativo son un reflejo fiel de la realidad. Esta investigación se hace cargo de esta crítica y buscará contrastar el perfil con las vivencias del NNA, que podrían en la práctica poner a este NNA en una situación de vulnerabilidad respecto de su salud mental.

Este estudio reconoce la existencia de al menos cinco dimensiones de factores de vulnerabilidad. Estas son construidas a partir de las dimensiones desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud y utilizando la Escala de Trauma de Marshall (Weil et al. 2004). Estas permiten agrupar las variables que han sido utilizadas por distintas investigaciones empíricas y que se han comprobado explican de manera significativa la presencia de algún problema de salud mental en un individuo (Andrews, 1985; Vostanis, Mental health of Homeless children and their families, 2002; Weil, y otros, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Mason, 2008; Vicente, Saldívia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012).

1. Factores asociados a la familia de los NNA: En relación a la familia las variables que se correlacionan con una mayor presencia de algún problema de salud mental son: el divorcio de los padres, negligencia en el cuidado del

menor, maltrato infantil, patrones de conducta inadecuados de los familiares, conductas suicidas, conductas antisociales, migración, consumo de alcohol y/o drogas, condiciones económicas precarias y pobreza, antecedentes de psicopatologías en la familia, vivir en un hogar monoparental, rechazo de los padres y conflictos entre padres e hijos, percepción de calidad negativa de las relaciones familiares, entre otros.

2. Factores asociados a la situación educacional de los NNA: Con respecto a la situación educacional las variables que se correlacionan con una mayor presencia de algún problema de salud mental son: actividades escolares desorganizadas, deserción escolar, niños que no superan cuarto básico, rendimiento académico bajo, entre otros.
3. Factores asociados a la comunidad de los NNA: En relación a la comunidad las variables que se correlacionan con una mayor presencia de algún problema de salud mental son malas condiciones socioeconómicas, ausencia de áreas libres, falta de actividades recreativas, ambientes donde existen altos niveles de estrés, redes sociales insuficientes, entre otros.
4. Factores asociados a las características individuales de los NNA: Respecto a las características individuales de los NNA las variables que se correlacionan con una mayor presencia de algún problema de salud mental son daño pre, peri y postnatal, trastornos del aprendizaje y déficit sensoriales, déficit de juego y prácticas deportivas, violencia, presencia de enfermedades crónicas, desinterés en el estudio, consumo de alcohol y/o drogas, conducta suicida, dificultades en el desarrollo global y psicomotor, entre otros.
5. Factores asociados a la vivencia de hechos traumáticos⁹: Relacionadas con vivencia de hechos traumáticos las variables que se correlacionan con una mayor presencia de algún problema de salud mental son abuso sexual, daño físico, separación traumática del niño de sus padres, presencia de violencia física entre padres, entre otros.

Si bien estas investigaciones no han podido establecer con certeza cuál es el mecanismo mediante el cual los factores de vulnerabilidad influyen en una mayor presencia de problemas en salud mental, se ha comprobado una correlación

⁹ Esta dimensión se construye a partir de la Escala de Trauma de Marshall. Sin embargo existen otras investigaciones que también han comprobado la correlación entre abuso sexual y presencia de psicopatología (Vostanis, 2002& Kendall-Tackett, 2002).

significativa entre estos. Y con ello se ha comprobado que existen grupos más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental, que otros¹⁰.

Los NNA en situación de calle como grupo vulnerable

Uno de los grupos identificados como "vulnerables" en la evidencia empírica relacionada con salud mental han sido los NNA en situación de calle¹¹(Vostanis et al. 1997, Kamieniecki, 2001 en Martínez Peralta, en publicación). La evidencia, si bien escasa, demuestra que los NNA en situación de calle presentan altas tasas de desórdenes psiquiátricos. En Australia (Kamieniecki, 2001 en Martínez Peralta, en publicación) se estima que entre un 82%-85% de los adolescentes en situación de calle tiene una prevalencia de vida de problemas de salud mental¹², cifra que duplica la prevalencia de vida de este tipo de problema en los NNA que no se encuentra en situación de calle. En EEUU se estimó que un 89% de una muestra de NNA en situación de calle del medio Oeste cumplía criterios para al menos un diagnóstico psiquiátrico (Mason, 2008). Mientras una investigación llevada a cabo en Birmingham, Inglaterra, identificó que 1/3 de los niños en situación de calle requerían de evaluación y un tratamiento clínico (Vostanis et al., 1997).

Este grupo no solamente es vulnerable respecto de su salud mental, sino que es sumamente vulnerado en distintos ámbitos: son niños que viven en contextos de pobreza y deterioro urbano; experimentan maltrato intrafamiliar; consumo de drogas; socialización callejera y negligencia parental entre otras tantas vulneraciones (Observatorio Metropolitano Calle, 2010).

En Chile existirían un total de 785 NNA en situación de calle, que representan un 6,4% del total de personas en situación de calle del país (MDS, 2011). El SENAME, en cambio, estimó para el año 2003 un total de 1.039 niños y niñas en situación de calle, de los cuales 330 pernoctaban en la Región Metropolitana (SENAME, 2004). Esta cifra, comparada con otros países Latinoamericanos es menor. (Ansa Latina, 2007). Sin embargo la magnitud del problema no reduce su complejidad, al contrario, el fenómeno de los niños que viven en calle es uno de los más difíciles de abordar, tanto por sus múltiples dimensiones, como por el alto costo y extensión de tiempo de las intervenciones. De esta manera, los datos de nuestro país indican que atender este

¹⁰ Aquellos que presentan mayor cantidad de factores de riesgo.

¹¹ Si bien no existe una definición universalmente aceptada sobre NNA en situación de calle, en este estudio se entiende por: Todo menor de 18 años que pernocta al menos, cuatro veces al mes en calle. Sin embargo, este grupo difiere de aquellos niños y niñas que por alguna actividad recreativa pernocta en la calle, pues no necesariamente corresponde a esta población. Por tanto, para poder distinguir las diversas manifestaciones de vulneración de derechos, el criterio a considerar en esta población refiere al tipo de vínculo familiar, que no es ni protector, ni cuidador. Los lugares de pernoctación en calle incluye: sitios eriazos, puentes, plazas, canchas, construcciones precarias en términos de materialidad (habitualmente llamados rucos), vehículos abandonados y casas abandonadas (Observatorio Metropolitano de Niños, Niñas y Jóvenes que habitan en la Calle, 2010).

¹² Presencia de algún tipo de desorden de salud mental durante la vida de un individuo.

problema en la actualidad es oportuno, fundamentalmente por dos razones: lo abordable de su magnitud y la necesidad de detener su aumento (Méndez, 2008).

Según datos del Catastro Nacional de Calle (MDS, 2011) la situación de calle en los niños es un fenómeno masculino, más que femenino –donde el 65% de los niños y adolescentes en situación de calle son hombres. La mayor proporción de niños declara estar viviendo entre 1 y 5 años en la calle (31%). También son niños que en un su mayoría han estado institucionalizados – un 51% de los menores de edad en situación de calle declaran haber vivido en un centro u hogar de niños. La mayoría de estos niños dejaron de asistir a colegios (58%). Acá se pueden observar diferencias según sexo; son los niños los que en mayor proporción dejan de asistir al colegio (70%), en comparación a las niñas (35%). Un 43% de los niños en situación de calle trabajan, ganando al mes en promedio 78.879 pesos chilenos. Sin embargo una gran proporción de niños en situación de calle declaran que les gustaría seguir estudiando.

Sin embargo, hay investigadores que instan a entender la situación de calle como algo más que “un error” (Felsman, 1984; Tyler, Tyler, Echeverry, & Zea, 1991 en Aptekar, 1994). Existen investigaciones que han demostrado que muchas veces los niños, niñas y adolescentes en situación de calle tienen mejores condiciones de salud física y mental, que sus hermanos y sus pares, que permanecen en los hogares abandonados por los primeros (Panter-Brick, 2002; Aptekar, 1994). En un estudio llevado a cabo en Tegucigalpa, Honduras, se compara una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de calle con una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza y la conclusión es que los primeros se encuentran en mejores condiciones de salud física y mental que los segundos (Aptekar, 1994). También existe literatura que se ha enfocado en las características resilientes de los NNA en situación de calle y han concluido que estos generan factores protectores directamente relacionados a la vivencia en calle, que los hacen menos susceptibles a desarrollar desórdenes psiquiátricos que otros NNA que no han vivido en calle. (Aptekar, 1994).

Además es importante comprender que muchos de los factores de vulnerabilidad que caracterizan a los NNA en situación de calle también están presentes en familias y grupos que viven en extrema pobreza (Vostanis, *Mental health of Homeless children and their families*, 2002; Aptekar, 1994). Por esta razón algunos autores plantean que no hay nada “único” respecto de la situación de calle que hace que los NNA que viven tal situación tengan una mayor probabilidad a desarrollar problemas en el ámbito de la salud mental. Existen dudas sobre si los NNA en situación de calle están en una situación de vulnerabilidad “única”, o si más bien, forman parte del espectro de niños en situación de pobreza, del extremo de este espectro (Panter-Brick, 2002)

Tomando en consideración esta evidencia, se hace necesario estudiar la relación entre la carencia de hogar y la salud mental y no asumir que la situación de calle en sí misma pone de manera automática en riesgo físico y psico-social a los niños en esta condición. Es necesario comprobar cuál es la magnitud y relación que existe entre ambos fenómenos y no adscribirles simplemente a estos niños, niñas y adolescentes una mayor prevalencia de problemas de salud mental.

Acceso a salud mental

Este estudio busca ver cómo están siendo satisfechas las necesidades de atención en salud mental que tienen los NNA en situación de calle. Respecto a esto último, es importante considerar que, como está estipulado en el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño, los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios del tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. A pesar de ello, las cifras internacionales y nacionales muestran que la necesidad de los niños, niñas y adolescentes de recibir atención (efectiva y pertinente) por parte de los servicios de salud mental no está siendo satisfecha. En EEUU se estima que un 80% de los niños pre-adolescentes¹³ que tienen diagnóstico en salud mental no están recibiendo un tratamiento (Ries Merikangas, y otros, 2010). Vicente et al. (2011) estiman que en Chile los adultos tienen catorce veces más chances de recibir un servicio especializado en salud mental que los niños y adolescentes.

La baja atención de los NNA se vuelve aún más relevante si se considera que las distintas acciones de prevención y/o reparación en el ámbito de la salud mental llevadas a cabo durante la niñez y adolescencia tienen un impacto alto y mayor que aquellas llevadas a cabo en edades posteriores (Organización Panamericana de la Salud, 2007; Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012). De esta manera si bien la infancia es uno de los grupos más vulnerables, en cuanto a su susceptibilidad de presentar altas cifras de prevalencia de desórdenes mentales, también se constituye como uno de los más moldeables en términos del impacto que pueden tener distintas intervenciones realizadas durante la niñez y adolescencia.

La pregunta que surge es por qué un escaso número de niños, niñas y adolescentes reciben atención de los servicios especializados en salud mental, aun cuando se ha demostrado la efectividad de los tratamientos a temprana edad. Vostanis (1997) identifica algunos problemas en el acceso a servicios de salud, que aquejan especialmente a los niños en situación de calle: la movilidad de estos niños los lleva a deambular entre distintos servicios de salud lo que hace menos probable que estos

¹³El grupo etario considerado fueron los niños entre 9-18 años

niños tengan un servicio de salud asignado lo que reduce las probabilidades de acceder a los servicios de salud primarios y secundarios. Por esta misma razón los niños y sus familias tienden a ser usuarios de los departamentos de urgencias de los hospitales y esto aumenta los costos asociados a los servicios. La alta movilidad de los niños en situación de calle también genera un problema en cuanto a la información de la que disponen los servicios locales que los atienden. Estos suelen contar con poca información sobre la historia (médica) del niño, o bien, con información descontinuada del mismo y por ende, insuficiente.

En esta investigación se pretenden identificar los elementos – facilitadores u obstaculizadores – que influyen en el acceso a los servicios de salud mental de los NNA en situación de calle pertenecientes a programas del Observatorio Metropolitano. Dentro de los elementos cobra especial relevancia una figura; las duplas psico-sociales, que funcionan como “porteros”¹⁴ de acceso a los servicios de salud mental (Costello, Egger, & Angold, 2005). Por esta razón, también, se indagará en las categorías utilizadas por las duplas psico-sociales para identificar la necesidad de atención de un NNA en el sistema especializado de salud mental. Con esto se busca dar cuenta del “filtro” que estas utilizan y comprender su rol en el acceso a los servicios de salud mental de los NNA en situación de calle.

¹⁴ Los porteros son todas aquellas personas, a través de las cuales los niños en situación de calle acceden a distintos servicios, típicamente los padres, profesores en el colegio y en general algún adulto “protector”.

5. Metodología

Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio exploratorio de carácter mixto. En una primera fase se realizó un análisis cuantitativo con el objetivo de caracterizar y cuantificar la demanda de acceso a servicios de salud mental de los NNA del Observatorio Metropolitano Calle. Para ello, se establecieron perfiles de acceso a servicios de salud mental. Esta información se complementó con una segunda fase cualitativa que sirvió para identificar los distintos factores que dificultan, impiden o facilitan el acceso a los servicios de salud mental.

Datos y Muestra

Para el análisis cuantitativo se utilizó la información del Sistema de Registro de los Observatorios Metropolitanos de niños, niñas y adolescentes en situación de calle que son usuarios de siete proyectos dirigidos a este grupo¹⁵. Todos ellos pertenecientes al Observatorio Metropolitano de NNA en situación de calle.¹⁶ En total se cuenta con información de 617 niños, niñas y adolescentes que han sido atendidos por los proyectos desde diciembre del 2005 hasta diciembre del 2013.

Para esta investigación se seleccionó una muestra del total de los 617 casos disponibles. Para la muestra se seleccionaron todos aquellos casos que se encontraban “en atención” por los programas especializados que participan del Observatorio en el mes de diciembre 2013 (n=213).¹⁷.

Medidas/Estrategia de cuantificación de demanda

Para poder determinar qué estrategia utilizar para cuantificar la demanda de servicios de salud mental se realizó un análisis exhaustivo de las investigaciones que hubieran abarcado esta problemática. A partir del análisis, se identificaron tres estrategias: 1) Aplicación de diferentes test de *screening*, que miden/observan directamente síntomas los cuales se pueden relacionar con la presencia de trastornos mentales en la

¹⁵ Don Bosco Santiago, Don Bosco Puente Alto, Achnu Peñalolén, Achnu Recoleta, Achnu Renca, Serpaj y Hogar de Cristo

¹⁶El Observatorio Metropolitano es una instancia de coordinación de acciones en torno a la temática de los niños, niñas y jóvenes que habitan en la calle en la Región Metropolitana y está integrado por diferentes instituciones que tienen relación con esta materia: SENAME, Fundación San Carlos de Maipo, Fundación Don Bosco, Hogar de Cristo, SERPAJ, ACHNU, Ministerio de Desarrollo Social, R.S Comunidad Mall Plaza y el Centro de Políticas Públicas UC.

¹⁷ Se tomó esta decisión para contrarrestar una limitación respecto de la base de datos: aún cuando los proyectos cuentan con un manual de conceptos y capacitaciones para el llenado de las variables, estas son ingresadas por distintas personas dentro de un mismo proyecto a lo largo de los años. Esta situación hace que el proceso y las categorías utilizadas por las personas sean poco transparentes al investigador. Surgen preguntas como: ¿están entendiendo todos los proyectos lo mismo por abuso sexual por ejemplo? Por esta razón se decidió visitar los 7 proyectos, revisando caso por caso el llenado de las variables de interés para así homologar los criterios de llenado entre los proyectos. Por esta decisión, se utilizarán únicamente los casos de NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano correspondientes a los que se encuentran “en atención” para el mes de diciembre de 2013

muestra analizada¹⁸. 2) Entrevistas psiquiátricas, que miden/observan directamente síntomas y por lo tanto, la presencia de un trastorno mental en una muestra determinada¹⁹. 3) Análisis de factores de vulnerabilidad los cuales permiten hablar sobre la probabilidad que tiene el individuo de desarrollar algún tipo de problema de salud mental.

Por razones tanto prácticas como sustantivas, en este estudio se decidió utilizar la tercera estrategia metodológica. Las razones prácticas refieren a que las variables que existen en la base de datos de los Observatorios Metropolitanos se condicen con una serie de factores de vulnerabilidad destacados por diversas investigaciones nacionales e internacionales. Estos factores han sido estudiados y validados para distintas poblaciones, lo que por un lado, evidencia el poder de predicción del modelo y por otro, posibilita que los resultados que surjan a partir de las estimaciones de este estudio sean comparables con resultados de estudios similares

Las razones sustantivas refieren a que este enfoque permite hacerse cargo de manera más holística del problema de salud mental, pues considera variables provenientes de distintos ámbitos, como el psicológico, genético, social y medioambiental. Todos estos ámbitos son incluidos al momento de estudiar la susceptibilidad de los NNA de desarrollar algún problema de salud mental (considerando un enfoque biopsicosocial). Al mismo tiempo, se aleja del riesgo de estigmatizar a los NNA en situación de calle, puesto que se centra en factores que provienen del medio en el que éstos se desenvuelven y no sólo de sus características individuales o de comportamiento. El foco no está puesto ni en la disfunción ni en la patologización de estos NNA, sino que se centra en comprender cómo el contexto multi-dimensional en el que se desenvuelven los afecta de distintas maneras, incluyendo el ámbito de la salud mental (Pérez Benitez, y otros, 2009).

Por último, la selección del enfoque seleccionado permite que las políticas públicas tengan un mayor rango de acción puesto que la comprensión biopsicosocial del fenómeno posibilita el diseño y producción de distintos tipos de intervenciones (prevención, promoción, tratamiento, etc.).

Con respecto a los factores de vulnerabilidad psicosocial, los estudios muestran que estos son múltiples y refieren a distintos ámbitos. En la presente investigación se consideran cuatro tipos: 1) Los relacionados con la educación, 2) las características individuales, 3) los relacionados con la situación familiar de los NNA, 4) y la exposición

¹⁸En el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil se han desarrollado y aplicado diversos instrumentos que permiten medir desórdenes psiquiátricos como el Rutter, K-SADS, DISC, entre otros. El diseño metodológico de estas investigaciones supone la aplicación de estos test de screening.

¹⁹Un ejemplo es la entrevista estructurada llamada "CAPA" (Child and Adolescent Psychiatric Assessment).

a eventos traumáticos. Se seleccionaron estas dimensiones (y se excluyeron algunas otras relevantes) debido a que estas variables son las que se encuentran disponibles en el Sistema de Información del Observatorio. A su vez, estas variables han sido validadas por la literatura internacional y nacional donde se ha demostrado que son las más indicadas (junto con otras, como por ejemplo los factores asociados a la comunidad de los NNA para medir el fenómeno de estudio.

Los factores anteriormente mencionados se construyeron utilizando las siguientes variables:

1. Situación educacional del NNA
 - Asistencia a establecimiento educacional
 - ¿cuál fue el último curso aprobado?
2. Situación de maltrato
 - Maltrato psicológico
 - Maltrato físico leve y/o grave
 - Abuso sexual
 - Situación de explotación sexual comercial
3. Características psico-sociales de las niñas
 - Consumo problemático de drogas
 - Consumo problemático de alcohol
4. Situación psicosocial de las familias
 - Antecedentes de salud mental (Enfermedad mental)
 - Violencia intrafamiliar
 - Consumo problemático de drogas
 - Negligencia

Estas variables son agrupadas en 4 dimensiones:

1. Factores asociados a la situación educacional de los NNA:
 - a. Asistencia establecimiento educacional
 - b. ¿Cuál fue el último curso aprobado?
2. Factores asociados a la vivencia de hechos traumáticos
 - a. Maltrato psicológico
 - b. Maltrato físico leve y/o grave
 - c. Abuso sexual
 - d. Situación de explotación sexual

comercial

3. Factores asociados a la familia de los NNA

- a. Antecedentes de salud mental (Enfermedad mental) en la familia
- b. Violencia intrafamiliar
- c. Consumo problemático de drogas en la familia
- d. Negligencia parental

4. Factores asociados a las características individuales de los NNA

- a. Consumo problemático de drogas
- b. Consumo problemático de alcohol

Los resultados descriptivos se presentan utilizando estas dimensiones. La construcción de estas dimensiones se basó en la literatura revisada. Allí se establece empíricamente que más que la presencia de un factor de riesgo, lo que hace probable el desarrollo de problemas en el ámbito de la salud mental, es la presencia de múltiples factores (Vostanis, 2002; Weil et al. 2004; Mason, 2008; Pérez Benitez, y otros, 2009; Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012). Por último, también se incluye la variable "situación de problemas de salud mental diagnosticados por especialistas" y "tiene algún tipo de tratamiento regular". Ambas se utilizan para dar cuenta de la cantidad de NNA que acceden a los servicios de salud mental.

Estrategia de análisis

Con respecto a la estrategia de análisis, se formuló una tipología de factores de vulnerabilidad que toma en cuenta la presencia de múltiples características psicosociales de los niños, niñas y adolescentes del Observatorio y de su entorno cercano relacionadas con el ámbito de la salud mental. Se cruzó esta tipología con la variable "situación de problemas de salud mental diagnosticados por especialistas". Esto permitió caracterizar la demanda actual y potencial de servicios de salud mental.

Para construir las tipologías de factores de vulnerabilidad se utilizó el análisis de conglomerado. Este análisis es el nombre genérico que recibe una serie de procedimientos que se utilizan para crear clasificaciones (Aldenderfer & Blashfield, 1984). En esta investigación en particular, se utilizó para clasificar a los NNA en situación de calle pertenecientes al Observatorio Metropolitano en una cantidad determinada de grupos, los cuales poseen distintos perfiles de riesgo, también conocidos como conglomerados. La construcción de estos grupos fue realizado en dos etapas metodológicas:

1. Análisis factorial exploratorio
2. Análisis de conglomerado, a través de un método jerárquico aglomerativo.

A continuación se explican en detalle ambos pasos:

Primero se realizó un análisis factorial exploratorio con el propósito de descubrir si existen variables que se encuentran altamente correlacionadas entre sí y que son posibles de ser agrupadas. Este paso es necesario para llevar a cabo un análisis de conglomerado. La inclusión de variables altamente correlacionadas en un análisis de conglomerado debe ser evitada, puesto que éstas generan distorsiones no deseadas al momento de crear los conglomerados (ej. La generación innecesaria de conglomerados atípicos, la generación de conglomerados que son muy homogéneos entre ellos, entre otros problemas). El análisis factorial exploratorio permite identificar esas variables, dado que se trata de un test estadístico que muestra si existen dimensiones subyacentes a las variables utilizadas. A través del análisis se establece la cantidad de dimensiones que existen y las variables (con su nivel de correlación) que pertenecen a cada una de esas dimensiones.

Se utilizaron las 12 variables para hacer el análisis y los siguientes criterios de inclusión, que determinan ciertas exigencias mínimas para que una variable sea considerada parte de la dimensión analizada.

1. Criterio de raíz latente: Cualquier factor individual debería justificar la varianza de por lo menos una única variable. Cada variable contribuye con un valor de 1 para el auto-valor total. Por lo tanto, sólo se consideran las variables que tienen raíces latentes o auto-valores mayores que 1. En términos prácticos esto significa que se incluyen variables que justifican la varianza de por lo menos una única variable.
2. Criterio valor absoluto: Se suprimieron aquellos valores absolutos con una correlación menor a 0.3. El valor absoluto es una medida que da cuenta de la distancia/cercanía que existe entre las variables analizadas, esto es, mientras mayor el valor absoluto más correlacionadas se encuentran las variables entre ellas. En las ciencias sociales se suele utilizar valores absolutos que al menos sean mayores a 0.
3. Criterio de porcentaje de la varianza: El test estadístico también arroja el porcentaje de la varianza que las dimensiones explican en su totalidad. En este caso, las 4 dimensiones explican el 56% de la varianza total. Esto significa que las cuatro dimensiones explican un 69% de la varianza total extraída. En el ámbito de las ciencias sociales se suelen utilizar soluciones que representan alrededor de 60% de la varianza total. Por ende, se puede decir que el 69% es aceptable.

El análisis factorial exploratorio arrojó la existencia de dos componentes. El primer componente incluyó las variables: desfase escolar, no asistencia escolar, consumo problemático de alcohol y consumo problemático de drogas en el NNA. El segundo

componente incluyó las variables: maltrato psicológico, maltrato físico leve y/o grave, violencia intra-familiar y consumo problemático de drogas y alcohol. Esto significa que las variables abuso sexual, explotación sexual comercial, negligencia parental y presencia de enfermedad mental en la familia se encuentran correlacionados en un valor menor a 0.3 con estos componentes y por ende son excluidas del análisis de conglomerados.

Una vez establecidos los dos componentes y sus variables, se realizó el análisis de conglomerado utilizando las dos dimensiones como variables a partir de las cuales se crean los grupos. Como se trata de variables nominales se lleva a cabo un análisis de conglomerado jerárquico²⁰, utilizando el algoritmo de distancias máximas²¹ y como medida de (dis) similitud phi-cuadrado²².

Diseño, aplicación y análisis de entrevistas en profundidad.

Instrumento de recolección de información

De modo de complementar la estimación cuantitativa de la demanda se realizó una fase cualitativa. A través de ella se buscó comprender cuáles son los elementos que dificultan o facilitan el acceso de los NNA de los Observatorios Metropolitanos a la atención en salud mental. Para ello se realizaron 16 entrevistas en profundidad a duplas psico-sociales y educadores de programas especializados en esta población en la Región Metropolitana, perteneciente al Observatorio Metropolitano. Las entrevistas buscaron comprender cuáles son las percepciones de las duplas respecto de las necesidades de atención y acceso a servicios de salud mental de ciertos NNA puntuales que cumplieron con ciertos perfiles de vulnerabilidad y acceso a servicios de salud mental, identificados a través de la metodología cuantitativa.

Diseño muestral de la fase cualitativa

El trabajo cuantitativo permitió identificar distintos perfiles de NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano, que se cruzaron con los datos sobre niños que reciben diagnóstico/no reciben diagnóstico y tratamiento regular en salud mental. A partir de este cruce se establecieron casos tipo de NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano, sobre los cuales se indagó en las entrevistas.

²⁰ Es un método estadístico no paramétrico, que crea conglomerados de casos o variables, utilizando variables ordinales y nominales a partir del cálculo de la distancia entre los objetos.

²¹ Se agrupan entre sí los conglomerados cuyos objetos más lejanos son más similares entre sí (respecto a otros conglomerados)

²² Es una medida de disimilaridad. Corresponde a la medida chi-cuadrado normalizada por la raíz cuadrada del número de casos. Su valor no depende del tamaño muestral.

Tabla 1: Criterios de segmentación de muestra cualitativa y cantidad de entrevistas realizadas

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Tiene antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista	2	3	1	1
No tiene antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista	3	3	2	1
TOTAL DE ENTREVISTAS (16)	5	6	3	2

Fuente: Elaboración Propia

Se procedió a hacer un muestreo intencionado de los casos a entrevistar, de acuerdo a los criterios de segmentación de la muestra cualitativa detallados en la Tabla 1. Se escogieron los niños aleatoriamente en la base de datos de los Observatorios Metropolitanos, de acuerdo al perfil indicado y se procedió a entrevistar a la dupla psico-social y al educador a cargo de aquel niño. La cantidad de niños seleccionados por perfil dependerá de su distribución en la base de datos.

La cantidad de NNAs por grupo se determinó a partir de la distribución de los mismos en la base de datos. De esta manera, se seleccionaron más niños en los grupos que representaban mayor cantidad de casos en la muestra. De ello resultó la distribución que se observa en la Tabla 2. Luego se procedió a hacer un muestreo intencionado de los casos a entrevistar. Se escogieron los niños aleatoriamente en la base de datos de los Observatorios Metropolitanos, de acuerdo al grupo al que pertenecían y la presencia/ausencia de antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista. También se buscó que todos los proyectos participantes fueran representados en esta selección, sin embargo no se intencionó la cantidad de NNAs por proyecto. Luego se procedió a contactar a las duplas psico-sociales a cargo de los NNAs que habían sido seleccionados de manera aleatoria.

Tabla 2: Cantidad de entrevistas realizadas por proyecto

Institución	Cantidad de Entrevistas realizadas
ACHNU Renca	3
ACHNU Peñalolén	3
ACHNU Recoleta	3
Don Bosco Puente Alto	2
SERPAJ La Florida	1
Hogar de Cristo	4
TOTAL DE ENTREVISTAS	16

Mediante la estrategia cualitativa, se busca comprender cuáles son las percepciones de las duplas psicosociales de los programas de calle que participan del Observatorio, y que trabajan directamente en la atención de los niños, respecto de las necesidades de atención y acceso a servicios de salud mental de casos particulares de NNA. Al indagar en esto, se permite responder al objetivo específico de esta investigación, que dice relación con la identificación de los elementos que facilitan y/o dificultan el acceso de los NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano a servicios de salud mental, desde la perspectiva de los profesionales de programas especializados.

Los casos han sido considerados en tanto, cumplen con distintos perfiles de NNA atendidos por los programas del Observatorio Metropolitano y que varían respecto de la existencia (o no) de un diagnóstico y tratamiento regular en salud mental.

Estrategia de análisis

El análisis se realizó mediante la transcripción literal de las entrevistas en profundidad. Se utilizó el criterio de saturación, que se refiere al momento en que después de haber realizado las entrevistas el material cualitativo deja de aportar datos nuevos.

Respecto de la estrategia de análisis, se utilizaron elementos de la teoría fundada (Grounded Theory) y se realizó análisis de contenido. Uno de los rasgos del análisis de contenido es la utilización de categorías, que llevan al material empírico y que son evaluadas repetidamente frente a él, modificándose si es necesario; la meta fue reducir el material (Flick, 2007). El análisis utilizó los siguientes principios, que son compartidos por ambos enfoques (Corbin & Strauss, 1990):

1. La recolección de los datos y el análisis están interrelacionados. En un primer momento, los dispositivos de conversación servirán como insumo para profundizar en ciertos temas, que se releven en ellos.

2. Los conceptos son las unidades básicas del análisis. Se elaborarán conceptos, que den cuenta de fenómenos, que subyacen a las entrevistas. Las narraciones serán analizadas como indicadores de fenómenos.
3. Los conceptos pueden ser agrupados en categorías. Algunos de los conceptos deben dar pie al desarrollo de categorías, que los agrupen. Esto permite establecer relaciones entre conceptos similares. Resulta importante considerar este paso, si se quiere dar cuenta de tipos de trayectorias, que agruparán distintos conceptos en una misma categoría.

Así mismo se utilizó la técnica, desarrollada por la teoría fundada para analizar los datos, denominada "codificación", de la cual se utilizarán dos procedimientos:

- a. Codificación abierta: Comparación de distintos eventos/acciones/interrelaciones, que son reportados por el entrevistado, buscando similitudes y diferencias. Luego estos son agrupados bajo conceptos y/o categorías.
- b. Codificación axial: Las categorías son relacionadas con sus sub-categorías, determinando uno más tipos de relaciones entre ellas. Estas últimas pueden ser identificadas como condiciones, contexto, estrategias y consecuencias.

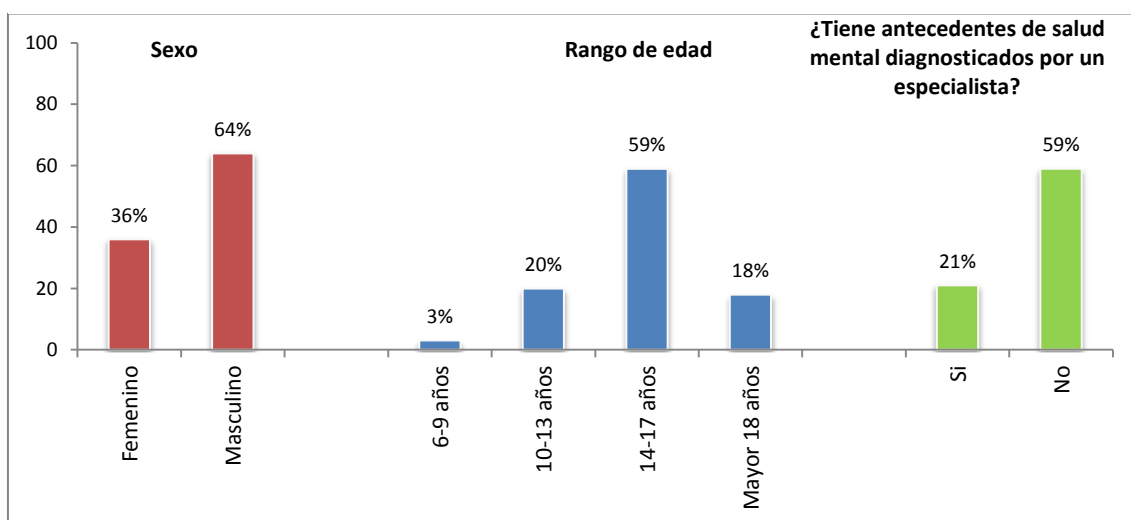
Para hacer el análisis se utilizó el software de análisis de datos Microsoft Office Excel 2007.

6. Resultados cuantitativos

Descripción de la muestra

La muestra de NNA en situación de calle es de 261 casos, que corresponde a los niños, niñas y adolescentes en situación de calle que se encontraban “en atención” durante el mes de diciembre 2013 en uno de los 7 programas pertenecientes al Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. En el Gráfico 1 se observa la distribución de los casos según sexo, rango de edad²³ y diagnóstico de

Gráfico 1: Caracterización de la muestra según sexo, rango de edad y diagnóstico de salud mental (%)



salud mental.

Fuente: Elaboración propia con datos Observatorio Metropolitano de niños en situación de calle “en atención”. N=261

La mayor presencia de niños en situación de calle se condice con las cifras a nivel mundial, que identifican este fenómeno como uno predominantemente masculino. Se especula que esto se debe al hecho de que las niñas pueden soportar grados mayores de abusos, siendo la huida del hogar una opción menos viable para ellas. Muchos de estos niños siguen teniendo contacto con sus familias y trabajan en la calle para aumentar los ingresos del hogar, mientras que otros han roto los lazos familiares y han hecho de la calle su hogar (UNICEF, 2006).

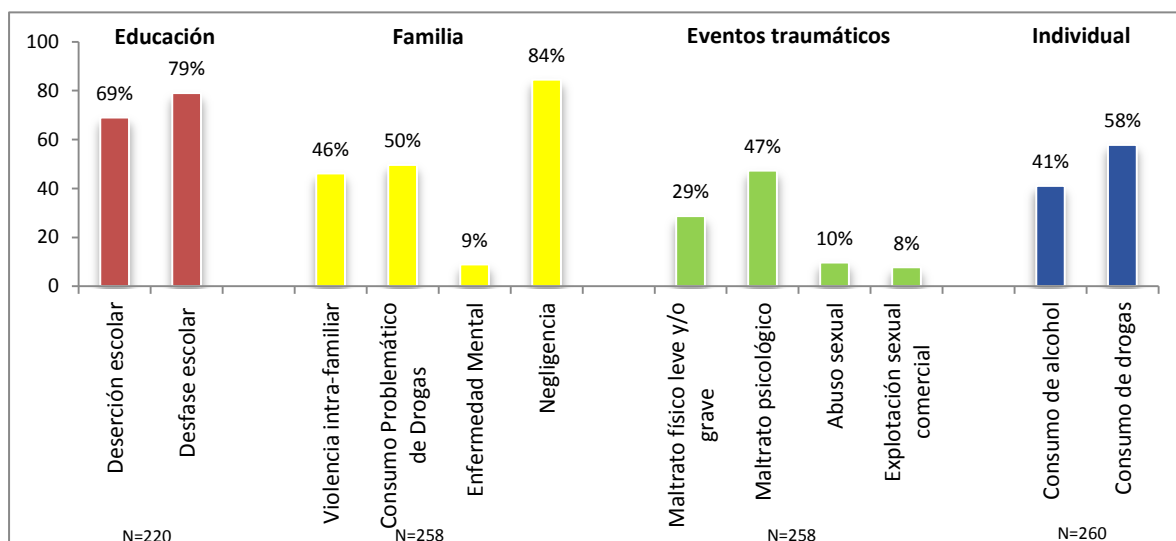
Es importante recalcar que un 21% tiene antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista y que de este subgrupo únicamente un 30% tiene algún tipo de tratamiento. Existen estudios llevados a cabo en distintos países –Australia e Inglaterra por ejemplo– que estiman que la prevalencia de algún tipo de trastorno

²³ Respecto del rango de edad es necesario hacer una aclaración; se incluye información de los mayores de 18 años, puesto que los proyectos, aun cuando trabajan con población menor a 18 años, muchas veces hacen seguimiento a los NNA que cumplen los 18 años. Por esta razón, se incluye también en este estudio ese grupo etario

mental en NNA en situación de calle supera el 80% (Vostanis, Mental health of homeless children and their families, 2002). Esta cifra, además de la sospecha de los programas del Observatorio de que existirían muchos niños, niñas y adolescentes con los que trabajan que requieren de atención y tratamiento, pues presentan síntomas de problemas de salud mental, permite hipotetizar que la cantidad de NNA que requerirían de acceso a servicios de salud mental sería más alta de aquella que está siendo captada actualmente por los programas (21%). Para aclarar esta hipótesis se indaga en algunos factores de vulnerabilidad que la literatura ha demostrado, a través de investigaciones empíricas, se relacionan con una mayor probabilidad de presentar problemas de salud mental. En específico, en este estudio se ha indagado en cuatro tipos de factores; asociados a la educación, a la familia, la vivencia de eventos traumáticos y algunos factores individuales. A continuación se presenta la distribución de estos factores en la muestra (Ver Gráfico 2).

Factores de vulnerabilidad en NNA en situación de calle

Gráfico 2: Distribución de factores de vulnerabilidad en la muestra



atención".²⁴

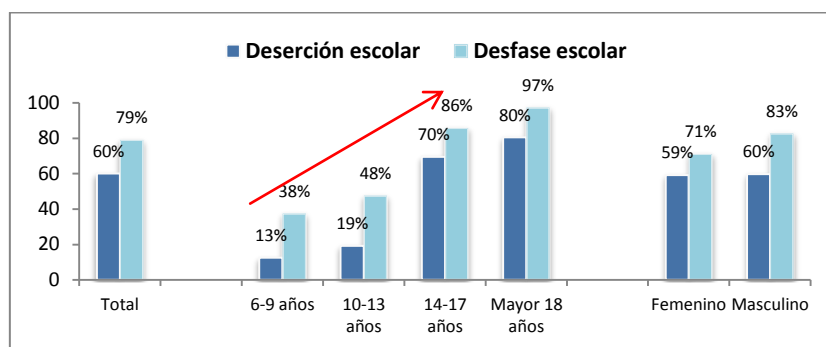
Tal como se observa en el Gráfico 2, los factores de vulnerabilidad que afectan a la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes en situación de calle pertenecientes a programas del Observatorio son la negligencia parental (84%), el desfase escolar (79%) y deserción escolar (69%).

²⁴ Tal como se observa en el gráfico, las distintas dimensiones no se encuentran medidas para la totalidad de casos. Las diferencias se deben a que hay algunas variables que no recogen información para la misma cantidad de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Por esta razón, se reporta para cada una de las dimensiones el total de los casos. Así vemos que en la dimensión educacional, hay en total de 41 casos para los que no se reportan casos, para la dimensión familiar y la vivencia de hechos traumáticos son 3 casos para los que no se reporta información, por último para el factor individual existe 1 caso del que no se reporta información.

Factores asociados a la situación educacional

Con respecto a la situación educacional de los NNA, es posible observar que tanto el desfase y la deserción escolar aumentan en la medida que aumentan los años de los niños. Además afecta más a los hombres que a las mujeres, especialmente el desfase escolar (71% en las niñas y adolescentes v/s 83% en los niños y adolescentes).

Gráfico 3: Distribución de factores educacionales, según edad y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos Observatorio Metropolitano de niños en situación de calle "en atención". N= 220²⁵

Factores asociados a la familia

Basado en la revisión de fuentes secundarias se identificaron cuatro factores asociados a la familia: violencia intrafamiliar, consumo problemático de drogas en la familia, presencia de enfermedad mental en la familia y negligencia familiar. El factor que se encuentra más presente en la muestra es la negligencia; un 84% de los NNA sufren de negligencia familiar. Le sigue a ello, el consumo problemático de drogas en la familia (50%), la violencia intra-familiar (46%), y por último, la presencia de enfermedad mental en la familia (9%). No se observan tendencias generales de los datos según edad. Únicamente se identifica una mayor presencia de violencia intra-familiar y consumo problemático de drogas en la familia en las niñas y adolescentes en situación de calle, en comparación a los niños y adolescentes en situación de calle. Un 52% de las niñas y adolescentes presentan violencia intrafamiliar, mientras que los niños y adolescentes en un 43%. Así mismo, el consumo problemático de drogas en la familia afecta a un 53% de las niñas y adolescentes y en un 48% a los niños y adolescentes en situación de calle.

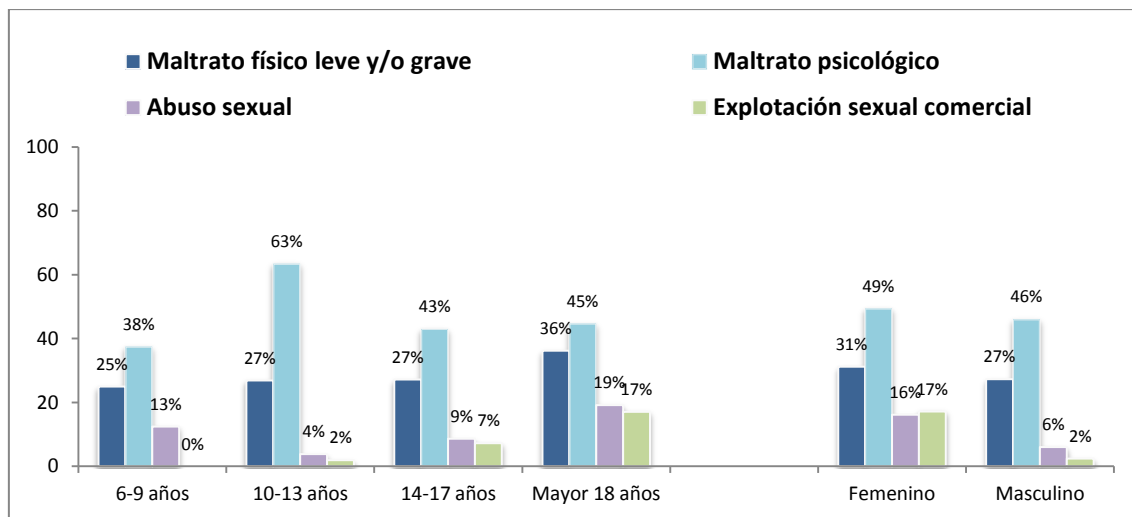
Factores asociados a la vivencia de hechos traumáticos

Se midió la presencia de cuatro hechos traumáticos vivenciados por los NNA en situación de calle pertenecientes a los Observatorios: Maltrato físico leve y/o grave, maltrato psicológico, abuso sexual y explotación sexual comercial. Un 47% de los NNA en situación de calle han sufrido maltrato psicológico, a ello le siguen un 29% de NNA

²⁵ El total de casos corresponde a 220 en este caso, puesto que las variables referidas al factor educacional. Por ende existe un total de 32 casos, en los que no se tiene información sobre la deserción escolar y desfase escolar.

que han vivido maltrato físico leve y/o grave, un 10% presenta abuso sexual y un 8% ha sido víctima de explotación sexual comercial.

Gráfico 4: Distribución de factores asociados a la vivencia de hechos traumáticos, según edad y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos Observatorio Metropolitano de niños en situación de calle "en atención". N= 258²⁶

Tal como se observa en el Gráfico 4 hay una tendencia general en tres de los cuatro hechos traumáticos; tanto el maltrato físico leve y/o grave, como el abuso sexual y la explotación sexual comercial son hechos que son vivenciados por una mayor proporción de niños a medida que aumenta su edad. Así por ejemplo un 19% de los NNA en situación de calle que son mayores de 18 años ha sido abusado sexualmente, en comparación al 9% entre 14 y 17 años, el 4% de NNA entre 10 y 13 años y el 13% entre 6 y 9 años. Al igual que en el caso de los factores familiares, hay una mayor proporción de niñas y adolescentes que vivencian los cuatro hechos traumáticos, en comparación a los niños y adolescentes en situación de calle.

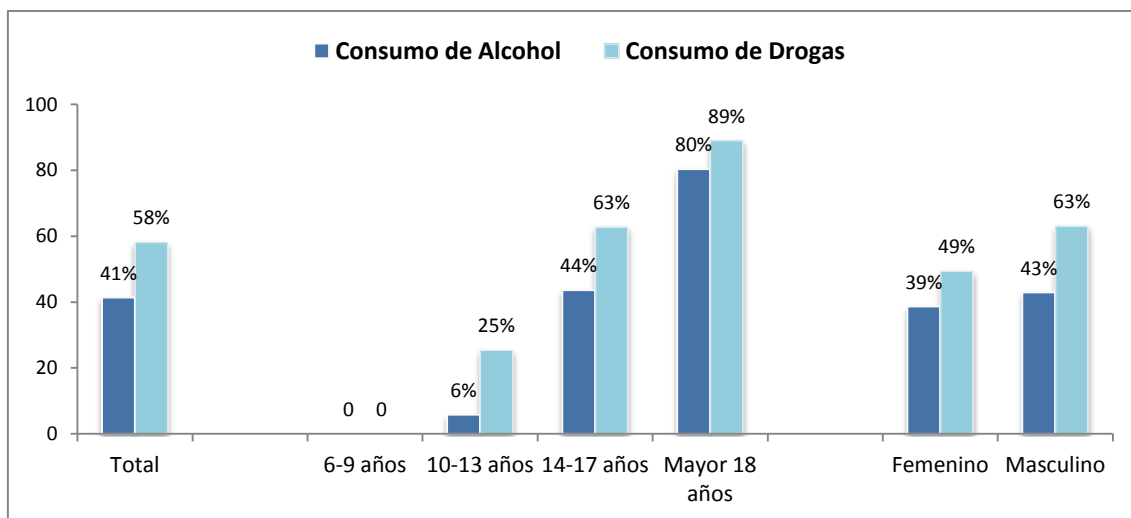
Factores asociados a características individuales

Otro nivel en los que se identificaron factores de vulnerabilidad es el nivel individual. Por restricciones de disponibilidad de variables del Sistema de Registro de Información de Observatorio se incorporaron únicamente dos factores asociados a las características individuales: el consumo problemático de alcohol y el de drogas. Tal como se observa en el Gráfico 5, se observa que a mayor edad, mayor presencia de consumo de alcohol y drogas, siendo el consumo de drogas más alto en todos los

²⁶ Se observa que el total de casos son 258. Esto se debe a que no existe información reportada para este factor de vulnerabilidad para 3 casos.

casos. Así mismo, se puede observar que son los hombres los que consumen en una mayor proporción, tanto drogas como alcohol.

Gráfico 5: Distribución de factores asociados a características individuales, según edad y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos Observatorio Metropolitano de niños en situación de calle "en atención". N= 256²⁷

Se han considerado en el análisis 12 factores de vulnerabilidad, que se encuentran reunidos en las cuatro dimensiones que se han presentado hasta acá. Solamente un 3% de la muestra presenta simultáneamente los 12 factores. Los casos que presentan "ningún" factor corresponden al 1% de la muestra. La mayor proporción de niños, niñas y adolescentes de la muestra presentan entre 7 y 12 factores (42%), seguido por los niños que presentan entre 4 y 6 factores (36%), por último, un 21% presenta entre 0 y 3 factores de vulnerabilidad.

²⁷ El total de casos es de 256. Esto significa que hay 5 casos, de los que no se tiene información sobre a situación de consumo de alcohol y drogas.

Tabla 3: Cantidad de factores de vulnerabilidad por edad

Cantidad de factores de vulnerabilidad	6-9 años	10-13 años	14-17 años	Mayor 18 años	TOTAL
0 a 3 factores	50%	18%	20%	3%	21%
4 a 6 factores	50%	55%	34%	22%	36%
Más de 7 factores	0%	7%	46%	76%	42%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. N=220²⁸

Tal como se logra observar en la

²⁸ Se recuerda que para este caso solamente se considera un total de 220 casos, puesto que se quiere comparar a NNA que dispongan de información sobre todas las variables.

Tabla 3, los mayores de 18 años muestran la mayor concentración de factores de vulnerabilidad (más de 7 factores), con un 76%, mientras que no hay ningún NNA que presente más de 7 factores de vulnerabilidad. Así mismo, hay una mayor proporción de hombres que presentan sobre 7 factores de vulnerabilidad, en comparación a las mujeres (44% y 39% respectivamente).

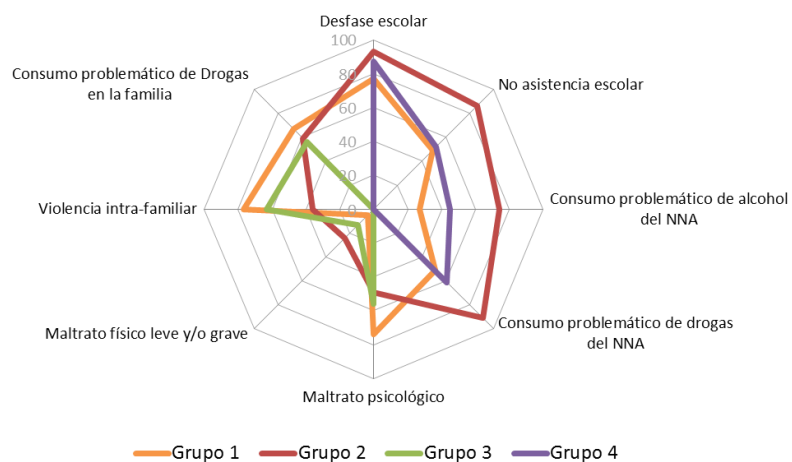
Grupos de vulnerabilidad: Caracterización de la demanda

Dado que uno de los objetivos de esta investigación fue caracterizar la demanda de los NNA en situación de calle de los servicios de salud mental, se buscó una estrategia que permitiera identificar distintos grupos de NNA, que se diferenciaron en términos de los perfiles de factores de vulnerabilidad. Esto se hizo con la idea de que distintos perfiles de vulnerabilidad representan distintos tipos de demanda de los servicios de salud mental. Para esto, primero se analizó qué perfiles de vulnerabilidad se encontraban en la muestra, llegando a un total de 90 perfiles distintos de factores de vulnerabilidad, debido a que existen perfiles muy diversos en la muestra. Esta cantidad de grupos hace muy difícil la interpretación significativa de los mismos, dada la pequeña proporción de NNA en cada uno de estos grupos. La solución a este problema se encontró en el análisis de conglomerado. Este análisis estadístico permite identificar subgrupos en una muestra, que conglomeran casos en virtud de su parecido respecto de la presencia de ciertas variables. Y al mismo tiempo, genera subgrupos que son distintos entre ellos. En el caso de estudio, se buscó encontrar individuos que en un mismo grupo tuvieran un comportamiento similar respecto de las variables de vulnerabilidad analizadas (en total 8²⁹). Y al mismo tiempo también, se buscó que estos grupos fueron distintos entre ellos. Este análisis permite establecer que a nivel muestral existen cuatro grupos distintos según la presencia de factores de vulnerabilidad. Estos se presentan en el Gráfico 6:

²⁹ La disminución en el total de factores considerados en el análisis de conglomerado se explica en el apartado metodológico en profundidad. Esto se debe al análisis factorial.

Gráfico 6: Conglomerados según presencia de factores de vulnerabilidad

% de presencia de factor de riesgo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. N= 220³⁰

Se observa en el gráfico que existen 4 perfiles de vulnerabilidad distintos. A continuación se entra en el detalle de cada uno de estos puntos.

³⁰ El número total de casos corresponde a 220, puesto que la variable educacional recoge información sobre un total de 220 NNA. Para poder hacer el análisis de conglomerado se requiere que todos los casos incluidos tengan información sobre el total de variables a partir del cual se hace el análisis.

Los porcentajes detallados por cada una de las variables se presentan a continuación:

Tabla 4: Distribución de presencia de factores de vulnerabilidad en los grupos

Variables	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Desfase escolar	77% ³¹	93%	0%	87%
No asistencia escolar	49%	86%	0%	52%
Consumo problemático de alcohol en NNA	27%	74%	0%	45%
Consumo problemático de drogas en NNA	51%	91%	0%	61%
Maltrato psicológico	74%	49%	56%	0%
Maltrato físico leve y/o grave	5%	24%	13%	0%
Violencia intra-familiar	77%	36%	63%	0%
Consumo problemático de drogas en la familia	67%	59%	56%	0%
TOTAL DE MUESTRA	40%	31%	7%	21%
N Total	80	70	16	46

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. N=220

Tal como muestran la tabla y el gráfico, se observan grandes diferencias en cuanto a la presencia de factores de vulnerabilidad en los cuatro grupos.

³¹ Se han marcado en negrita aquellos porcentajes que superan el 50%, queriendo llamar la atención sobre las variables que presentan mayor presencia en la muestra.

El Grupo 1 representa al 40% del total de muestra, constituyéndose como el grupo que concentra la mayor cantidad de NNA. Un 45% de las niñas y adolescentes mujeres de la muestra se encuentra en este grupo, mientras que un 38% del total de niños y adolescentes hombres se encuentran en este. El promedio de edad de los NNA que se encuentran en este grupo es de 14 años. Este Grupo tiene la particularidad de presentar una alta presencia -sobre el 50% de los NNA de la muestra presenta un factor- de:

- Desfase escolar
- Consumo problemático de drogas en los NNA
- Maltrato psicológico
- Violencia intra-familiar
- Consumo problemático de drogas en la familia

El Grupo 2 es el que presenta la segunda mayor concentración de NNA de la muestra, con un total de 31%. Un 25% del total de niñas y adolescentes mujeres de la muestra se concentra en este grupo, mientras que del total de niños y adolescentes hombres un 35% lo hace. La edad promedio de este grupo es de 16 años. Además es importante recalcar que los niños pertenecientes al Grupo 2, son los que presentan mayor proporción de antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista (26%).

El Grupo 2 se caracteriza por tener una alta presencia de los siguientes factores:

- Desfase escolar
- Deserción escolar
- Consumo problemático de alcohol en NNA
- Consumo problemático de drogas en la familia

El Grupo 3 representa a la menor cantidad de NNA de la muestra, un 7% del total. Del total de niñas y adolescentes mujeres de la muestra un 12% se encuentra en este grupo, mientras que de los niños y adolescentes hombres lo hace el 5%. Este grupo también se caracteriza por tener el menor promedio de edad con 12 años. Los factores que tienen alta presencia en este grupo son los siguientes:

- Maltrato psicológico
- Violencia intra-familiar
- Consumo problemático de drogas en la familia

El Grupo 4 concentra un 21% de la muestra. Este grupo tiene la particularidad de concentrar del total de niñas y adolescentes mujeres de la muestra al 18%, mientras

que el 22% de los niños y adolescentes hombres se encuentran en este grupo. El promedio de edad es de 16 años, el mismo que el grupo 2. Se caracteriza por tener alta presencia de los siguientes factores:

- Desfase escolar
- Deserción escolar
- Consumo problemático de drogas en NNA

Con respecto a estos grupos es importante recalcar que se encuentran perfiles muy distintos entre ellos, no solamente en términos de la presencia de factores de vulnerabilidad, sino además respecto del sexo y la edad promedio de estos. Respecto de la presencia de factores de vulnerabilidad, podemos observar que no todos los NNA de la muestra presentan los mismos factores de vulnerabilidad. El análisis muestra que existe un grupo (1), que presenta la mayor cantidad de factores de vulnerabilidad (en total 5). Estos además pertenecen a múltiples dimensiones de vulnerabilidad (educacional, familiar, individual y de vivencia de hechos traumáticos). Éste es el grupo que mayor proporción de NNA concentra, caracterizándose además por ser un grupo más femenino, que masculino y de un promedio de edad menor a otros grupos (14 años). Por otro lado, el grupo 2 se caracteriza por presentar menor cantidad de factores de vulnerabilidad que el primero y concentra en su mayoría factores de vulnerabilidad relacionados a la educación y al consumo problemático de alcohol y drogas del NNA. Al mismo tiempo es un grupo que en mayor proporción concentra a niños y adolescentes hombres, antes que a niñas y adolescentes mujeres. Y por el otro lado, tiene un promedio de edad más alto, de 16 años. El grupo 3, es muy distinto a los demás. Primero es el grupo que menor proporción de NNA de la muestra concentra (solamente un 7%), tiene el promedio de edad más bajo (12 años), además se caracteriza por ser un grupo en mayor proporción femenino, antes que masculino. También es interesante considerar que este grupo presenta vulnerabilidades en mayor proporción asociadas a la vivencia de hechos traumáticos y familiares. Por último, el grupo 4 presenta factores de vulnerabilidad asociados a la escolaridad y al consumo problemático de drogas en el mismo NNA. Este grupo tiene el mismo promedio de edad que el grupo 2 (16 años), que también presenta en una alta proporción consumo problemático de drogas en el NNA. Al igual que este, el grupo 4 se caracteriza por tener una concentración mayor de niños y adolescentes hombres, que de niñas y adolescentes mujeres.

La heterogeneidad de estos grupos muestra en definitiva que existen grupos de NNA distintos respecto de su perfil de vulnerabilidad y que estos perfiles se encuentran relacionados a la edad y al sexo también. Esta información es importante que sea

tomada en cuenta por los expertos en salud mental, puesto que se cree que los distintos perfiles requieren también de tipos de atención de salud mental distintas. Aun cuando este estudio no busca dar una respuesta a cuál es la naturaleza de este tipo de atención, ciertamente la presencia de ciertos factores de vulnerabilidad y la edad y el sexo de los NNA determina distintas estrategias a ser empleados por este sector. No es el mismo tipo de atención el que requiere un NNA que tiene 12 años, que ha sido víctima de maltrato psicológico, violencia intra-familiar y en el que la familia presenta un consumo problemático de drogas (perfil tipo del NNA perteneciente al grupo 3), que un NNA que tienen 16 años y tiene desfase escolar, presenta consumo problemático de drogas, ha sido víctima de maltrato psicológico, violencia intra-familiar y cuyo familia también presenta consumo problemático de drogas (perfil tipo del NNA perteneciente al grupo 1). El análisis de conglomerado muestra estos distintos perfiles y con ello pretende contribuir a la caracterización de la demanda que tienen estos NNA de los servicios de salud mental, poniendo especial énfasis en la gran heterogeneidad de perfiles que tienen estos NNA.

Finalmente, se observó si los grupos se diferenciaban en términos del acceso al diagnóstico de salud mental, llevado a cabo por un especialista. Es importante recalcar que el grupo con mayor proporción de diagnósticos es el Grupo 2, que concentra la segunda proporción más alta de la muestra, al mismo tiempo que el niño “promedio” de este grupo se caracteriza por presentar desfase y deserción escolar, consumo de alcohol del niño y consumo problemático de drogas en la familia. También es importante observar que el Grupo 3 (los más pequeños en términos de edad y los que presentan factores de vulnerabilidad asociados al contexto en el cual viven), son los que menos diagnóstico reciben por parte de un especialista.

Tabla 5: Antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista según grupos

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
¿Tiene antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista?	Si	18%	26%	6%	22%
	No	66%	58%	75%	56%
	Sin información	16%	16%	18%	22%
N Total		80	70	16	46
		(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. N=220³²

A modo de síntesis, se puede sostener que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle que se encuentran atendidos por los proyectos pertenecientes al Observatorio Metropolitano presentan vulnerabilidades que sugieren una posible necesidad de atención en salud mental de los mismos. Es importante recalcar que existen dos principales dimensiones de vulnerabilidad que aquejan especialmente a esta población y dicen relación con los factores educacionales y los familiares. Los factores educacionales presentan –además– una clara tendencia; incrementan a medida que la edad aumenta y afectan más a los niños y adolescentes hombres, que a las niñas y adolescentes mujeres. Por otro lado, los factores de vulnerabilidad asociados a la familia afectan en mayor medida a las niñas y adolescentes mujeres, antes que a los hombres y afectan a la totalidad de niños, independiente de su edad. Con respecto a la vivencia de hechos traumáticos y los factores de vulnerabilidad individuales, que aun cuando afectan a una menor proporción de NNA, son importantes si se quiere perfilar la demanda de estos niños en términos de atención en salud mental. La vivencia de hechos traumáticos pareciera afectar en una mayor proporción a niñas y adolescentes mujeres, mientras que los factores individuales afectan mayormente a los niños y adolescentes hombres. Además respecto de este último factor se puede observar que a medida que aumentan los años de los NNA, estos se hacen más presentes.

Si se observa la distribución de los factores de vulnerabilidad en la muestra, se puede llegar a distintas conclusiones. Por un lado, la dimensión educacional e individual se relaciona directamente con el aumento en la edad de los NNA, mientras que los factores de vivencia de hechos traumáticos y los factores individuales se diferencian por sexo. El primero afecta más a las niñas y adolescentes mujeres, mientras que el segundo más a los niños y adolescentes hombres. Estas tendencias generales plantean preguntas, que deben ser resueltas; ¿estas tendencias respecto de los factores de vulnerabilidad permiten pensar en estrategias de intervención –en salud mental– diferenciadas también por edad y sexo?

Tal como la literatura lo ha demostrado, es en realidad la presencia de múltiples vulneraciones la que se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar problemas en el ámbito de la salud mental (Mason, 2008). Por esta razón, se elaboró distintos grupos que dieran cuenta de ello. Con esto se muestra que no solamente se deben tomar en consideración la cantidad de factores de vulnerabilidad que

³² La razón por la cual en este caso el total es de 220, se corresponde con el hecho de que se consideró para este análisis únicamente los niños que dispusieran de información sobre el total de variables.

presentan los NNA, sino al mismo tiempo los distintos tipos de perfiles que se delinear de acuerdo a la presencia de ciertos tipos de factores y no solamente su cantidad. En este sentido, se ha demostrado que existen perfiles de vulnerabilidad únicos (en total se han identificado 4), que al mismo tiempo tienen tendencias respecto de la edad y el sexo de los NNA. Es importante considerar que existe un perfil que concentra a la mayor cantidad de NNAs de la muestra (40%) y que concentra principalmente 5 factores de vulnerabilidad, pertenecientes a todas las dimensiones medidas (escolar, individual, vivencia de hechos traumáticos y familiar). Aun cuando es importante tomar en consideración el perfil que caracteriza a la mayor proporción de NNAs, también es relevante considerar que existen otros perfiles –que tal vez representan una mayor proporción- que también hablan de una necesidad de atención en salud mental y que tal vez sugieren un tipo de intervención específica.

7. Resultados cualitativos

Antecedentes

A modo de contexto, cabe recordar que el tema de este estudio ha sido relevado como prioritario por los propios programas especializados de Calle, que participan del Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Esto responde a un ejercicio de identificación de agenda de las temáticas a ser abordadas como parte del trabajo de este. Así, se identificó como tema prioritario la situación de salud mental en los niños, niñas y adolescentes en situación de calle que están siendo atendidos por los Programas Especializados de Calle en la Región Metropolitana. En ésta se declara que ***“hay muchos niños, niñas y adolescentes con los que trabajan que requieren de atención y tratamiento, pues presentan síntomas de problemas de salud mental. El sistema no tiene la flexibilidad suficiente para trabajar con ellos...”***.

Para entender cómo se sitúa esta problemática en el marco de los Programas Especializados de Calle (PEC), se hace necesario comprender cuál es su labor. Estos tienen por objetivo *“contribuir a poner término a la situación de vida en la calle y asegurar la re-significación de las situaciones de vulneración de derechos en los niños, niñas y/o adolescentes que viven en dicha situación.”* (Bases Técnicas PEC, Ministerio de Justicia, 2009). Éstos son programas que realizan una intervención psico y socioeducativa e intervención familiar y/o con referente de apoyo, según lo especificado en las Bases Técnicas PEC (Ministerio de Justicia, 2009)³³. Esta situación particular –la especialización de los programas en la intervención de tipo psico-socio-educativa y familiar– es relevante para comprender cuál es la percepción de los entrevistados sobre la salud mental de los niños, niñas y adolescentes con los que trabajan. Además permite situar las respuestas de ellos a las preguntas; cómo, cuándo, de qué manera y quién debe *hacerse cargo* de esta situación. Los resultados de la fase cualitativa, que se presentan en este documento, tienen por propósito dar cuenta de las respuestas de los entrevistados a estas preguntas.

La manera de presentarlos se condice con el enfoque adoptado en este trabajo de investigación y compartido por los programas participantes por el Observatorio Metropolitano, esto es, el concepto de salud mental, que adopta la OMS. Como ya se ha señalado antes este es un *“estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”*. Este concepto obliga a observar la salud mental como un área que ya no puede –ni debe– ser definida meramente desde la visión bio-médica. En este estudio en particular se ha decidido llevar a cabo

³³ El único proyecto que participa del Observatorio Metropolitano que no es un PEC, es Hogar de Cristo

esta "visión más global" mediante la utilización de un enfoque bio-psico-social³⁴. Desde este enfoque, los factores psico-sociales son tanto una parte constituyente de lo que es la salud mental, así como parte de sus determinantes. Por esta razón –y otras metodológicas y teóricas que pueden ser revisadas en dichos apartados - este estudio se concentra en comprender cuatro grandes factores de vulnerabilidad que influyen en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes; la situación educacional, la familia, la vivencia de hechos traumáticos, y algunas características individuales puntuales (Consumo de alcohol y drogas y conductas infractoras). Los resultados cualitativos son presentados utilizando estas distinciones como grandes temas que permiten unificar las narrativas de los entrevistados en post de la respuesta a dos preguntas:

- ¿Cómo creen los entrevistados que los factores de vulnerabilidad afectan el bienestar de los NNA con los que trabajan?
- ¿Qué determina que un NNA reciba atención en salud mental? ¿cuáles son los factores facilitadores y que dificultan este proceso?

A través de la respuesta a estas preguntas, se dará cuenta de qué es la salud mental para los entrevistados, quién debe hacerse cargo de ella y cómo debiera hacerse, en la percepción de los entrevistados. En este sentido se busca identificar no sólo actores clave, sino también las dificultades del proceso de atención.

La estructura de la presentación de resultados, es la siguiente: Primero, se hace una referencia breve a la metodología a modo de contextualizar la estrategia a partir de la cual se buscó responder las preguntas de investigación. Luego, se presentan los resultados cualitativos, haciendo referencia a los siguientes temas; Factores de vulnerabilidad, Factores Protectores, Actores clave en el acceso a servicios de salud mental y paralelamente se hará referencia a los elementos que dificultan y facilitan el acceso.

Factores de vulnerabilidad

La necesidad de ampliar la mirada a las vulneraciones vividas por los NNA para comprender el bienestar (o malestar) de los NNA, es compartida por los entrevistados. Esto es explicitado en las siguientes citas:

"Yo creo que el caso de la x tiene que ver con esto de que uno requiere un diagnóstico psicológico específico, acucioso, porque las vulneraciones de derechos traen asociados daños emocionales y muy, que quedan impregnadas en el inconsciente de los niños." (Entrevista 3)

³⁴ Esta aproximación fue expuesta por primera vez –en el ámbito de la salud mental- por el psiquiatra Georges Engel (1977)

“Para pensar en diagnóstico yo pensaría en términos como de gravedad, y sobre todo si ella estuviera tan interferida emocionalmente, que no pudiera ir al colegio, no pudiera realizar sus actividades como salir, y todo eso, que comenzara con un tipo de autoagresiones o autoflagelaciones, que se le viera interferida emocionalmente ya un tiempo prolongado, probablemente sería efectivo derivarla a algún plan de salud mental”.
(Entrevista 6)

Los estudios empíricos sobre salud mental coinciden en que la presencia de un factor de vulnerabilidad en particular no explica el desarrollo de problemas de salud mental, sino que es la presencia de múltiples factores y la intensidad de estos en la vida de las personas lo que predispone el estado de salud mental de un individuo. Los entrevistados coinciden con esta postura, y recalcan el efecto que ciertas dinámicas y conductas tanto familiares y sociales pueden tener en el estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Uno de los entrevistados, al explicar el estado actual de uno de los niños señala:

“(…)en general lo que se hace es reducir mucho las temáticas respecto a lo familiar cuando no es únicamente allí, efectivamente se produce una situación particular, porque existe violencia, se supone que existe abuso sexual, abandono por parte de la madre, falta estructura a nivel familiar en general, pero también en el contexto en el que vive: es un contexto altamente violento, también de microtráfico.” (Entrevista 10)

Factores de vulnerabilidad asociados a la situación educacional de los NNA

El entorno educacional es uno de los factores que la literatura reconoce como factor de vulnerabilidad y como eventual factor protector. Como factores de vulnerabilidad son consideradas las siguientes variables; actividades escolares desorganizadas, deserción escolar, atraso en la escolaridad y rendimiento académico bajo, entre otras. Los entrevistados consideran que el colegio puede ser un factor protector para los NNA, en la medida en que le aseguran un desarrollo cognitivo y lo alejan de los lugares peligrosos para los NNA. Por esta razón el colegio tiene también, desde el punto de vista de las narrativas de los entrevistados, un rol ambiguo respecto de la situación de bienestar. Por esta razón, los entrevistados destacan tanto el rol protector, como su rol vulnerador.

El rol protector tiene que ver con el hecho de que en el colegio los NNA tienen la posibilidad de desarrollar ciertas habilidades cognitivas y culturales. Además permite que el niño/a o adolescente tenga un proyecto de vida. Por último, permitiría también resguardar al niño, ofreciéndole un lugar en el cual se está alejado de conductas riesgosas (consumo de drogas/alcohol, delincuencia, etc.);

"Igual nosotros tenemos la hipótesis de que... casi la seguridad, de que en el tema del colegio, a pesar de que no era todas las horas del día, disminuía el riesgo el xx po', disminuía tanto el consumo, como el riesgo que se expone en calle." (Entrevista 14)

También consideran los entrevistados que la escolarización de los niños es algo positivo para su bienestar. Le entrega la posibilidad de salir de la situación más amplia de vulneración en la que viven, en el sentido de que les entrega la posibilidad de salir de la situación de vulneración;

"Lo más relevante es que puedan mantenerse dentro del circuito escolar a modo de dejarle alguna herencia de que ellos puedan tener una situación de vida distinta en una situación tan de pobreza, la precariedad." (Entrevista 1)

Sin embargo, los entrevistados también perciben que el colegio potencialmente puede generar esos beneficios para el niño, pero en la práctica gran parte de los entrevistados comentan que el espacio educacional es para estos niños muchas veces un lugar en el cual sufren estigmatización de pares y son objeto de burlas y violencia –verbal y física- por parte de sus compañeros y figuras de autoridad. Llama la atención experiencias como las siguientes;

"Había tenido las dificultades dentro del establecimiento educacional con unas compañeras que la habían amenazado entonces ella hace abandono del espacio" (Entrevista 1)

"XX ha tenido hartas dificultades en el colegio (...)él fue acusado de abuso sexual, y fue tratado como culpable de abuso sexual por parte del director y de algunos profesores, y fue estigmatizado por la comunidad escolar (...)también en su momento estigmatizado como "el niño sucio", por las condiciones sanitarias de su casa (Entrevista 7)

"Los colegios no son como uno quisiera entonces es, imagínate, un niño que es de calle, que no necesariamente va limpio, que no tiene un adulto responsable, apenas tiene una casa donde estar, a la primera provocación lo van a sacar del colegio." (Entrevista 9)

Factores de vulnerabilidad asociados a la situación familiar de los NNA

Los factores de vulnerabilidad que los propios entrevistados asocian a la situación familiar tienen que ver principalmente con la ausencia y negligencia materna y con el consumo problemático de alcohol y drogas por parte de los familiares. Por el otro lado, los entrevistados no consideran la ausencia del padre como algo que influya de manera significativa –o al menos no como la ausencia materna- en el bienestar del

NNA. Esto puede ser ejemplificado de la siguiente manera. Un entrevistado explica que el padre de uno de los NNA que está siendo intervenido por el proyecto al que pertenece no se encuentra presente en su vida. Mientras que al mismo tiempo, el entrevistado problematiza de manera exhaustiva las consecuencias de la ausencia maternal en el mismo caso;

"(...)está desvinculada de X, de hecho es muy evidente como aceptar quedarte en una casa y que tu hijo esté durmiendo en la puerta en la calle, o sea ya me parece extraño eso, entiendo las necesidades. Hay que ver toda esa cosa, pero no haberse movilizado en otro lado, saber que tu hijo está afuera; la otra vez lo apuñalaron en la calle a las doce de la noche y ella [refiriéndose a la madre del NNA] supo al otro día casi (...) uno puede estar dos horas hablando con ella y no te entrega ningún tipo de información lo único que dice que Fernando está mal, que la tiene aburrída, que tiene miedo que le quiten a su hijo; entonces cada vez que nosotros tenemos una entrevista estamos media hora conteniendo un poco lo que nos dice y después 'ya hagamos algo con esto', o sea tú tienes rabia y tienes pena pero cómo mejoramos la situación". (Entrevista 8)

La importancia de la ausencia materna es algo que transversalmente es reconocido por todos los entrevistados como un problema que afecta el estado de bienestar de los NNA. La mayoría de los NNA que fueron tratados en las entrevistas (14 de 16 casos) no tienen contacto con el padre respectivo y muchas veces los mismos padres (masculinos) consumen drogas y/o alcohol. Aun tomando en consideración eso, los entrevistados no identifican cuál es la consecuencia que puede tener esta ausencia en el bienestar del NNA y tampoco declaran convertirlo en parte de la intervención que realizan. Mientras que la ausencia materna es muy problematizada, en términos del abandono emocional que esta genera en los NNA.

En este sentido, los entrevistados hablan sobre la negligencia materna que viven la mayoría de los NNA. Entienden la negligencia materna como la incapacidad de parte de las madres de poner límites a los comportamientos de los niños y el abandono emocional.

"Yo creo que esa es la gran dificultad de ella [refiriéndose a su madre] también, como poner límites y que se considere el límite que ella pone, porque ella puede decir 'vas al colegio' pero el niño tampoco le responde'." (Entrevista 2)

En este mismo sentido, cuando las madres logran cumplir con las expectativas que los profesionales tienen de su rol materno, éstas se convierten en un factor protector para los NNA, como lo ejemplifica la siguiente cita:

“Pero en este minuto ella es una mujer que intenta poner límites y normas a su hijo, enfrenta las problemáticas de forma directa, no violenta y como que trata de conversar y acercar, eso yo creo que ha favorecido de que xx no tenga otro tipo de conductas que puedan ser más riesgosas”.
(Entrevista 2)

Este caso se repite en otro NNA; éste tiene ocho hermanos, de los cuales todos han estado institucionalizados en algún programa (PIE o PEC), la mayoría presenta consumo de marihuana o pasta base, muchos tienen conductas infractoras, se sospecha que la madre tiene un problema de salud mental, ella roba en conjunto a su pareja. Con respecto a este caso, el entrevistado comenta que esta situación es culpa de la madre;

“(…) es que la mamá es loca. Todo se basa en la mamá. Si la mamá desde chico ha tenido problemas con los niños, quiere decir que el que está fallando ahí, no son los niños. Es la mamá. De plano. No hay vuelta con eso.” (Entrevista 16)

Ahora bien, según este entrevistado fue la negligencia materna la que explica la situación de consumo de drogas y de conductas infractoras en esta familia, pero lo interesante es que el NNA sobre el que está hablando el entrevistado no presenta consumo de drogas y/o alcohol y se encuentra escolarizado. Por esta razón, aun cuando las consecuencias de la negligencia materna se pueden observar, el mecanismo mediante el cual influye no queda claro. ¿Por qué la situación de los hermanos se explica por la negligencia maternal, mientras que la del NNA en cuestión no?

Otro punto relevante, en términos de los factores de vulnerabilidad dentro de la familia, que es rescatado por los entrevistados es el del **consumo problemático de alcohol y drogas por parte de los familiares**. Este factor ejerce una influencia negativa sobre el bienestar de los niños, niñas y adolescentes de tres formas; por un lado, se releva la incapacidad de ponerle límites al niño, niña y adolescente, al mismo tiempo ayuda a naturalizar (desproblematizar) el consumo de alcohol y/o drogas y también contribuye al abandono emocional. Es importante considerar este punto, puesto que en 8 de los 16 casos las familias presentan consumo de alcohol y/o drogas –según lo declarado por los entrevistados.

"La madre de X presenta una situación aguda de calle y consumo problemático también de pasta base, ella la abandona a temprana edad por cuanto existe tiene una relación conflictiva con la madre hasta hoy en día producto del abandono" (Entrevista 3).

Todas las distintas acciones enumeradas hasta acá redundan en una situación de abandono, según los entrevistados. Este no refiere a un abandono real, si no que más bien a una "conducta de abandono...", explica un entrevistado. Ser abandonado para los entrevistados implica "...reconocer que tiene una mamá que no la cuida, que no se preocupa de ella, que no hace las gestiones para que ella esté bien y eso es doloroso, muy doloroso...", agrega otro entrevistado. Solamente en algunos casos, el abandono se traduce en un abandono físico, como el caso siguiente;

"(...) la situación de la xx tiene que ver con padres con conductas negligentes y con ambas. Porque si tu hijo está con consumo no puedes irte fuera de Santiago y dejar a tu hija a la deriva, entonces esas situaciones como que facilitan que X pueda tener carta ancha como para el tema de calle, para lo que sucede en la calle..." (Entrevista 5)

Factores de vulnerabilidad asociados a la vivencia de hechos traumáticos

De acuerdo a la literatura, los factores de vulnerabilidad asociados a hechos traumáticos son varios. Los entrevistados hacen referencia, también, a algunos de ellos. Ellos hablan sobre algunas situaciones en las que los NNA reciben gritos por parte de familiares, también hablan sobre la experiencia de los NNA de haber sido testigos de violencia intra-familiar, hacen referencia a actos de violencia física experimentados por los NNA y al abuso sexual como factores de vulnerabilidad. Los gritos, por ejemplo, son considerados por un entrevistado como un maltrato no mayor. Así lo muestra la siguiente cita:

"Maltrato desde la señora "E" pero desde el hecho de que ellas las formas de vincular y de socializar es reproduciendo también la lógica que tuvo en su infancia, entonces golpes, gritos pero es algo que ella ha cesado, el tema de los gritos no, pero el tema de los golpes sí, ahora tampoco era un maltrato mayor." (Entrevista 1)

Por el otro lado, el ser testigo de violencia –por ejemplo entre la madre y su pareja- es considerado como un problema de *mediana complejidad*, en palabras de otro entrevistado.

"...puede ser testigo de violencia porque igual la pareja de la mamá la ha violentado, pero también ser testigo de violencia está dentro de una mediana complejidad." (Entrevista 2)

Por otra parte, la violencia física sucede muchas veces en la calle y tiene como principales víctimas a los niños, niñas y adolescentes que pasan mayor cantidad de tiempo en la calle –incluyendo las noches- Ese es el caso de un niño, que vive siete días a la semana en calle y ha sido víctima de violencia grave;

"...maltrato desde la calle sí empezando desde ahí o sea violencia si llegó a la puñalada con una amiga o pseudo amiga que tenía, ahora la violencia psicológica es cruzada desde el F. hacia la A" (Entrevista 8)

El abuso sexual, como último punto, es uno de los hechos traumáticos que para los entrevistados es difícil ser tratado desde la intervención que hacen los mismos programas. Por un lado, muchas veces son familiares que abusan sexualmente de los NNA, lo que hace que sea una situación muy difícil a ser enfrentada;

"No es una situación que ellos hayan denunciado, es más, siguen teniendo contacto con el abuelo, entonces hay una situación de una develación de un abuso sexual, que no ha sido trabajada de manera legal no, menos de manera familiar, sobre todo porque hay un secreto ahí (...)Ahora estaba leyendo que también la mamá fue abusada por este abuelo. Entonces hay una situación poco clara respecto a eso, y que probablemente le trae a la T. dificultades, sobre todo porque ellos tienen relación con su abuelo, lo van a ver, se han quedado con él, y la mamá igual los expone al riesgo de abuso, entonces yo creo que esas situaciones generan ambivalencias en la relación de ellas." (Entrevista 6)

Esto acarrea una serie de problemas, puesto que no solamente se sigue exponiendo al niño, niña o adolescente al riesgo, sino que además muchas veces el tema no es conversado –porque la familia lo mantiene como secreto. Esto hace prácticamente imposible que alguien pueda ayudar al niño, niña o adolescente a trabajar sobre el trauma. La siguiente cita ilustra esta situación;

"Yo creo que desde siempre fueron abusados y violados, no solamente abusados, fueron violados.(...) La cosa es que lo peor de todo esto es que la mamá sabía, pero no podía hacer nada, porque el XX también era su hijo, entonces no lo podía echar de la casa. Entonces el hijo se acostaba en la cama de la mamá, ella le llevaba comida a la cama y todo lo demás, sabiendo ella que él violaba a sus otros hijos (....) Este abuso siguió, entonces nosotros pusimos constancia, pusimos demanda, fiscalía y todo, y (...) la abuelita de los niños puso una demanda porque a otro nieto P. lo abusó, entonces ella puso la constancia. Y nosotros nos valimos de eso, que nos dijo la consejera, y entonces pusimos nosotros una denuncia, pero por violación, a P., al hermano. Porque no podía el seguir viviendo con los niños, y para que se le hiciera un proceso. La justicia

nunca actuó, después de un tiempo igual el P. se fue, pero todos quedaron ahí según investigaciones.” (Entrevista 7)

Este relato ilustra cómo los entrevistados se dan cuenta de los efectos negativos que tiene el abuso sexual sobre los NNA, al mismo tiempo que las narrativas dan cuenta de cómo –dada la complejidad de la situación– los NNA no saben cómo enfrentar esta situación.

Factores de vulnerabilidad asociados a características individuales

De acuerdo a la clasificación utilizada en esta investigación, los factores de vulnerabilidad asociados a características individuales, son el consumo de alcohol y drogas. Los entrevistados diferencian entre distintos tipos de consumo de drogas, mientras que el consumo de alcohol no es mayormente problematizado para los entrevistados. Al momento de preguntarles a los entrevistados si los NNA presentaban consumo, siempre se referían al consumo de drogas y diferenciaban entre consumo *no habitual*, *el menos problemático*, *habitual o exploratorio* y *el consumo grave, habitual o más que esporádico*.

El consumo no habitual o esporádico es percibido por los entrevistados como un consumo menos problemático que el habitual, que se hace de vez en cuando y no se percibe que el niño/a sea dependiente de él, puesto que consumiría de manera *más consciente y (auto) controlada*. Así lo explica un entrevistado:

“...el X empezó a hacer ruido y ya empezó con temas de consumo de marihuana, de alcohol, pero todos bien regulados, él como que siento que no ha perdido el norte, él tiene claro lo que él quiere digamos.”
(Entrevista 11)

No se observa una problematización de parte de los entrevistados en relación al consumo exploratorio en sí mismo, sino que éste es concebido como parte de una suma de factores de vulnerabilidad. Así lo explica un entrevistado:

“O sea no, no es el consumo de drogas lo que detiene al XX (...) Yo creo que tiene que ver con su historia familiar, él está buscando a su madre y su madre no está entonces no se mueve esperando que ella reaccione para él reaccionar, mientras ella no reaccione él no va a reaccionar.”
(Entrevista 2)

Es importante analizar esto a la luz de que del total de dieciséis casos, ocho casos consumen de manera *esporádica, recreacional o no habitual*, 5 casos consumen de manera *habitual* y los restantes tres casos no consumen ni alcohol, ni drogas.

El consumo *grave, habitual o más que esporádico* de drogas y/o alcohol es considerado como un grave problema;

"Lo grave de la X es que estaba teniendo consecuencias en su cuerpo además de las exposiciones a riesgos, en el fondo ya empezaba a tener parálisis en partes del cuerpo y situaciones como bien" (Entrevista 5)

"(...) ahí le dicen "el enano" porque físicamente él no se ha desarrollado, tiene 17 años, no se le ven vellos en la cara, es muy delgado, parece un niño de 12 fácilmente y está muy deteriorado muy delgado también [refiriéndose al consumo de drogas]..." (Entrevista 8)

"Ha tenido daños, sangramiento en la nariz, que es un síntoma clásico de la cocaína, y con el alcohol, bueno no hemos visto (...) consume solo, también con amigos, pero en la casa puede consumir alcohol y cocaína" (Entrevista 13)

El consumo *recreativo*, en cambio, no tiene efectos tan visibles como este tipo de consumo. La visibilidad de los efectos del consumo de drogas y/o alcohol se convierte, de esta manera, en la característica que separa el consumo no habitual/esporádico del habitual, al igual que la percepción de que el primero se llevaría a cabo con un mayor *control o auto-consciencia del NNA*.

Otros factores de vulnerabilidad y factores protectores

Además de los factores de vulnerabilidad analizados hasta acá y que se corresponden con las dimensiones analizadas en la fase cuantitativa, los entrevistados nombran tres variables –que surgen de forma espontánea- y que éstos consideran influyen en el bienestar de los NNA. Estos son trabajo infantil, embarazo adolescente y conductas infractoras.

Respecto del trabajo infantil, aun cuando son solamente tres de los dieciséis casos que los entrevistados reportan han sido víctimas de él, es importante ver cómo los entrevistados problematizan este hecho. Los entrevistados dicen llevar a cabo acciones en la intervención con el fin de terminar con esta situación cuando se presenta. Este es el caso de un NNA, que a los 14 años trabaja en un Mall vendiendo flores incentivada por su abuela. El entrevistado explica que se genera una medida de protección en contra de la abuela. Si bien ésta fue efectiva es interesante ver cómo este hecho es problematizado en la narrativa de este entrevistado;

"Lo que es señala es que bueno va a hacer ventas de flores pero ya no con los niños (...)uno problematizaba con ella para ver cuáles son las situaciones de riesgo, cada vez que ella salía a vender con las niñas o cuáles son las situaciones de riesgo de que las niñas estén mucho tiempo

en la calle entendiendo que es un sector también de consumo (...) El resto de los niños está todo incorporado entonces se problematiza con ellos en general, lo ideal es el tema de la droga cuando se presenta, cuando se ha manifestado porque la idea tampoco es que justamente perpetuar la situación de ellos o de cierto incidir de que ellos construyan una vida en relación a reproducir más de lo mismo, a reproducir la historia de vida de los adultos que han tenido ellos." (Entrevista 9)

En cuanto al embarazo adolescente, no se observa una identificación de parte de los entrevistados respecto de su ocurrencia como un factor de vulnerabilidad. En algunos casos, éste es más bien reconocido como un factor que influye positivamente en la posibilidad de interrumpir la situación de calle de parte de quienes se convierten en madres. De las siete niñas y adolescentes seleccionadas para las entrevistas, dos fueron madres adolescentes.

"Lo que pasa es que a nosotros nos ha ocurrido un fenómeno aquí en el programa con las chicas que son mamás, que se interrumpe la situación de calle. En una no fue así, tenemos una chiquilla que no fue así, que estuvo en calle y obviamente por tema de tribunales se le solicitó que tenía que irse a un hogar, pero las demás, los demás casos, interrumpen calle, interrumpen también el consumo, y también hay fantasía, por temas legales de por medio, porque las chiquillas dicen "si yo fumo, me van a quitar mi bebé". Entonces re-significan su vida a través de la maternidad, y en particular la "R" y su amiga lo han hecho." (Entrevista 10)

Por último, existen cinco casos de dieciséis, en que los entrevistados identifican conductas infractoras. Tres casos de robo y dos casos de niños que se encuentran con privación de libertad. Los niños, niñas y adolescentes que roban lo hacen para financiar el consumo de drogas y/o alcohol, o bien, lo convierten en su "trabajo casi formal", según un entrevistado. Es en el primer caso donde los entrevistados relacionan las conductas infractoras con una situación de gravedad, mientras que en el segundo caso el robo en sí no es considerado de tal manera. En el segundo caso se vuelve problemático, en la medida en que el niño, niña o adolescente puede ser institucionalizado a causa de esa conducta. El efecto entonces sobre el bienestar, en el segundo caso, es más bien indirecto.

"Es su trabajo casi formal. Ellos se preparan para eso, y no lo hacen cerca de la casa, porque se echan a los vecinos encima (...) él lo toma eso con mucha responsabilidad. Para él es su trabajo, y es de lo que vive su familia, y él se viste súper bien (...) a él nunca lo vas a ver sucio, nada. Con la nueva moda y todo. Es como que ahí él encontró su manera de

sobrevivir, y de ayudar a su familia, y que no lo molesten tanto, porque si él aporta, baja la molestia que puede provocar el padrastro o la mamá."
(Entrevista 16)

Los entrevistados también consideran que existe un factor protector que tienen algunos NNA y que se relaciona con la capacidad de los mismos NNA de "saber lo que quieren", "tener una visión de futuro". Los entrevistados perciben que existen algunos NNA que al tener esta claridad, los NNA tienen un control mayor sobre los comportamientos potencialmente riesgosos. La siguiente cita da cuenta de la percepción de un entrevistado sobre este factor "protector";

"Y yo creo que la niña, como ha habido un buen comportamiento, un desarrollo también normal, dentro del colegio, entonces no ha habido, seguramente no han pesquisado ningún tema que sea de terapia con la niña. Entonces ellos nunca entraron en terapia con la niña. En ese sentido yo creo que por eso no ha habido ningún diagnóstico (...) No, si está bien ella, entonces sabe lo que quiere también, sabe lo que le gusta (...) A futuro piensa que puedes hacer eso. Entonces en ese sentido yo creo que tiene una visión de futuro bien clarita la chica, quiere ser una profesional en el futuro" (Entrevista 13)

Actores claves en el acceso a salud mental

Otro de los temas relevantes tratados en las entrevistas fueron los actores claves en el acceso de los NNA a servicios de salud mental. Los entrevistados distinguen a los siguientes actores; el colegio, los dispositivos de salud mental, la familia, los NNA y los proyectos de intervención psico-social en los que trabajan. La acción de algunos de ellos es vista como un facilitador al acceso, mientras la acción de otros no.

El colegio: gestión y realización de diagnóstico y derivación

Uno de los actores relevantes a la hora de identificar los facilitadores del proceso de atención en salud mental son los colegios. La mitad de los casos analizados acceden a los servicios de salud mental –ya sean psicológicos y/o psiquiátricos- gracias a gestiones realizadas por los colegios o directamente porque el diagnóstico de índole psicológico o psico-pedagógica se realizó en este. De acuerdo a lo declarado por los entrevistados, especialmente los NNA que ingresan a colegios con proyectos de integración reciben con total seguridad un diagnóstico al menos psicológico y por lo general también la aplicación de un test que mide el "Coeficiente de inteligencia" de los NNA.

“Le hicieron entrevista, todo tipo de entrevistas tanto como al apoderado, a ella y los test psicológicos, les hacen el WIZIQ, que es totalmente cognitivo, entonces eso nos puede arrojar varias cosas, y la psicopedagoga le hace otro tipo de prueba” (Entrevista 10)

Esto sirve para detectar posibles problemas de salud mental, pero los colegios también pueden gestionar derivaciones a psiquiatras. Este es el caso de “A”;

“A. tiene un diagnóstico, le hicieron en algún momento el diagnóstico de bipolaridad, eso fue ¿el 2011? Que lo derivaron del colegio al CESFAM porque tenía fluctuaciones de ánimo, algunas características de impulsividad, de decir garabatos y fue derivado y en ese momento fue diagnosticado con bipolaridad”. (Entrevista 11)

Por esta razón el colegio juega un rol muy importante tanto en el diagnóstico psicológico, como también en la derivación y por ende, obtención de un diagnóstico psiquiátrico. En la práctica los colegios son los actores que efectivamente ayudan a los NNA a recibir diagnósticos. Los programas llegan a ser tan conscientes de su efectividad, que algunos deciden recurrir a los mismos colegios para pedirles que realicen un diagnóstico. Este es el caso de “L”, un NNA sobre el cual se levanta una sospecha de presencia de problemas de salud mental. El programa decide ponerse en contacto con el colegio por las siguientes razones;

“Nosotros le pedimos al colegio, que por favor lo evaluaran y todo, porque claro, nosotros habíamos visto que tenía algo, pero preferimos que sea un psicólogo externo le podía hacer, porque estaba ahí mismo el psicólogo, entonces él hizo el diagnóstico y lo derivó al psiquiatra (...) Un colegio frente al hospital tiene más peso para hacer la derivación, entonces nuestros psicólogos, dijo ya, derivemos, ya perfecto. Siempre es más fácil, claro. Nosotros decimos, pero tiene más peso un colegio que un hospital que nosotros como OITEC.” (Entrevista 9)

Tal como lo explicita la cita, los entrevistados –de manera transversal- identifican al colegio como un actor clave en el acceso a la salud mental –entre todos los nombrados, el más eficaz en términos de resultados. Esto se debe en gran parte a la validación social que tiene el colegio frente a las instituciones de salud.

Dispositivos de salud mental: oferta

Otro actor relevante a la hora de analizar el proceso de atención en salud mental son los dispositivos de salud que entregan algún tipo de servicio relacionado con la salud mental. Uno de ellos es el COSAM, otros son los dispositivos que tienen por objetivo rehabilitar el consumo de alcohol y/o drogas. Los entrevistados identifican que el

COSAM tiene oferta suficiente para los niños, niñas y adolescentes, mientras que la escasez de oferta se relaciona con los programas de rehabilitación de consumo de alcohol y/o drogas. Transversalmente los entrevistados comentan las distintas dificultades que han tenido para poder internar a los NNA en los dispositivos de rehabilitación.

La falta de oferta no se encuentra en el COSAM por lo general, el mayor problema de oferta al que se enfrentan los programas es el de los programas de rehabilitación de drogas.

"Más bien nos toca con el tema de drogas que nos vemos más sobrepasados. Sobre todo porque en la red infantojuvenil no hay mucha oferta para los niños y niñas que tienen algún consumo problemático, así que es compleja la derivación, la internación, todo eso. Súper complejo. Así que por eso lo tenemos que hacer a través de tribunales. No podemos llevarlos nosotros, generalmente no funciona." (Entrevista 6)

"En el caso de la C. en particular se han hecho muchas gestiones en el tema de salud mental, antes de tomar decisiones como más concretas en el consumo, ella estuvo en algún momento en el proyecto Talita Kum que es ambulatorio, no resultó, después se derivó al GES del consultorio de Huechuraba, en el consultorio de Huechuraba estimaron que su complejidad y consumo era mayor (...) Profundiza en el tratamiento: en el intertanto se coordina la incorporación de la C. en el Ágora Quilicura que es un proyecto del SENDA que trabaja con el tema del consumo ambulatorio y se empieza a trabajar coordinadamente con ese proyecto y la X logra cierto grado de adherencia al tema ambulatorio, asiste a las sesiones con algunos profesionales, su mamá va frecuentemente al espacio y se intenciona un ingreso más permanente a una comunidad terapéutica." (Entrevista 5)

Psiquiatras y psicólogos

Los psiquiatras y psicólogos también son identificados como actores clave en el acceso a la atención en salud mental, siendo ellos de los que se obtienen esta atención. Más allá de ello, los entrevistados consideran que existen dos elementos propios de estos actores que dificultan el acceso a la atención en salud mental; la poca claridad con la que estos entregan la información acerca de la situación mental del NNA y la mirada "estigmatizadora" que estos tendrían frente a los NNA –lo que desincentiva tanto a los entrevistados, como a los propios NNA en la búsqueda de atención.

Respecto del primer punto, los entrevistados consideran que los psiquiatras y/o psicólogos muchas veces no entregan información a las personas o instituciones responsables del bienestar de los NNA, ya sea la familia, el programa de intervención psico-social o el colegio. En tres casos los entrevistados reportan no saber con claridad cuál es el diagnóstico entregado al NNA. Esto se debe al hecho de que muchas veces la entrega de la información no es clara y por ende no funciona como insumo para la intervención. Esto sucede en los siguientes casos:

"...mira cuando cayó es que le han pasado varias cosas pero al parecer cuando lo mordió el perro lo llevaron, lo detuvieron Carabineros lo llevaron al hospital y se le hizo un diagnóstico que al final es el diagnóstico que se le hace en todos lados que dice trastorno por consumo abusivo de droga eso tiene y dependencia. Nosotros no lo hemos visto en papel pero si hemos hablado con los profesionales, no, nosotros vimos el papel que le entregaron a la mamá y decía trastorno por consumo abusivo de droga y alcohol..." (Entrevista 7)

En otro caso sucede lo mismo:

"E: ¿Y sabes cuál fue ese diagnóstico?"

K: No, de hecho estamos en la recopilación porque una de las dificultades de estos programas es que como no es un espacio clínico (...)se ha solicitado a las distintas redes, particularmente a aquellos que trabajan en tratamiento de drogas, que si cuentan con ese dispositivo completo, mucho más integral y multidisciplinario en ese sentido, de que puedan otorgar esa información, esos antecedentes, a modo de nosotros también poder contar con un análisis mucho más completo" (Entrevista 14)

Y otro entrevistado, comenta respecto de la calidad de la información entregada a las familias:

"Bueno, algunas familias se quejan que los médicos no les explican muy bien de qué se trata, entonces pareciera que no tienen mucho acceso a información y uno si hace como un análisis de las familias que trabaja hay algunas que tienen contexto de privación socio cultural, hay algunas que apenas leen y escriben, entonces a nivel comprensivo de lo que alguien les pueda explicar tiene que ser muy aterrizado su lenguaje" (Entrevista 4)

Con respecto a la mirada estigmatizadora, los entrevistados consideran que (especialmente) los psiquiatras etiquetan a los NNA, los clasifican y eso puede llevarlos a sufrir estigmatización.

Así se explicita en las siguientes citas:

“Yo creo que no todos los niños necesitan y ni requieren de alguna evaluación, incluso aunque tengan alguna enfermedad (...) eso también termina estigmatizando a los niños, muchas veces le ponen que tiene déficit atencional que al final etiquetan y dañan más el autoestima de los niños. Si a nosotros como profesionales nos ayuda a entender mejor la situación y poder intervenir de una forma más adecuada, podría ser, pero no necesariamente que se conozca el diagnóstico a todas voces” (Entrevista 2)

“Cuando a ti te dicen que tienes algún problema de índole siquiátrica, como bipolaridad, déficit atencional... eso es como un estigma que puedes cargar durante mucho tiempo en tu vida, entonces nosotros nos hemos dado cuenta que eso no les hace sentido, no cambia mucho el diagnóstico en términos generales la personalidad de ellos.” (Entrevista 6)

“En general lo que hace definir a los sujetos a partir de una patología y yo creo que eso afecta muchísimo porque empieza a traducirse en una etiqueta diagnóstica y en ese sentido los sujetos en la medida y son evaluados por una instancia de poder máxima de la salud mental (...) luego vienen a reproducir un discurso institucionalizado y empiezan a resignificarse y a reconstituirse a partir de esa etiqueta, a partir de esa enfermedad y comienzan a dejar de lado otra parte de su historia de vida y construyen su historia de vida entorno a una patología” (Entrevista 1)

La familia: apoyo y atención al NNA

Como ya releva el punto anterior la familia también juega un rol importante en el proceso de obtención de atención de salud mental. Son ellos los que pueden llevar a los NNA al psiquiatra, además de poder recibir los medicamentos prescritos por los psiquiatras. Los entrevistados argumentan que una de las razones por las que los NNA no reciben diagnóstico psicológico y/o psiquiátrico tiene que ver con la ausencia de padres que acompañen a estos NNA a los dispositivos de salud mental. Muchas veces las familias pueden ser las principales dificultadoras del proceso de obtención de atención, antes que los dispositivos mismos, argumenta un entrevistado;

“En este caso en particular tiene que ver como con la familia (...) respecto a la responsabilidad, no sé llevar a tu hijo a los controles, que

sea sistemático y si no va, solicitar una hora nuevamente (...) No hay persistencia claro, y eso se nota cuando es el tema del hogar, a pesar de que la madre recibe información pertinente respecto a qué se trataba el proceso y todo” (Entrevista 5)

El apoyo de la familia entonces no solamente se relaciona con la obtención del diagnóstico, sino que también con la efectividad que éste puede tener para los NNA a largo plazo. Si las familias no son persistentes respecto del tratamiento, los entrevistados consideran que no es útil un diagnóstico y/o tratamiento. Así lo explica un entrevistado;

“Entonces nosotros tampoco podemos hacer la gestión porque quien le da la pastilla (...) Porque ya la familia no lo puede tener, ahí está, estaba con Nicole, pero ya la familia no lo puede tener, porque el marido de Nicole pelea con los papás entonces los sacaron, y ella tenía que irse de allegada a otra parte, no se podía llevar al Lucho, entonces el Lucho de nuevo empezó por todas partes” (Entrevista 9)

“uno no siempre llega en los tiempos que la familia requiere de una ayuda o visualiza que necesita de una ayuda en el fondo uno tiene que pasar por un proceso de motivación y de apertura para que la familia pueda tomar conciencia, porque además lo que uno pueda traer como problema para ellos no es.” (Entrevista 4)

Los niños, niñas y adolescentes: voluntad y sentido del diagnóstico y tratamiento

Uno de los principales temas que dificulta el diagnóstico y/o tratamiento en salud mental tiene que ver con la voluntad del NNA por participar de él. Esto se relaciona con “el sentido” que le hace al NNA recibirlo o no. Los entrevistados consideran que si no hay voluntad por parte de los NNA de participar del tratamiento y/o diagnóstico psiquiátrico, no hace sentido participar de ellas porque no van a tener efecto sobre el NNA. Así lo explican las siguientes citas.

“ No le gusta mucho los dispositivos de salud mental, ella ya ha estado varias veces en los dispositivos psicológicos y bueno yo trabajé durante un periodo con ella y lo que manifestaba es que en general los dispositivos...no sabe por qué asiste a un dispositivo psicológico que no se le explica por qué está ahí entonces el motivo de consulta no es de ella sino que más bien es de otros que la derivan al espacio, y yo creo que eso ha sido uno de los mayores obstáculos en general y que se ha presentado no únicamente con ella sino que con muchos niños también (...) no se saca nada con tener una persona forzada en un espacio, que

no quiera participar de un espacio porque simplemente no va haber proceso" (Entrevista 1)

"Yo creo que probablemente como es un tema que desde mi perspectiva es un tema familiar, probablemente a ella no le hace sentido ir sola. Por ejemplo ir a un consultorio implica ir ella como paciente, y probablemente ella siente que su mamá necesita también algún tipo de apoyo. No le hace tanto sentido una ayuda que es solamente para ella, pienso". (Entrevista 6)

"Es que yo creo que en primera instancia el F esté consciente de lo que le está pasando sino no sirve ningún tratamiento con él porque va a caer en lo mismo él no atribuye alguna causa de su consumo porque él está solo y consume porque él está solo (...) entonces claro sería genial que tuviera un proceso de desintoxicación y de tratamiento pero yo creo que hay procesos antes que eso (...) que sea consciente lo que le está pasando y que le haga sentido participar en algún tipo de tratamiento. Se le pregunta si considera que es necesario hacerlo antes de que F ingrese, a lo que responde: claro porque al F lo pueden desintoxicar y estar tres meses sin consumo pero después va a caer más fuerte y va a dejar de creer aún más en nosotros que somos entre comillas los únicos que ha tomado confianza" (Entrevista 8)

Los profesionales y educadores pertenecientes a los proyectos pertenecientes al Observatorio Metropolitano

Otro de los actores relevantes a la hora de analizar el proceso de atención en salud mental son los mismos programas especializados en situación de calle. En las entrevistas se dilucidan dos funciones que ellos cumplen en el proceso de atención en salud mental;

1. Convencer a familias y NNA de la necesidad de atención
2. Operar como lo que la literatura ha denominado como "gatekeepers" o porteros de la atención en salud mental.

Convencer a familias y NNA de la necesidad de atención

Respecto del primer punto, los entrevistados comprenden que la labor que pueden y deben cumplir en relación al tema de salud mental, es tratar de hacer comprender al NNA y a las familias de la necesidad de hacer un diagnóstico y/o tratamiento. Así lo explica el entrevistado en la siguiente cita;

"Es que es algo que tú trabajas con la voluntariedad, entonces frente a este caso, ¿qué voluntariedad vas a ver? Si a E. le hicimos todas estas

citas para que fuera a otro sicólogo, y nada. Que "ven y conversemos", "no". "Queremos conversar contigo", "no"" (Entrevista 16)

*(Hablando sobre cómo se aproximan al NNA para conversar sobre la necesidad de hacer un tratamiento relacionado al consumo de drogas)
"En primera instancia es con el chico. O sea él nos manifiesta confidencialmente hablamos con él, le decimos que es importante que la familia tenga noción de lo que esté pasando, y por el tema del apoyo también, porque al final estaba con su familia todo el momento. Se conversa con la mamá, apoya, pero ella igual desde la desesperanza dice que no va a funcionar porque en otras ocasiones también quiso, o lo había manifestado a ella en realidad. Nosotros le comentamos que nosotros íbamos a aprovechar este interés momentáneo que tenía..."
(Entrevista 14)*

Cuando estas conversaciones tienen efecto en el NNA y/o la familia, los programas también concretan una cita en un consultorio. De esta manera, se convierten en grandes facilitadores del proceso de atención en salud mental. Si bien desde este punto de vista es importante su labor, en los dieciséis casos analizados se observó que solamente uno de los nueve casos que habían recibido diagnóstico psiquiátrico o psicológico se debió a la gestión misma de los programas. Además, es importante observar este número, considerando que los mismos entrevistados declaran que ellos consideran necesario/beneficioso que los dieciséis casos reciban un diagnóstico psiquiátrico o psicológico. Esto significa que, aun cuando los entrevistados dicen que todos los NNA debieran recibir un diagnóstico en salud mental, nueve casos lo tienen y solamente uno de ellos gracias a gestiones exclusivas de un programa de intervención psico-social analizado. La pregunta que surge acá es ¿en qué momento en la trayectoria de recibir un diagnóstico falla la cadena de decisiones y acciones? Según lo que los entrevistados reportan el principal nudo crítico surge muy temprano; el problema se encontraría en la falta de sentido y/o voluntad por parte del NNA de recibir un diagnóstico/ tratamiento, y/o en la falta de apoyo familiar. Esta última es una característica crucial, según los entrevistados, para que el diagnóstico y/o tratamiento sea efectivo, tal como ya se explicó anteriormente. La percepción de que el NNA no tiene voluntad y/o el diagnóstico no le hace sentido, o bien, que las familias no los apoyan, los llevan muchas veces a no hablar siquiera con las familias para tratar de convencerlas. Este es el caso de "E". Él tiene 13 años, tiene socialización callejera, es víctima de maltrato psicológico, todos sus hermanos tienen conductas infractoras, él muchas veces se une a estas, portando armas. Si bien sus hermanos y la madre consumen drogas y alcohol, él no lo hace. "E" no tiene diagnóstico psicológico, ni psiquiátrico. Al preguntarle al entrevistado por qué, responde;

"E: Es que es algo que tú trabajas con la voluntariedad, entonces frente a este caso, ¿qué voluntariedad vas a ver? Si a Emerson le hicimos todas estas citas para que fuera a otro sicólogo, y nada. Que "ven y conversemos", "no". "Queremos conversar contigo", "no".

P: Entonces nunca llegaron a planteárselo tampoco.

E: Por supuesto. Es que no puedes. Ni a la familia menos" (Entrevista 2)

El entrevistado comenta que no hablan ni con la familia, ni con el niño porque estos no muestran voluntad para participar de la instancia psicológica. Por esta razón, las citas concretadas resultan ser inútiles. Esta experiencia, lleva a algunos entrevistados a decidir de antemano en qué casos se concreta o no una cita. Este es el caso de "A", él tiene 17 años, presenta consumo esporádico de marihuana y alcohol, vive con su madre, es testigo de la violencia que ejerce la pareja de su madre sobre ella. Él no tiene diagnóstico y el entrevistado nos explica que ha sido muy difícil trabajar con él y por ello;

"Lo más probable es que lo egresemos, entonces sería absurdo empezar un proceso de diagnóstico psicológico si el chico tiene más de dos años y en realidad no ha tenido ninguna adherencia" (Entrevista 2)

En otros casos, los entrevistados manifiestan esta misma posición; aun cuando consideran que sería positivo que un NNA recibiera un diagnóstico psicológico, muchas veces no llegan a planteárselo al mismo NNA involucrado o a la familia. Esto no solamente se puede deber al hecho de que se cree que el NNA o la familia no va a querer ser diagnosticado o tratado, sino también porque muchas veces los entrevistados no tienen claridad sobre si es necesario este diagnóstico y/o tratamiento. Este es el caso de un NNA;

"Nosotros no hemos conversado con ellos, no hemos llegado a ese punto. Ahora, incluso como triada, es un punto de discusión porque es evidente su poco entendimiento a veces, pero nosotros lo atribuimos a algo más educacional, por eso te decía que yo no lo había visto así, desde quizás un tema de salud, claro puede haber otros temas más orgánicos que le estén pasando a ella, por muchas cosas, pero nosotros lo hemos visto desde lo concreto, desde la nivelación escolar" (Entrevista 10)

Esto sucede en varios casos. Aun cuando los entrevistados dicen que sería favorable que un NNA recibiera un diagnóstico psicológico, existen características de los NNA que les hacen no compartir esta sospecha con el NNA y/o familia. En este sentido, los entrevistados también distinguen entre NNA que requieren una intervención psico-

social y/o psicológico y aquellos NNA que consideran requieren una intervención psiquiátrica. Para hacer esta distinción los entrevistados identificaban a los NNA según el nivel de gravedad que presentaban. Así se ve en la siguiente cita:

"Para pensar en diagnóstico yo pensaría en términos como de gravedad, y sobre todo si ella estuviera tan interferida emocionalmente, que no pudiera ir al colegio, no pudiera realizar sus actividades como salir, y todo eso, que comenzara con un tipo de autoagresiones o autoflagelaciones, que se le viera interferida emocionalmente ya un tiempo prolongado, probablemente sería efectivo derivarla a algún plan de salud mental"
(Entrevista 6)

A esto se suma el hecho de que los entrevistados entienden la salud mental como parte del fenómeno de la situación de calle;

"Necesariamente todos los chiquillos que están aquí es porque tienen algún problema de salud mental, si no es normal que los chiquillos anden en calle, no es normal que sean expulsados, no es normal esa conducta. Por lo tanto tú tienes que empezar a indagar dónde está la situación de daño para tratar de ayudarlos a que salgan de ahí. Porque la situación de daño es la que determina la salida a calle. Entonces eso se hace comúnmente." (Entrevista 16)

Por esta misma razón tal vez, los entrevistados valoran realizar un diagnóstico –en la medida en que sienten que les puede ayudar en la intervención psico-social:

"Eventualmente para poder hacer cualquier tipo de trabajo hay que realizar primero el diagnóstico como para ver efectivamente qué cosas es que lo que hay que trabajar, qué es lo que está perturbando en el sujeto, es motivo de consulta, no es motivo de consulta." (Entrevista 1)

"Si a nosotros como profesionales nos ayuda a entender mejor la situación y poder intervenir de una forma más adecuada, podría ser, pero no necesariamente que se conozca el diagnóstico a todas voces."
(Entrevista 2)

"Sí, sobre todo cuando se cree que puede aportar en el proceso. Yo creo que sobre todo... acá hay una dupla sicosocial, pero es poco el tiempo que nos queda para hacer procesos terapéuticos, entonces cuando uno ve, cuando los niños o adolescentes te planteen la necesidad de empezar algo, de querer conversar más, y todo eso, nosotros hacemos las gestiones." (Entrevista 6)

"Yo creo que todos los chiquillos en realidad deberían tener algún tipo de diagnóstico de salud mental tanto para encontrar algo como para

descartar algo (...) Porque cuando uno tiene claridad con respecto a qué situaciones de salud mental están en la base de la situación de los chiquillos uno puede tomar otras acciones pertinentes y a veces uno da pasos de ciego cuando uno tiene claridad dentro del tema de salud"
(Entrevista 3)

Porteros: los proyectos seleccionan a los NNA

Ahora bien, aun cuando los entrevistados dan cuenta de esta necesidad o deseabilidad del diagnóstico psicológico y eventual tratamiento, no todos los NNA reciben un diagnóstico y/o un tratamiento deseado por los entrevistados. Esto se explica, en parte, porque los mismos entrevistados funcionan como *gatekeepers* al acceso a la atención en salud mental, seleccionando los NNA que requieren atención, de aquellos que no y haciendo las gestiones correspondientes en cada caso. Es necesario comprender que –aun cuando los entrevistados consideran que todos los NNA necesitan algún tipo de atención– los entrevistados consideran que hay ciertos NNA que requieren con mayor urgencia algún tipo de atención. Así diferencian entre NNA que necesitan intervención psico-social y/o psicológica e intervención psiquiátrica. A continuación se explicará cómo esta clasificación del NNA según el tipo de intervención requiere funciona como un filtro usado por los entrevistados, que los hace seleccionar a los NNA para la atención en salud mental.

Los entrevistados también consideran su propia labor –entendida como una intervención psico-social– como “un piso” para el bienestar del NNA, pero que muchas veces consideran no es suficiente para lograr el bienestar de los mismos. La intervención sicosocial es identificada por los entrevistados con las actividades de re-escolarización y/o mantención de los NNA en el colegio. En muchos casos estas dos actividades son valoradas por los entrevistados, en términos de su influencia sobre el bienestar de los NNA. Esto se puede observar en el caso siguiente:

“Luego de una coordinación súper estrecha con la profesora y la psicóloga del colegio, la niña logró tener una asistencia regular, cosa que igual la chica tiene muy buen rendimiento, excelente rendimiento, así que en eso nosotros dijimos que había que ser constante y le hicimos mucho seguimiento, incluso la mamá en algún momento nos dijo “déjenme tranquila, que no me dejan ni siquiera respirar”, pero la intención nuestra era que la niña se mantuviera en el colegio, y no estuviera tan expuesta en el fondo acá en el mall, porque hasta altas horas de la noche estaban con las ventas que tenían ellos.” (Entrevista 12)

“...Tiene dificultades en el lenguaje y en la comprensión de la idea, es muy concreta, no abstrae, no existe abstracción, pero tiene que ver con

esta privación sociocultural que tiene, donde fue hace 4 años, es importante (...) Nosotros durante enero... diciembre, enero y febrero, estuvimos trabajando el tema de la reinserción escolar, porque una de las dificultades que nosotros creemos es que la suegra ve que no hace nada en la casa (Entrevista 10)

Sin embargo, en la mayoría de los casos los entrevistados consideran que la re-escolarización y mantención en el colegio no es suficiente para proveer a los NNA de protección y bienestar y que el trabajo tiene que ir acompañado por una intervención psicológica. Los entrevistados expresan que muchas veces, aun sabiendo que este tipo de intervención no es suficiente, se convierte en lo único que pueden hacer para el NNA, tal como explica la cita:

"Lo único que pudimos hacer fue acercarnos en la parte educativa. Porque es algo que él quiere hacer, seguir en el colegio, porque ese su grado de normalidad para él. Entonces dijimos "bueno, si no podemos ayudar por un lado, vamos a hacerlo por el otro". (Entrevista 16)

"...tenemos una posibilidad de concretar un trabajo con ella en este minuto que su situación individual está más compensada y ella quiere hacer cosas vamos a partir por eso, para ver su tema colegio, ver los exámenes libres, porque ella sí que tiene sexto básico y tiene quince años entonces la diferencia es muy alta con sus... si fuera a un colegio (...) La idea es que ella pueda hacer sus exámenes libres y pueda convalidar los más cursos que pueda. Y una vez pudiendo trabajar eso y reforzándose el vínculo puede ir interiorizando más el tema con su consumo y adquiera acciones como de salud, esa su situación en particular." (Entrevista 3)

Así como para algunos la intervención psico-social no es suficiente, en otros casos los entrevistados consideran que la intervención psicológica de tipo "médica" se convierte en una necesidad, no solamente en un "piso". Esta necesidad responde a la identificación por parte de los entrevistados de un perfil de NNA, que difiere de aquel que "solamente" necesita intervención psico-social. Así lo muestran las siguientes citas;

"La J. no es disruptiva. Sí, se enoja, por supuesto, y va a actuar como cualquier adolescente (...) pero en general ella está súper consciente de su relación con sus hermanos, es muy cercana a ellos, les da todo el cariño que la mamá no les da, ella tiene muy claro que está con su pareja, que quiere formar una familia con ellos, que quiere seguir estudiando, pero las drogas le ganan siempre, pero no es una niña que necesite un tratamiento psiquiátrico. Yo creo que necesita mucha terapia psicológica, ojalá terapia de pareja, también para controlar impulsos y cosas, pero no problemas psiquiátricos (...) Ella necesita que la sostengan,

que la contengan en su proceso, pero no necesita tampoco siquiatra. Y tampoco consume, va a la escuela, tiene referentes, entonces no necesita siquiatra. (Entrevista 16)

"Si bien la XX se expone a ciertas conductas de riesgo, es como bastante protectora. Ella está en controles con la matrona, sabe cuál es el límite de las cosas que tiene que consumir, nunca se ha salido del alcohol y la marihuana, siendo que su grupo de pares igual consume otro tipo de sustancias. Dentro de eso tiene como hartas herramientas para protegerse, y es una adolescente que habla bastante, que es super comunicativa, como que uno sabe lo que le pasa, entonces no da tanto temor como con el Carlos, que no comunica nada. (...)Yo creo que en el caso de la XX no hay motivación a empezar un proceso terapéutico sobre todo porque ella tiene claro que la problemática es entre su madre y ella". (Entrevista 6)

Lo que tienen en común todos estos casos es que los entrevistados consideran que aún cuando los NNA llevan a cabo *conductas riesgosas*, estos tienen algún factor "protector" que opera frente a estas conductas. Así por ejemplo en la entrevista dieciséis, el NNA tiene conductas agresivas, al mismo tiempo es muy cercano y cariñoso con su familia. En el segundo caso, la niña se encuentra embarazada y por esto razón asiste a controles, etc. lo que la protegería de alguna manera de los demás factores de vulnerabilidad.

Los entrevistados identifican también a niños, niñas y adolescentes que requieren intervención psiquiátrica. Los NNA que clasifican dentro de esta categoría –según los entrevistados- son NNA que tienen *consumo habitual* de alcohol y/o drogas. Normalmente se trata de consumo de cocaína y/o pasta base. Esta es razón suficiente para los entrevistados para considerar necesario que reciban al menos un diagnóstico psiquiátrico. En su mayoría, estos casos son hombres (siete de nueve casos), solamente dos niñas son catalogadas como necesitadas de diagnóstico psiquiátrico y esto se debe al hecho de que ambas presentan *consumo habitual*. Se trata también de NNA que tienen entre 14 y 18 años (en total 8) y solamente un NNA que tiene 11 años. Estos NNA también tienen en común presentar conductas, que los mismos entrevistados catalogan de *disruptivas*. Además, la mayoría de los NNA presenta daños físico y/o cognitivos perceptibles producto de las vulneraciones vividas

Un entrevistado nos relata el caso de "D", que tienen daño cognitivo causado por el consumo de drogas, vive con su padre que también consume alcohol y pasta base y "...se presume también abuso sexual y agresión sexual permanente de parte del padre, eso es algo que no se pudo confirmar (...) en definitiva no cuenta con una red

de apoyo al interior de su familiar (...) altas carencias, afectiva particularmente: tenía un daño, un trauma respecto al vínculo materno, porque la madre lo abandona desde muy temprana edad, XX vive con su padre y con su abuela, quienes no logran establecer límites con él, y tampoco logran contenerlo, procede una dinámica altamente violenta” termina por relatar el entrevistado. Los demás casos de niños y adolescentes presentan también múltiples vulneraciones, como sucede con “F”, quien vive en situación de calle, siempre moviéndose solo, tiene conductas agresivas y ha sido agredido en la calle, tal como muestra la cita:

“...al parecer cuando lo mordió el perro lo llevaron, lo detuvieron Carabineros lo llevaron al hospital y se le hizo un diagnóstico que al final es el diagnóstico que se le hace en todos lados que dice trastorno por consumo abusivo de droga eso tiene y dependencia...” (Entrevista 9)

Tal como se ha expuesto, los entrevistados consideran que los NNA tienen distintas necesidades respecto de la atención en salud mental, aun cuando consideran que todos requieren como piso algún tipo de atención. En este sentido, se observa que los entrevistados consideran que hay ciertos NNA que requieren de intervención psicológica, mientras que otros requerirían de intervención psiquiátrica. Todos requieren de intervención psico-social.

Resumen de los resultados cualitativos

A modo de resumen, de los resultados cualitativos es importante rescatar algunas ideas que aparecen de forma transversal en las entrevistas, con el propósito de responder las dos preguntas que se hacían en un comienzo;

- ¿Cómo creen los entrevistados que los factores de vulnerabilidad afectan el bienestar de los NNA con los que trabajan?
- ¿Qué determina que un NNA reciba atención en salud mental? ¿cuáles son los factores facilitadores y que dificultan este proceso?

Respecto de la primera pregunta. Lo que se puede observar en los entrevistados es la distinción entre factores (de vulnerabilidad) que ellos consideran influyen de manera importante en el bienestar de los NNA –deteriorándolo–, mientras que existen otros factores en los que la relación es más débil entre uno y otro. En este sentido se podría llegar a hablar de un criterio de “intensidad” de vulnerabilidad en las narrativas de los entrevistados, a partir del cual los entrevistados sitúan ciertos factores de vulnerabilidad en una relación más laxa/menos clara respecto de su relación con el bienestar de los NNA y al otro extremo sitúan ciertos factores que se encuentran “intensamente” relacionados con el estado de bienestar. Este criterio de intensidad es algo propio de las narrativas y no se condice con la literatura revisada para este

estudio. En esta última, no se destaca un factor de vulnerabilidad que afecte en mayor o menor medida el bienestar de las personas, por el contrario, todos los factores ejercen una influencia similar sobre este. La diferencia se presenta en términos de la cantidad de factores que presenta una misma persona, no del tipo de factor. Una persona que presenta mayor cantidad de factores tiene una mayor probabilidad de desarrollar algún problema en el ámbito de la salud mental, en comparación a una persona que presenta menor cantidad de factores.

Existe una serie de características y vivencias que los entrevistados consideran tienen una influencia clara sobre el bienestar de los NNA, aun cuando los mecanismos a través de los cuales influyen en este no sean muy claros. En este sentido, llama la atención que los entrevistados no identifiquen claramente cuáles son los efectos negativos de la ausencia de la figura paterna y el trabajo infantil sobre el bienestar de los NNA, mientras que hay otros factores donde esta relación es claramente identificada, aun cuando los entrevistados no expliquen cómo se relacionan entre ellos. Este grupo de factores, en las narrativas de los entrevistados no generan daños físicos e irreversibles tan patentes como los factores de vulnerabilidad de alta complejidad –no hay daño cognitivo, físico, o bien, no se observa que esto haya generado conductas disruptivas “incontroladas” en los NNA. Los entrevistados también dan cuenta de posibles soluciones para revertir las vulnerabilidades, como la re-escolarización, mantención escolar, el diagnóstico y tratamiento psicológico. Los siguientes factores son considerados dentro de este grupo; factores relacionados a conductas de las familias de los NNA; negligencia de la madre, consumo habitual de drogas y/o alcohol en las mismas, retraso educacional y des-escolarización, las conductas infractoras, el consumo *exploratorio* o no habitual de drogas y/o alcohol, el maltrato psicológico, violencia física leve y la ausencia maternal. Es interesante considerar que mientras la ausencia materna ejerce una gran influencia sobre el bienestar de los NNA, según las narrativas de los entrevistados, la figura paterna –que en prácticamente todos los casos está ausente- no aparece como relevante en cuanto a su influencia sobre el estado de bienestar de los niños. Por último, existe un tercer grupo de factores de vulnerabilidad “más graves” –que ejercen una influencia directa sobre el bienestar del NNA, de tal modo que se identifica también con un deterioro físico y psicológico perceptible- es el consumo habitual de drogas y/o alcohol de parte del NNA, por un lado. Por el otro lado, los entrevistados también consideran que la presencia de múltiples vulnerabilidad de “menor complejidad” en un mismo NNA, puede redundar también en un perfil de gravedad, muchas veces estos últimos casos coinciden con los NNA que consumen de manera *habitual* drogas y/o alcohol.

Respecto de la segunda pregunta, llama la atención que existen actores que claramente cumplen un rol facilitador en la atención en salud mental, mientras que hay otros actores que ejercen un rol más dificultador, de acuerdo a los entrevistados. En este sentido, llama la atención que ningún actor –por sí mismo- tiene un rol de facilitador o dificultador de la atención per-se. Al analizar las entrevistas, se puede ver que todos los actores son relevantes a la hora de facilitar el acceso a la atención en salud mental en potencia –al menos; los colegios, si se convierten en gestores de las derivaciones de los NNA o ejecutan los diagnósticos, los dispositivos, en la medida en que tienen oferta, los psiquiatras y psicólogos, en la medida en que no estigmatizan, las familias, en la medida en que son un apoyo al NNA y los NNA, en la medida en que encuentran que tiene sentido un diagnóstico y/o tratamiento en salud mental, y por último, los mismos programas de intervención psico-social se pueden convertir en gestores y conectores de todos los actores relevantes en la atención. Si bien esto responde al caso ideal, existen una serie de procesos entre actores y decisiones que son tomadas por los actores relevantes, que en la práctica terminan por dificultar el proceso de atención en salud mental de los NNA. Por el lado de los dificultadores, se puede identificar los siguientes nudos críticos; los colegios pueden convertirse en lugares donde los NNA son estigmatizados, los dispositivos de salud –en muchos casos- no tienen oferta suficiente, los psiquiatras y psicólogos muchas veces terminan por estigmatizar a los NNA, al mismo tiempo dificultan que las familias apoyen al NNA, puesto que no entregan información entendible a estas, las familias en la mayoría de los casos no apoyan al NNA para que este reciba un diagnóstico y/o siga un tratamiento y los entrevistados muchas veces funcionan como seleccionadores (porteros) de los NNA, identificando casos de NNA que tienen mayor urgencia de ser atendidos, que se corresponde con los NNA con un perfil de gravedad.

El último punto nombrado, se convierte en un tema importante a ser tomado en consideración por los mismos programas, puesto que es un tema del que ellos mismos pueden hacerse cargo. Dado que los entrevistados utilizan un “criterio de gravedad” para catalogar la urgencia del NNA por recibir atención en salud mental, suelen asociar a los NNA con múltiples vulneraciones, o bien, aquellos que presentan daños físicos visibles de estos –normalmente relacionados a consumo habitual de drogas y/o alcohol- con una mayor urgencia por recibir atención en salud mental. Este perfil coincide en el caso de los NNA seleccionados con niños y adolescentes hombres que tienen entre 17 y 18 años. Solamente una adolescente mujer cumple con este perfil. Mientras que son por lo general las niñas y adolescentes mujeres las que presentan factores de vulnerabilidad catalogados como de baja complejidad (embarazo juvenil,

trabajo, abuso sexual, etc.). De esta manera la particular manera de clasificar los tipos de vulnerabilidades redundaba en la visibilización de los niños y adolescentes hombres que son los que presentan una gran cantidad de vulnerabilidades y al mismo tiempo las más graves –consumo de alcohol y/o drogas. Por el otro lado, se invisibiliza la necesidad de atención de salud mental de las niñas y adolescentes mujeres, quienes presentan en su mayoría menor cantidad de factores de vulnerabilidad y/o factores de vulnerabilidad catalogados como de menor gravedad –tal como lo muestra el análisis cuantitativo. Sucede lo mismo en términos de edad; por lo general los NNA de menores edades presentan menos factores de vulnerabilidad y también aquellos que son menos complejos, muchas veces viven en contexto altamente vulneradores, pero no han internalizado ninguna de estas conductas.

A esta manera de seleccionar, se suma el hecho de que los entrevistados pocas veces explican cuál es la manera en que el trabajo psicológico/psiquiátrico se complementa con el trabajo de intervención psico-social realizado por los programas de intervención a los que pertenecen. Esto produce, en algunos casos, la frustración de los entrevistados respecto de la utilidad de la atención en salud mental. Esta idea se ve reflejada en la siguiente cita;

“Yo no creo que el tratamiento psiquiátrico no le ayudaran, yo creo que las pastillas igual lo ayudaban, pero justo se toparon con el duelo y el sufrimiento, pero profundo que tiene el L., o sea un niño de 10-11 años que quiera suicidarse porque quiere estar con su mamá, es súper triste, entonces yo creo que eso, ehh, no se cura con pastillas, entonces yo creo que, el si hubiera tenido la familia que lo contuviera de alguna forma, con el tratamiento psiquiátrico, y nosotros trabajando el duelo, el recibiendo el cariño que necesitaba, yo creo que las pastillas si hubiera funcionado, pero las pastillas por si solas no pueden funcionar, si el niño está solo” (Entrevista 9)

Comprender que ésta es la manera que tienen los entrevistados de entender la atención en salud mental, al mismo tiempo que dar cuenta de su rol en esta atención, da luces sobre qué temas y problemáticas pueden ser solucionadas desde la misma acción de los programas y que podrían facilitar también el acceso. Sin embargo, al tomar en consideración la serie de actores relevantes en esta atención, también se da cuenta de que la atención se encuentra determinada tanto por actores externos a la red de salud mental, como a actores que se encuentran dentro de la misma. Tratar de comprender cuáles son estos actores y a qué procesos y de qué manera, según los mismos entrevistados, se pueden convertir en facilitadores al proceso, también da luz

sobre posibles formas de actuar que podrían ser incentivados en los mismos con el objetivo de que se facilite el acceso a la salud mental de los NNA. Con ello, los mismos entrevistados son capaces de darse cuenta de la necesidad de llevar a cabo un trabajo intersectorial. Así lo expresa un entrevistado en la siguiente cita;

"Ahora yo creo que de dispositivo si uno pega una mirada, podría decir que existen los dispositivos, existe dispositivo para el tema de salud mental. Existen los dispositivos pa efectos del consumo de drogas, existen dispositivos que hablan de la reinserción social, labora, educacional, existen los dispositivos, si uno lo mira. Ahora, son efectivos los dispositivos, yo creo que no. Y por qué no son efectivos, yo me atrevería a decir porque falta ahí un mayor coordinación intersectorial (...) Entonces eso de alguna manera hace que, como decía la C., esta cuestión sea una parcela pa cada uno, cachai. Tiene que ver con el tema de los recursos, las políticas públicas, las licitaciones, que tiene que ver con la oferta que hoy día existe" (Entrevista 12)

Conclusiones

A modo de conclusión se puede sostener que esta investigación es un aporte a los estudios que han indagado en el rol que juega la vivencia de hechos traumáticos durante la niñez y adolescencia en la salud mental de éstos. Este estudio utiliza una metodología cualitativa y cuantitativa para abordar este tema en una población muy específica, los NNA en situación de calle de la Región Metropolitana. A continuación se mencionan las principales conclusiones y resultados.

1. Primero es importante dar cuenta que en la muestra de NNA analizados los factores de vulnerabilidad asociados a la situación educacional y a la familia son los que presentan mayor prevalencia.
2. También se dio cuenta que los NNA tienen perfiles de vulnerabilidad muy heterogéneos, sin embargo se reconoce –por parte de los entrevistados y basándose en los estudios revisados- que existe una necesidad de atención en salud mental transversal a todos ellos.
3. Se sugiere que, dada la presencia de factores de vulnerabilidad en la muestra, los NNA presentan una necesidad de atención en salud mental. En este sentido es importante indicar nuevamente que solo un 1% de los NNA de la muestra no presenta ningún factor de vulnerabilidad, mientras que un 42% presenta al menos siete de estos factores–de un total de doce factores que fueron medidos.
4. Tomando en cuenta esto, es importante reconocer las diferencias de la presencia de factores de vulnerabilidad por edad y sexo. En este sentido, las niñas y adolescentes mujeres de la muestra presentan en mayor medida factores de vulnerabilidad asociados a la situación familiar y a la vivencia de hechos traumáticos. Los niños y adolescentes hombres, en cambio, tienen una tendencia a presentar factores de vulnerabilidad asociados a la situación educacional y a las características individuales. Así también, estos dos últimos factores se encuentran relacionados con la edad de los NNA, en el sentido de que aumenta su presencia a medida que aumenta la edad de los NNA.
5. Aun cuando se ha dado cuenta de la necesidad de que los NNA reciban atención en salud mental, estos mismos NNA no reciben la atención requerida. Solamente un 21% tiene antecedentes de salud mental diagnosticados por un especialista y que de este subgrupo únicamente un 30% tiene algún tipo de tratamiento.
6. Para dar respuesta a la pregunta de por qué no la reciben, se ha indagado en la percepción de las duplas psico-sociales de los proyectos pertenecientes al Observatorio Metropolitano. Primero, es importante comprender que para que

un NNA en situación de calle, que es intervenido por estos proyectos, reciba atención en salud mental es necesario el involucramiento de una serie de actores –algunos pertenecientes a la red de salud mental y otros que no pertenecen a ella. En este sentido, se ha destacado el rol de los establecimientos educacionales, los dispositivos de salud mental, psiquiatras y psicólogos, la familia, los mismos NNA y los profesionales de los proyectos pertenecientes al Observatorio Metropolitano. Es importante recalcar el importante rol que cumplen los establecimientos educacionales en términos de la efectividad de sus gestiones por derivar o diagnosticar a los NNA en términos de salud mental. Esto es importante recalcarlo, en vista de que un 69% de los NNA de la muestra no se encuentran escolarizados. Esto significa que, aun cuando el colegio se convierte en un actor clave en la atención en salud mental, el limitado acceso a este por parte de los NNA convierte este mismo hecho “positivo” en algo problemático.

7. Por el otro lado, si bien, en términos generales se puede sostener que la falta de coordinación intersectorial explica algunos de los nudos críticos en la atención en salud mental, existen nudos críticos situados en los actores relevantes que determinan el acceso, según los entrevistados. A este respecto se pudo indagar de manera más profunda en los nudos críticos que se presentan en los mismos proyectos pertenecientes al Observatorio Metropolitano, puesto que los entrevistados pertenecen a éstos. En este sentido, se destacó que los proyectos funcionan como “seleccionadores”, o lo que la literatura conoce como “porteros” de la atención en salud mental. Ellos deciden qué NNA requieren con mayor urgencia la atención en salud mental, discriminando la situación del NNA según un “criterio de gravedad” de la situación de vulnerabilidad.
8. Es importante tomar en consideración que los criterios de gravedad utilizados clasifican a los NNA en grupos que requieren con mayor urgencia atención en salud mental, de aquellos que requieren esto con menor urgencia. La presencia de múltiples vulnerabilidades, así como la presencia de consumo habitual de drogas y/o alcohol son los dos criterios que utilizan los entrevistados para clasificar al grupo de NNA que requiere con mayor urgencia de atención en salud mental. Ambas características –si se vuelve a los resultados cuantitativos- se relacionan con la edad y el sexo de los NNA. Se observó que son en su mayoría los niños y adolescentes hombres los que presentan consumo de drogas y/o alcohol. Así mismo, son los NNA de mayores edades los que presentan múltiples vulnerabilidades; un 46% de los NNA entre 14 y 17 años presenta al menos siete factores de vulnerabilidad. Cifra que incrementa a un 76% cuando se observa a los mayores de 18 años. Esta cifra es

considerablemente más baja en los NNA menores de 14 años. Esta información permite concluir que el criterio de selección utilizado por los entrevistados discrimina, no solamente, entre la urgencia del caso, sino que visibiliza algunos NNA e invisibiliza al mismo tiempo a otros. Si consideramos que son los niños hombres y de mayor edad quienes se condicen con los criterios de gravedad utilizados por los entrevistados, vemos que son –por el otro lado- las niñas y adolescentes mujeres quienes son invisibilizadas en términos de la necesidad de atención en salud mental. A esto se suma el hecho de que los entrevistados evalúan la voluntad del NNA por asistir a los dispositivos de salud y el apoyo que tiene este NNA de sus familias. Dos características poco presentes en los NNA que se encuentran poco presentes –según los entrevistados- en los NNA. De esta manera, los entrevistados muchas veces consideran –de antemano a cualquier gestión- que el diagnóstico y/o tratamiento que podrían llegar a obtener los NNA sería poco efectivo. A esto se suma el hecho de que los entrevistados tienen poca claridad respecto de la utilidad y complementariedad del trabajo psicológico clínico y/o psiquiátrico con la intervención psico-social que estos realizan.

9. Todos estos resultados, demuestran – a juicio del equipo de investigación- la necesidad de generar estrategias diferenciadas en el acceso a salud mental, que se condigan al menos con acciones de promoción, prevención y rehabilitación. En vistas de que los NNA presentan perfiles heterogéneos, que se relacionan también con la edad y el sexo de los mismos, se comprende que aun cuando existe una necesidad por parte de estos NNA de recibir atención en salud mental, las acciones necesarias para hacerse cargo de este problema deben estar pensadas para la heterogeneidad de esta población. La necesidad de avanzar en este ámbito es demostrado por este estudio.

Trabajos citados

- Ali, M., & Muynck, A. (2005). Illness incidence and health seeking behaviour among street children in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan -a qualitative study. *Child: Care, Health & Development*, 525-532.
- Andrews, H. (1985). The Ecology of Risk and the Geography of Intervention: From Research to Practice for the Health and Well-being of Urban Children. *Annals of the Association of American Geographers*, 370-382.
- Aptekar, L. (1994). Street children in the developing world: A review of their condition. *Cross-cultural Research*, 195-244.
- Consortium for Street Children. (2011). *State of the World's Street Children*. London: Consortium for Street Children.
- Costello, J. E., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 972-986.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 129-136.
- Johnson, J., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., & Bernstein, D. (1995). Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 600-606.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The Health Effects of Childhood Abuse: Four Pathways by which Abuse Can Influence Health. *Child Abuse and Neglect*, 715-730.
- Mason, M. (2008). Preadolescent Psychiatric and Substance Use Disorders and the Ecology of Risk and Protection. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 61-81.
- OMS. (2013). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2013, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Estrategia y Plan de acción sobre Salud Mental*. Washington: Organización regional de la Organización Mundial de la Salud.

- Panter-Brick, C. (2002). STREET CHILDREN, HUMAN RIGHTS, AND PUBLIC HEALTH: A Critique and Future Directions. *Annual Review Anthropology*, 147-171.
- Pérez Benítez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., y otros. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental Mexico*, 145-153.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., y otros. (2007). The KIDSCREEN-27 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Quality of Life Research*, 1347-1356.
- Ries Merikangas, K., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., y otros. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *PMC US. National Library of Medicine National Institutes of Health*.
- Thanh Nguyen, H., Dunne, M., & Vu Le, A. (2009). Multiple type of child maltreatment and adolescent mental health in Vietnam. *Bulletin of the World Health Organization*, 22-30.
- Thomas de Benítez, S. (2011). *State of the World's Street Children: Research*. London: Hobbs, Southhampton.
- UNICEF. (2006). *ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2006. Excluidos e Invisibles*. New York: Unicef House.
- Unicef. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011 "La adolescencia: Una época de oportunidades"*. New York: Unicef.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile*, 447-457.
- Vostanis, P. (2002). Mental health of homeless children and their families. *Journal of continuing professional development*, 463-469.
- Vostanis, P. (2002). Mental health of Homeless children and their families. *Advances in Psychiatric Treatment*, 463-469.

Weil, K., Florenzado, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., y otros. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista médica de Chile*, 1499-1504.

Anexo

A continuación se presentan los conceptos, que son relevantes para la investigación con sus definiciones respectivas.

Salud mental:

- “La salud mental puede ser considerada como una condición individual que contribuye a alcanzar una calidad óptima de vida y que es susceptible a aumentar o disminuir de acuerdo con las condiciones del medio y las acciones ejercidas por la sociedad.” (Organización Panamericana de la Salud, 2007, pág. 184)
- “...la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.” (OMS)
- “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y **no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**”(Constitución de la Organización Mundial de la Salud)

Factores de riesgo: “Los factores de riesgo son variables que predisponen a un individuo al desarrollo de enfermedades; la evaluación de riesgo es producto de la medición estadística de aquellos factores de riesgo que se han demostrado afectan la salud y el bienestar.” (Panter-Brick, 2002, pág. 159)

Vulnerabilidad: “...es el resultado de un proceso dinámico de interacción entre diversos factores, que condicionan o facilitan la aparición de patología psiquiátrica u otros problemas psicológicos y sociales, ante la presencia de un evento externo amenazante.” (Organización Panamericana de la Salud, 2007, pág. 211)

Trastorno mental: “...un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor) a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.” (DSM-IV)

Niñez y adolescencia: Es un período del ciclo vital, que comprende a los individuos entre 0 y 18 años y si bien existen distintas definiciones respecto del mismo, que provienen de la psicología, sociología, biología, etc. En esta investigación se quiere destacar dos enfoques. Por un lado, desde la Convención de los Derechos del Niño, se debe entender que el niño, por falta de madurez física y mental, necesita protección y

cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después de su nacimiento. Además, desde el enfoque de factores de vulnerabilidad la niñez y adolescencia se destacan como un período en el tiempo período en el cual las personas se ven expuestas a una serie de factores, que se relacionan con el desarrollo de posibles desórdenes psiquiátricos (Mason, 2008).

Niños, niñas y adolescentes en situación de calle: Todo menor de 18 años que pernocta al menos, cuatro veces al mes en calle. Sin embargo, este grupo difiere de aquellos niños y niñas que por alguna actividad recreativa pernocta en la calle, pues no necesariamente corresponde a esta población. Por tanto, para poder distinguir las diversas manifestaciones de vulneración de derechos, el criterio a considerar en esta población refiere al tipo de vínculo familiar, que no es ni protector, ni cuidador. Los lugares de pernoctación en calle incluye: sitios eriazos, puentes, plazas, canchas, construcciones precarias en términos de materialidad (habitualmente llamados rucos), vehículos abandonados y casas abandonadas (Observatorio Metropolitano de Niños, Niñas y Jóvenes que habitan en la Calle, 2010).