

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

División Prevención y Control de Enfermedades
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Subsecretaría de Salud Pública

2023



POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) - División de Políticas Públicas Saludables y Promoción

DISEÑO

Diseño: Comunicaciones MINSAL

FOTOGRAFÍAS

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido del presente documento, la distribución, comunicación pública y creación de documentos derivados, reconociendo la autoría original.

Dentro de este documento se hace uso genérico de palabras para referirse a los distintos géneros a la vez, con el fin de no hacer discriminación, buscando facilitar una lectura fluida del documento, de acuerdo a denominación amparada por la Real Academia Española, pero también siguiendo las recomendaciones de la “Orientación para un uso de lenguaje no sexista e inclusivo” del MINEDUC.

BORRADOR



Autoras y editoras

Depto. de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

Cecilia Zuleta Callejas

Belén Vargas Gallegos

María Paz Araya Álvarez

Responsable Técnico

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Fernando Gonzalez Escalona, jefe DIPRECE

Pablo Norambuena Cárdenas, jefe Departamento de Salud Mental

División de Política Pública (DIPOL)

Camila Silva Olivares, jefa DIPOL

Patricia Zamora Valdés, jefa Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana

Catalina Cano Abásolo, jefa Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y de Medicinas Complementarias

Colaboradores

Ministerio de Salud

División de Prevención de Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública

Pablo Villalobos Dintrans

Paula Maureira Martínez

Departamento de Salud Mental, DIPRECE

Alejandro Riquelme Borquez

Felipe Peña Quintanilla

Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE

Alejandro Gallegos Cárdenas

Cettina D'Angelo

Loretto Fuentealba Alvarado

María Inés Romero Sepúlveda



María Paz Medel Salas

Nicole Garay Unjidos

Departamento de Cáncer, DIPRECE

Miguel Paredes Villanueva

Paula Escobar Oliva

Priscila González Romero

Departamento VIH/ITS, DIPRECE

Irene Escribano

Rafael Vidal Ortiz

Depto. de Rehabilitación y Discapacidad

Camilo Águila Villanueva

División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL), Subsecretaría de Salud Pública

Dpto. de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, DIPOL, Subsecretaria de Salud

Carmen Gloria Gonzalez Espinoza

Catalina Campos Peralta

Subdepartamento de Prestadores, Profesiones Médicas y Farmacia SEREMI de Salud Región del Biobío

Carmen Veloso Figueroa

División de Atención Primaria (DIVAP), Subsecretaría de Redes Asistenciales

Alejandro Iglesias Bonsses

Verónica Véliz Rojas

División de Gestión y Redes Asistenciales (DIGERA), Subsecretaría de Redes Asistenciales

Leslie Mackay Phillips

Departamento Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias.

Carmen Veloso Figueroa



Intersector y otros organismos

Constanza Magna Carrillo, Departamento de Reinserción Social Juvenil y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

María Paz Gonzalez Rojas, Departamento de Reinserción Social Juvenil y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

Hermann Schwaderer Zúñiga, Unidad de Estudios, Publicaciones y Estadísticas, Defensoría de la Niñez

Carlos González Rivas, Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Infancia, Fundación Integra

Nicolás Valdenegro Muga, Departamento de Coordinación Programática, Instituto Nacional de la Juventud

Cristina Vega González, División de Educación General / Convivencia para la Ciudadanía, Ministerio de Educación

Carolina Klein Salazar, Oficial de Salud y Desarrollo Infantil Temprano, UNICEF

Arlette Martínez Ossa, Departamento de Derechos Fundamentales, Ministerio del Trabajo y Previsión Social

Carolina Troncoso Alvarez, División de Política y Gestión Deportiva - Área Política y Estudios, Ministerio del Deporte

Patricio Delgado Gallardo, División de Política y Gestión Deportiva - Área Política y Estudios, Ministerio del Deporte

Daniel Díaz Sepúlveda, División Programática, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Claudia Quinteros López, Unidad Infanto-adolescente, Área de Tratamiento, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Cecilia Quiroz Venegas, Área de Prevención, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)



ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN	7
II.	INTRODUCCIÓN	10
III.	PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA	12
IV.	VISIÓN Y PROPÓSITO	13
	<i>VISIÓN</i>	13
	<i>PROPÓSITO</i>	13
V.	MARCO COMPRENSIVO DE LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA	14
	<i>MODELO BIOECOLÓGICO:</i>	14
	<i>MODELO DE DOS CONTINUOS</i>	19
VI.	ENFOQUES	21
	<i>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EQUIDAD</i>	21
	<i>INTERSECTORIALIDAD</i>	21
	<i>INTERCULTURALIDAD</i>	22
	<i>CURSO DE VIDA</i>	23
	<i>ENFOQUE PREVENTIVO Y PROMOCIONAL DE LA SALUD</i>	23
	<i>ENFOQUE DE DERECHO</i>	24
	<i>ENFOQUE DE GÉNERO</i>	24
	<i>NEURODIVERSIDAD</i>	25
	<i>CALIDAD</i>	25
VII.	COMPONENTES Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	26
	1. FAMILIA	28
	2. COMUNIDADES EDUCATIVAS	33
	3. COMUNIDAD	38
	4. RESPUESTA DE LA RED PÚBLICA DE SALUD	43
	5. POBLACIONES EN MAYOR RIESGO DE EXCLUSIÓN	50
	6. PARTICIPACIÓN	55
	7. INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-ADOLESCENTE	58
III.	REFERENCIAS	61
IV.	ANEXOS	67
	ANEXO N° 1: MARCO JURÍDICO Y ÉTICO	67
	ANEXO N.º 2: ESTUDIO SOBRE EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EVIDENCIA INTERNACIONAL PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA	80

I. PRESENTACIÓN

Todos los niños, niñas y adolescentes^{1,2} que habitan en el territorio nacional deben poder ejercer plenamente sus derechos humanos fundamentales, plasmados en la Convención de los Derechos del Niño (1) y en la Ley 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (2), siendo uno de los principales, alcanzar un alto nivel de bienestar y desarrollo de sus habilidades y potencialidades. Esta Ley mandata el desafío de dar una respuesta integrada entre las políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, cultural y social de los niños, niñas y adolescentes, hasta el máximo de los recursos de los que pueda disponer el Estado. Esta responsabilidad se debe ejercer mancomunadamente entre el Estado y sus instituciones, la sociedad civil y garantes claves en la vida de niños, niñas y adolescentes, como lo son sus familias, establecimientos educacionales y comunidades.

En este marco la Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia, busca marcar la ruta a seguir para respetar, promover, proteger y garantizar especialmente el derecho a la salud mental de la población infantil y adolescente que nace o crece en Chile, de manera sinérgica y complementaria con la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (3) y su Plan de Acción (4); incluyendo de manera prioritaria el desarrollo de acciones de promoción del bienestar, de prevención de factores de riesgo y fomento de factores protectores para la salud mental, junto con el desarrollo de intervenciones tempranas y eficaces para abordar problemas o trastornos mentales, de acuerdo con las necesidades y preferencias particulares de cada niño, niña, adolescente y su familia.

Con el objetivo de avanzar en cada uno de los desafíos propuestos en la presente política, se co-construirá, intersectorialmente, un Plan de Implementación para cada una de las líneas estratégicas priorizada, a fin de contar con una hoja de ruta clara y sostenible, que permita promover el bienestar tempranamente e impactar en la calidad de vida presente y futura.

Se ha evidenciado que mientras más tempranamente se inician los problemas emocionales y de comportamiento, aumenta el riesgo de que estos impacten desfavorablemente en el desarrollo; de la misma forma, gran parte de los problemas o trastornos mentales que sufre la población adulta tienen su inicio en la niñez (5), generando a lo largo de la vida afectaciones al desarrollo emocional, intelectual y social, junto con incidir en la dinámica familiar. De esta manera, un abordaje temprano, anticipatorio y protector de la salud mental trae consigo beneficios para el desarrollo del niño, niña, adolescente y su familia, tanto a corto como a mediano y largo plazo. Adicionalmente, las

¹ La presente política reconoce la importancia de utilizar un lenguaje que no reproduzca esquemas discriminatorios y binarios entre niños y niñas; sin embargo, y para evitar la sobrecarga gráfica, se opta por usar la forma "niños, niñas y adolescentes" en su tradicional acepción genérica para referirse a un conjunto de personas, incluyendo en ella toda la diversidad de formas de identidad y expresión de género.

² Se entiende por niños a niñas a las personas de 0 a 9 años 11 meses, 30 días y adolescentes a las personas de 10 a 18 años, 11 meses y 30 días.

intervenciones tempranas de eficacia demostrada reducen los costos para los sistemas de salud y las comunidades (6).

De acuerdo con un estudio realizado en Chile sobre prevalencia de trastornos mentales en la niñez y adolescencia realizado el año 2012, entre los 4 y 18 años la prevalencia general es de 22,5%, siendo mayor en mujeres (25,8%) que en hombres (19,3%). Luego, específicamente, entre los 4 a 11 años se observó una prevalencia de 27,8% y de 16,5% en el grupo etario de 12 a 18 años (7). Si bien este estudio ha permitido proyectar la prevalencia de trastornos mentales en esta población durante la última década, no se cuenta con información epidemiológica actualizada y de estudios que permitan conocer el efecto en la salud mental de importantes cambios sociales y demográficos experimentados por la sociedad chilena tales como la evolución de las familias, los procesos migratorios, el reconocimiento de la diversidad sexual y de género, movimientos sociales, entre otros.

Sumado a lo anterior, la pandemia por COVID-19 ha planteado un escenario complejo para la población infantil y adolescente. Investigaciones tempranas reportan un aumento de indicadores de depresión y ansiedad en este grupo etario, asociado a factores tales como la pérdida de las interacciones sociales, el aislamiento y la dificultad de acceder a servicios que se suelen encontrar en las redes de salud o espacios como las escuelas, junto con mayor experimentación de situaciones de violencia, desigualdades de género, pérdida de hábitos y calidad del sueño en la familia, vulnerabilidad asociada a menores ingresos económicos, incertidumbre financiera, peores condiciones de habitabilidad y entornos urbanos empobrecidos (8-11). De acuerdo con el estudio "Cuidemos a nuestros niños", que buscaba conocer el efectos de la Pandemia y las Medidas de Confinamiento sobre la Salud Mental en Población Infantil de Chile, realizado en niños, niñas y adolescentes de 0 a 11 años, Se obtuvo que un 20,4% de los participantes en este grupo etario reportaron síntomas físicos, 22,8%, síntomas relacionados con el estado del ánimo, 49,8%, conductas disruptivas, 39,2%, sintomatología ansiosa, 38%, síntomas asociados a la baja tolerancia a la frustración, 52,5%, problemas de sueño y 70,8%, síntomas asociados a dificultades atencionales e hiperactividad (12).

En este contexto, y dado que la niñez y adolescencia son etapas claves del desarrollo, es todavía más relevante orientar estrategias que permitan asegurar las condiciones necesarias para que esta población desarrolle su potencial a lo largo de toda su trayectoria de vida, orientando planes, programas y estrategias hacia el fortalecimiento de las habilidades psicosociales individuales y colectivas. Junto con ello, es indispensable la construcción de entornos saludables, resilientes, protectores y que promuevan la cohesión social, que permitirán a niños, niñas y adolescentes desarrollarse en ambientes seguros que garanticen el resguardo de los derechos de inclusión, no discriminación, identidad, respeto por las diferencias y buen trato, junto con el reconocimiento de sus especificidades culturales y territoriales.

Con el propósito de contar con una política pública articulada y sinérgica entre los distintos actores del Estado que inciden en la salud mental de la niñez y la adolescencia, es que la Política tiene como eje la intersectorialidad, destacando la importancia de intervenir en los determinantes sociales de

la salud mental, y generar planes y programas que apunten a la promoción, prevención, tratamiento de los problemas y trastornos mentales, así como en la inclusión social y comunitaria de quienes tengan discapacidad mental, por causa psíquica o intelectual.

En este marco, la presente Política busca generar las condiciones político-institucionales, sociosanitarias, culturales, de contextos de vida y relaciones vinculares significativas, entre otras, que resultan necesarias para que los niños, niñas y adolescentes puedan alcanzar y mantener un óptimo desarrollo socioemocional y bienestar, de acuerdo con los marcos regulatorios vigentes, a nivel nacional e internacional, que definen las prioridades para la población infantil y adolescente en materia de salud integral y bienestar.

BORRADOR



II. INTRODUCCIÓN

El abordaje temprano de la salud mental, desde la vida intrauterina, durante niñez y la adolescencia tiene múltiples implicancias positivas para el desarrollo integral de los niños, niñas o adolescentes, en su vida actual y futura, así como para sus familias y la sociedad en su conjunto. La salud mental en esta población se traduce en que logren alcanzar y mantener un óptimo funcionamiento y bienestar psicológico y social, teniendo un sentido de identidad y autoestima, positivas relaciones familiares y con su grupo de pares, capacidad de aprender, de afrontar los desafíos del desarrollo, de utilizar recursos para el despliegue de potencialidades y adquirir habilidades para participar activamente en la sociedad (6).

El desarrollo de políticas, planes y programas en salud mental infantil y adolescente plantean el desafío de implementar estrategias integrales e intersectoriales, que aborden los distintos ámbitos que impactan en el bienestar, considerando los factores protectores y de riesgo para un óptimo desarrollo socioemocional. Conforme a lo anterior, la presente política desarrolla cinco componentes que, de acuerdo con la evidencia disponible, son críticas para la salud mental de niños, niñas y adolescente. Dentro de los componentes a abordar se encuentra: *“Familia”*, donde se destaca la relevancia de los vínculos tempranos protectores y el ejercicio de cuidados respetuosos, propiciando que la población infantil y adolescente se sienta cuidada y protegida, crezca en un ambiente familiar propicio, que otorgue aceptación y afecto, que fomente sus capacidades, aprendizajes y la participación activa en la toma de decisiones de acuerdo con su nivel de desarrollo y autonomía progresiva. En el componente *“Comunidades educativas”*, se aborda la educación como un derecho y se propicia que todos los niños, niñas y adolescentes tenga una experiencia educativa favorable para su desarrollo, a través de entornos educativos inclusivos, sin discriminación y con respeto por la diversidad, que cuenten con espacios de participación, así como con relaciones interpersonales y clima escolar protector. En otro de los componentes que aborda *“Comunidad”* se relevan acciones orientadas a la asociatividad y la cohesión social como factores protectores de la salud mental, al desarrollarse en entornos comunitarios basados en lazos de confianza y cooperación, que potencien su calidad de vida, sentido de pertenencia y su participación equitativa en la vida familiar, social y cultural. Adicionalmente incluye el uso beneficioso de las tecnologías digitales y las redes sociales. En el componente *“Poblaciones en mayor riesgo de exclusión”* se otorgan directrices para desarrollar acciones pertinentes para niños, niñas y adolescentes con mayor riesgo de sufrir discriminación y exclusión, como son quienes están en situación de migración o refugio, que han visto vulnerados sus derechos, de quienes se encuentran en conflicto con la justicia, que pertenece a pueblos indígenas y que expresan su diversidad sexual.

Finalmente, con el objetivo de que la población infantil y adolescente acceda oportunamente a servicios en salud mental de calidad, cercanos a su territorio, se establece el componente *“Respuesta de la red pública de salud”*, basada en el “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria” y el “Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental”.

Adicionalmente, dentro de los derechos que promueve la Política se encuentran: Derecho a la igualdad y no discriminación arbitraria, a ser escuchados, a que se tome en consideración sus

opiniones cuando se toman decisiones sobre cuestiones que le afecten, a ser informados, a velar por su interés superior, por su bienestar físico, mental, espiritual, moral, cultural y social, a respetar su identidad, a su autonomía progresiva y ser protagonistas de sus vidas, a fortalecer el rol protector de la familia, a participar en la vida social, familiar, escolar, científica, cultural, artística, deportiva o recreacional, entre otros; derecho a la recreación, al deporte y a la participación en la vida cultural, a las artes y al descanso ; derechos a la protección contra la violencia, derecho a que se dé prioridad a quienes han sido vulnerados, a recibir particular protección quienes pertenecen a grupos sociales específicos, tales como migrantes, pertenecientes a comunidades indígenas, género no conforme, entre otros; derecho a la salud y a sus servicios, a la educación. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser educados en el desarrollo de su personalidad, aptitudes y capacidades hasta el máximo de sus posibilidades. La educación tendrá entre sus propósitos esenciales inculcar al niño, niña o adolescente el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como el respeto de sus padres y/o madres, de su propia identidad cultural, de su idioma, sus valores y el medio ambiente; entre otros.

BORRADOR



III. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA

Para la elaboración de la presente política se realizó una revisión de documentos regulatorios, directrices y lineamientos programáticos, a nivel nacional e internacional que impactan en la salud mental de la población infantil y adolescente, dentro de los cuales se encuentran la Política Nacional de Infancia y Adolescencia (3) y su Plan de Acción 2018-2025 (13), el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud(14), el Informe de resultados nacionales Yo Opino, es mi derecho 2017 (15), Acuerdo Nacional por la Infancia (16), Convención de los Derechos del Niño (17), la Ley N.º 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia(2), así como lineamientos entregados por la OPS/OMS (6, 18-20) y UNICEF (21-23). Adicionalmente se revisaron las recomendaciones realizadas por la Defensoría de la Niñez en el marco del Estudio de Políticas Públicas Relacionadas con la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes (24) y las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño realizadas el año 2022 (25).

Adicionalmente se realizó una revisión de políticas comparadas del Ministerio de Salud, incluyendo planes y programas de salud mental infantil a nivel internacional, considerando países con experiencia en esta materia, así como con características sociodemográficas comparables a nuestro país, tales como España, Colombia, México, Canadá, Escocia, Sudáfrica, Australia e Irlanda. También, con el objetivo de reconocer factores que impactan en la salud mental de la población infantil y adolescente se realizó una revisión de evidencia científica (Ver Anexo N.º 2).

Dado que la política reconoce el derecho de la población infantil y adolescente de participar en el diseño de políticas, planes y programas de salud mental, donde ellos y ellas se vean vinculados, en el mes de octubre del año 2019, en el contexto de la Décima Jornada Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes en Salud a cargo del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, fueron consultados consejeros y consejeras entre 10 y 24 años de edad, para la elaboración de esta Política (26).

De la misma forma, para fortalecer espacios de construcción colectiva, el documento será finalmente sometido a revisión por las distintas reparticiones públicas que inciden la salud mental de la población infantil y adolescente, así como de expertos en la materia. Adicionalmente, se realizará una consulta pública y abierta, que permita recoger las necesidades, intereses y opiniones de la ciudadanía en general.

En el mes de marzo del año 2023 el documento fue sometido a consulta de los ministerios y servicios del Estado que inciden en la salud mental durante la niñez y la adolescencia, participando de dicha instancia el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Educación, Ministerio del Deporte, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional de la Juventud, Fundación Integra. Adicionalmente el documento fue revisado por la Defensoría de la Niñez y UNICEF.

IV. VISIÓN Y PROPÓSITO

VISIÓN

Chile es un país que protege y promueve la salud integral y en particular la salud mental de cada niña, niño y adolescente que vive en el territorio nacional, sin distinción en relación a su origen social, cultura, nacionalidad, género, orientación sexual, capacidades y características, o cualquier otro factor de potenciales inequidades, favoreciendo que alcancen y mantengan el más alto nivel de salud mental, desarrollen su identidad y autoestima, disfruten de relaciones familiares y de pares saludables, puedan jugar y divertirse aprendiendo, avancen en los desafíos del desarrollo, desplieguen sus potencialidades, y, adquieran habilidades para participar activamente en su comunidad. Para esto Chile cuenta con estrategias y acciones orientadas a la protección de la salud mental en todas las políticas, desarrolladas por los distintos sectores del Estado, así como por las familias y comunidades.

PROPÓSITO

Desarrollar componentes y objetivos estratégicos intersectoriales para resguardar el derecho a la salud mental de toda niña, niño y adolescente que vive en el país, a través de la promoción de factores protectores, prevención e intervención temprana de factores de riesgo y de la atención oportuna y equitativa a los problemas y trastornos de salud mental durante la niñez y la adolescencia.

BORRADOR



V. MARCO COMPRENSIVO DE LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

El bienestar socioemocional de la población infantil y adolescente es el resultado de diversos factores que interactúan entre sí, tales como características fisiológicas y genéticas, experiencias pre y perinatales, la calidad de las relaciones que se establecen con las figuras significativas, dinámicas familiares, condiciones de vida, contextos socioculturales, acceso y calidad de la estimulación y educación, acceso a servicios de salud, oportunidades recreativas, entre otros. Estos factores pueden propiciar o limitar el desarrollo de las potencialidades, así como la salud mental.

Como se ha señalado anteriormente, durante la niñez y a adolescencia una salud mental positiva se manifiesta en la capacidad de alcanzar y mantener un óptimo funcionamiento y bienestar psicológico y social, teniendo un sentido de identidad y autoestima, relaciones familiares y con su grupo de pares positivas, capacidad de aprender, de afrontar los desafíos del desarrollo, de utilizar recursos para el despliegue de potencialidades y adquirir habilidades para participar activamente en la sociedad (6). Para alcanzar una óptima salud mental se deben conjugar de manera favorable los factores anteriormente mencionados.

Para los efectos de la presente política la salud mental de los niños, niñas y adolescente se comprende principalmente a través del Modelo Bioecológico y el Modelo de los dos Continuos.

MODELO BIOECOLÓGICO:

El desarrollo humano toma lugar desde interacciones recíprocas y progresivamente complejas entre el individuo y su ambiente; entendiendo que el ambiente ecológico se configura considerando factores propios de la persona (como aspectos biológicos, psicológicos, rasgos de personalidad, edad y características personales), las actividades, roles, relaciones interpersonales y características ambientales de los contextos inmediatos en los que el niño, niña o adolescente vive y participa; las interrelación entre sus contextos inmediatos, el impacto distal de otros contextos en los cuales no participa directamente (como por ejemplo la relación entre madre y/o padre y sus lugares de trabajo), los patrones generales de la cultura (ideología, valores o creencias), la organización de sistemas sociales y los sucesos que ocurren en las diferentes etapas evolutivas, como los eventos históricos que transcurren en la época en que vive (27, 28). El Modelo Bioecológico se representa en la siguiente figura:

Figura N° 1. Modelo Bioecológico



Fuente: Adaptado de UNICEF, 2021

Persona

Desde el punto de vista individual, se consideran los factores propios de la persona que participan en el proceso de desarrollo y adaptación. Involucra tanto aspectos biológicos como psicológicos, como factores genéticos, neurobiología, rasgos de personalidad, edad y características personales. Desde este punto de vista, la resiliencia se entiende como la capacidad humana para recuperarse y adquirir nuevas capacidades y progresos en el desarrollo, frente a situaciones de adversidad y trauma. Esto implica continuar con el desarrollo y crecimiento, pese a verse visto fracturado por el trauma. Es una cualidad desarrollable en cualquier ser humano que, luego de haber ocurrido un evento adverso, puede recuperarse al estado previo. Si bien es una característica personal, también depende de la respuesta del entorno, siendo un factor favorable un ambiente receptivo y protector (29). Dentro de los posibles factores que inciden en la capacidad de resiliencia se encuentran: adaptación fisiológica y psicológica a situaciones adversas, el logro de un sentido de autoeficacia, la adquisición de estrategias de afrontamiento eficaces y la redefinición cognitiva de la experiencia (30, 31). Cabe señalar que las experiencias adversas en la niñez, pueden producir un alto nivel de estrés, denominado estrés tóxico, que genera cambios desfavorables en la estructura y desarrollo del cerebro, alteraciones en el sistema metabólico, problemas psicológicos y deterioro en funciones tales como la regulación del estrés, el aprendizaje de nuevas habilidades, la memoria, el desarrollo del lenguaje y de las funciones ejecutivas, los logros educativos, las habilidades socioemocionales, la productividad, la respuesta adaptativa en situaciones adversas, capacidad de discriminar situaciones peligrosas y seguras, el bienestar físico y mental, entre otras (32).

Contextos inmediatos en los que el niño, niña o adolescente vive y participa

Acorde al modelo bioecológico, la familia, la escuela y el grupo de pares, son los sistemas desde los cuales el niño, niña y adolescente aprende sobre el mundo, siendo su principal fuente de referencia. Estos sistemas pueden proveer experiencias nutritivas y estimulantes o estresantes (33), generando factores de protección o de riesgo para la salud mental infantil. Asimismo, dado que estos contextos se interrelacionan y comunican entre sí al mismo tiempo que interactúan con las características y las construcciones subjetivas del individuo, se configuran mecanismos complejos que pueden generar mayor adversidad o, por el contrario, condiciones que potencien competencias y aprendizajes (27, 34, 35).

Familia

Las familias representan el contexto central en la vida de la mayoría de los niños, niñas y adolescentes, por lo que resulta fundamental considerar las interacciones que se establecen en su interior, así como la manera que interactúa con el resto de los contextos en los que participa. En este sentido, el funcionamiento de las familias es altamente sensible a la calidad de los contextos más amplios y al soporte de la red social que la rodea (36). Se entiende a la familia como un sistema dinámico y complejo, con diversas estructuras y compuesto por distintos miembros que a su vez se estructuran en subsistemas.

Las familias son heterogéneas, pueden incluir un número variable de niños, niñas y adolescentes, los que pueden ser hijos o hijas con vínculos biogenético, adoptados/as o en acogimiento familiar, puede existir un número diverso de hermanos y hermanas, hermanastros o hermanastras, pueden o no contar con la presencia del padre, madre, padrastros, entre otras configuraciones (37). La relación entre sus miembros y subsistemas es de interdependencia; cualquier cambio que se genere en uno de ellos provocará cambios en el resto del sistema. Si bien existen diversos tipos de familias y estructuras familiares, los subsistemas más habituales de identificar son: subsistema conyugal, compuesto por la pareja de padres o madres; subsistema fraterno, compuesto por los hermanos y hermanas; y, subsistema parento-filial, dada por la relación entre los padres, madres y sus hijos. Cada familia también dará forma a su funcionamiento en función de los roles, la jerarquía, los límites internos y externos, así también como las posibles alianzas o coaliciones que se formen entre sus integrantes, siendo algunos funcionamientos más saludables que otros.

Todas las familias transitarán por un ciclo vital, atravesando por crisis normativa, es decir por cambios esperables de acuerdo con la trayectoria de vida de sus miembros, así como también por crisis no normativas, tales como un divorcio, la muerte de un miembro de manera trágica o inesperada, traslados de ciudad, etc. Identificar las formas o vías que ha presentado la familia para adaptarse a estas crisis, tanto a nivel del sistema completo, de sus subsistemas y de cada individuo, es un componente necesario para el análisis comprensivo del funcionamiento familiar. Un funcionamiento familiar saludable tiene la capacidad de reorganizarse adaptativamente en

respuesta a un cambio, ya sea esperado o inesperado, manteniendo su estabilidad y continuidad en el tiempo pese a las transiciones (38).

En la crianza, cada padre, madre y/o cuidador despliega una serie de conductas y actitudes como respuesta a las diferentes situaciones cotidianas, y que tienen directa relación con sus propias creencias e historia de vida del adulto. Las conductas y actitudes descritas van conformando un estilo de cuidado, que, a su vez, están influidos por creencias y patrones culturales, que conforman la forma de ser padre o madre. Desde una mirada bioecológica, el ejercicio de una parentalidad positiva depende no solo de las características y acciones de los padres madres o cuidadores, sino que también de las características socioculturales contextuales y de las características y necesidades del niño, niña o adolescente.

Escuela

Por su parte, la escuela tiene un rol significativo en la expansión de experiencias e interacciones del niño, niña o adolescente fuera del ámbito familiar, proporcionando un contexto de socialización relevante, que da oportunidades, desafíos, estímulos y exigencias. La experiencia educativa involucra no sólo aspectos asociados en el ámbito cognitivo, rendimiento y el logro académico, sino también en el desarrollo socioemocional. Son relevantes las interacciones y vínculos con su grupo de pares, amigos y amigas, profesores y profesoras y otros adultos relevantes de la escuela. La experiencia educativa se ve influida además por la relación que establece la familia y la escuela, por el clima escolar, por la gestión y organización del establecimiento, entre otros factores. La escuela se convierte así en un determinante central del desarrollo y bienestar durante la niñez y la adolescencia (39). Una buena experiencia educativa se relaciona con un mejor ajuste psicosocial en general y con bienestar subjetivo en el niño, niña o adolescente (40, 41), pudiendo ser un importante factor protector para reducir el riesgo de problemas o trastornos mental (42).

Grupo de pares

El grupo de pares es otro sistema central en el desarrollo de la población infantil y adolescente. A medida que crecen y alcanzan una mayor autonomía de sus cuidadores, aumentan progresivamente la relevancia de la opinión de sus pares, pasando a tener una importancia progresiva en la adolescencia, especialmente para la toma de decisiones. Los niños, niñas y adolescentes pueden participar de diferentes tipos de grupo de pares (grupo de amistad, de deporte, compañeros de curso, etc.), independiente de su naturaleza la participación en cualquiera de estos tipos de grupos tendrá una influencia directa en ellos, interviniendo no solo en las habilidades socioemocionales sino también en el lenguaje, la cognición y la sexualidad, entre otros. La amistad también va adquiriendo un fuerte protagonismo, siendo esperable que los niños, niñas y adolescentes desarrollan un fuerte sentimiento de pertenencia al grupo y se inician relaciones de amistad estables en el tiempo, al mismo tiempo que aparecen con mayor claridad conflictos propios de la interacción social, tales como la competencia y las diferencias de estatus sociales, incluyendo

la exclusión (43, 44). Cuando el niño, niña o adolescente experimenta aceptación y conexión con pares de similar edad e intereses se configuran como importantes factores protectores, asociándose a una mejor autoestima, mayor satisfacción y progreso educativo. Por el contrario, experiencias adversas de rechazo o discriminación, se asocian con mayores niveles de ansiedad, siendo un factor de riesgo para trastornos internalizantes (45).

Comunidad

La comunidad corresponde a un grupo de personas, que habitan en una zona geográfica definida y comparten la misma cultura, valores y normas. Desde una perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud, las comunidades en las cuales las personas nacen, crecen, viven y vejecen impactan en los procesos de salud enfermedad, ya que “en algunos grupos se encuentran en peores condiciones en materia de vivienda y educación, tienen menos oportunidades de empleo y poco o ningún acceso a entornos seguros, agua y aire limpios, seguridad alimentaria y atención de salud. Todas estas circunstancias sociales, ambientales y económicas afectan negativamente a los resultados de salud y provocan situaciones de inequidad sanitaria, definida como una diferencia evitable e injusta en el estado de salud de distintos grupos de personas o comunidades” (18).

Cultura, Sociedad y Políticas

Son los patrones generales de ideología, valores y creencias, así como la organización de sistemas sociales que son comunes a una cultura o subcultura particular. Influye directamente en la forma en que las personas viven sus relaciones. El macrosistema actúa como un telón de fondo para los ecosistemas que están contenidos en él.

Factores de riesgo y protección para niños, niñas y adolescentes

Los principales factores de riesgo que afectan la salud mental de niños niñas y adolescentes, y los factores protectores que actúan contrarrestando, disminuyendo o amortiguando el efecto de los primeros, a nivel individual, familiar y de la comunidad (Figura N° 1), acorde al Modelo Ecológico (46).

Figura N° 1 Factores de riesgo y protección para la salud mental de niños, niñas y adolescentes



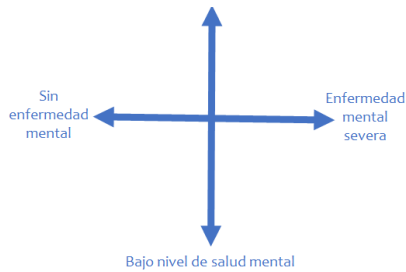
Fuente: Traducción propia y reelaboración de la figura original "Risk and protective factors for CYP's mental heal" (Public Health England, 2016, p. 5).

MODELO DE DOS CONTINUOS

El Modelo de Dos Continuos (47), que se observa en la figura 2, propone que la presencia o ausencia de una condición o trastorno mental no determina el bienestar o calidad de vida de las personas. Como se señaló anteriormente, la salud mental en niños, niñas y adolescentes se traduce en que logren alcanzar y mantener un óptimo funcionamiento y bienestar psicológico y social, teniendo un sentido de identidad y autoestima, positivas relaciones familiares y con su grupo de pares, capacidad de aprender, de afrontar los desafíos del desarrollo, de utilizar recursos para el despliegue de potencialidades y

adquirir habilidades para participar activamente en la sociedad (6).

Un niño, niña o adolescente puede no cumplir con los criterios diagnósticos para presentar un trastorno mental, pero tener un bajo nivel de salud mental si vive en un entorno indiferente a sus necesidades, si no cuenta con redes de apoyo y carece de estimulación para desarrollar sus potencialidades biopsicosociales. Por el contrario, un niño, niña o adolescente que ha sido diagnosticado con un trastorno mental, puede alcanzar un alto nivel de salud mental o bienestar si cuenta con entornos inclusivos, afectivos y protectores, además de acceder a servicios de salud, apoyos educativos acordes a sus necesidades y protección social.

Figura N° 2. Modelo de Dos Continuos

Fuente: Canadian Institute for Health Information, 2009.

Conforme a lo anterior para ambos modelos, los procesos y resultados de salud o trastorno en salud mental, dependen de la interacción de múltiples factores biopsicosociales, tales como los factores genéticos, las características personales, las dinámicas familiares, las condiciones ambientales, los contextos sociales y culturales, los recursos materiales y económicos, las oportunidades educativas y recreativas, entre otros; impactando en la calidad de vida. Esta comprensión de la

salud mental nos mandata a desarrollar estrategias intersectoriales que impacten en los diferentes contextos en que se conjugan estos factores, de manera de promover el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, detectar tempranamente problemas y trastornos mentales, brindar respuestas oportunas y fomentar la inclusión social y comunitaria.

Con este último objetivo, resulta primordial incluir en cada una de estas estrategias que se propongan enfoques y principios que guíen el actuar de los planes, programas y servicios en salud mental, según se describen en la sección a continuación.

BORRADOR

VI. ENFOQUES

A continuación se indican los enfoques que orientan los compromisos adoptados en las líneas estratégicas de la presente política:

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EQUIDAD

Las condiciones en que las personas nacen, crecen y viven, impactan en el resultado de salud a través del curso de vida; el nivel de salud que alcanza una persona no depende exclusivamente de una responsabilidad o decisión individual (48). Estas condiciones de vida, denominadas Determinantes Sociales de la Salud, obedecen a factores asociados al contexto socio-económico y político, distribución de recursos y del poder, las políticas macroeconómicas, públicas y sociales, la cultura y los valores sociales. Esta serie de determinantes, interactúan a lo largo del curso de vida con las disposiciones genéticas presentes en cada persona, influenciándose mutuamente y teniendo un impacto directo sobre la salud, la calidad de vida y el acceso a servicios. Ejemplos de determinantes sociales de la salud son la cultura, el género, la posición socioeconómica, la escolaridad, las condiciones de vivienda y laborales, la extrema ruralidad, y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales (49).

De esta manera, adoptar un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud en una política de salud mental infantil y adolescente, desafía a todos los sectores, incluido el sector salud, a desarrollar estrategias que permitan mejorar las condiciones sociales, recreativas, educativas, de transporte, y todas aquellas donde transcurre la vida cotidiana durante la niñez y la adolescencia.

De manera complementaria, desde la perspectiva de equidad en salud, todas las niñas, niños y adolescentes debe tener igual posibilidad de vivir en contextos saludables, desarrollar sus potencialidades bio-psico-sociales, sin que existan desventajas desde los determinantes sociales de la salud. La equidad en salud se alcanza superando las diferencias evitables, remediables e injustas que se presentan en un grupo de personas específicas, definidos en términos sociales, económicos, demográficos, geográficos o por otros medios de estratificación social. Para superar las inequidades en salud se deben evaluar las causas que las generan (50).

INTERSECTORIALIDAD

Desde un marco comprehensivo de la salud mental, que releva la importancia del modelo bioecológico, el impacto de los determinantes sociales en la salud, así como el enfoque de curso de vida; se destaca el rol de la interacción entre los factores individuales, las características y relaciones entre los contextos en los que niños, niñas y adolescentes se desarrolla (como la familia, la escuela y vecindario), las condiciones de vida y contextos socioculturales. Por lo anterior resulta fundamental establecer alianzas de trabajo intersectoriales, tanto con los distintos sectores del

Estado como con las redes comunitarias y la sociedad civil, orientadas a promover la salud mental en todos los espacios en que los niños, niñas y adolescentes se desenvuelven.

Los contextos y experiencias de vidas pueden favorecer o dificultar el desarrollo de potencialidades, el modo de afrontar las demandas, desafíos y estresores propios de la vida, las habilidades sociales y emocionales, la autonomía, así como los estilos de vida que se adoptan; por lo que es primordial intervenir tempranamente, para promover la calidad de vida y bienestar en los distintos contextos por los que transitan los niños, niñas y adolescentes.

La presente política releva el trabajo intersectorial entendiendo que “tiene como objetivo generar estrategias colaborativas entre el sector salud, otros sectores del Estado y de la Sociedad Civil, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgos y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales” (14).

INTERCULTURALIDAD

“El Enfoque Intercultural alude al reconocimiento de la diversidad cultural, otorgando legitimidad a las representaciones, concepciones y prácticas culturalmente distintas. En esta perspectiva se tienen presentes las desigualdades sociales, económicas y políticas generadas en la sociedad, las cuales pueden tener consecuencias de discriminación y exclusión, agudizadas por la falta de reconocimiento y valoración de las diferencias culturales” (3).

Por su parte, en el enfoque intercultural en salud implica el reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de las poblaciones, que distinguen los distintos tipos de comportamientos, hábitos, estilos, formas de vida y modos de convivencia, que influyen directamente en las expectativas y percepciones del proceso de salud – enfermedad, así como en el ejercicio del derecho a la salud. La interculturalidad en salud implica el logro de “una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Lo que incluye un espacio de negociación simbólica, que no sólo se reduce exclusivamente al ámbito cultural, que debe considerarse como un espacio de aprendizaje común para establecer acciones en relación con otros, sea de pueblos originarios o extranjero, que tiene sus propias particularidades” (51).

La aplicación de este enfoque implica una respuesta interactiva y dinámica, que sea culturalmente sensible en el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas, iniciativas y prestaciones. Se pone énfasis sobre el hecho que resulten pertinentes a los patrones culturales y la concepción de bienestar y salud mental de la cultura de la población infantil y adolescente y sus familias; y no sólo en la adaptación de ellos y ellas a los diseños ya existentes.

CURSO DE VIDA

Durante el continuo de vida diferentes factores, experiencias y circunstancias se van constituyendo como factores protectores y de riesgo para la salud, cuyos efectos se acumulan desde antes del nacimiento y durante el transcurso de la vida. De esta forma, las diferentes experiencias de vida no solo impactan a la salud mental en el momento en que ocurren, sino que también en el resto de la vida e inclusive, en algunos casos, en las siguientes generaciones (52).

Desde este enfoque, la salud mental de cada persona que se encuentra en su niñez y adolescencia seguirá distintas trayectorias, de acuerdo de los contextos y roles de los que participen. Estas trayectorias estarán marcadas por periodos críticos del desarrollo, en los cuales se espera el logro de hitos o tareas evolutivas, y que implican retos adaptativos; por ejemplo, los primeros meses de vida, el ingreso a la sala cuna, escuela o liceo, o la pubertad. También influirá la presencia de eventos vitales que no se pueden anticipar y son capaces de afectar la trayectoria vital, tales como el abuso sexual, las catástrofes o la muerte inesperada de un ser querido. Estos eventos podrán tener efectos distintos dependiendo del tiempo de exposición y el momento de la vida en el que ocurren, siendo especialmente relevantes aquellos que suceden en los periodos críticos del desarrollo. También se reconoce la posibilidad de agencia de las personas para influir en sus propias trayectorias y afrontar las experiencias adversas en la vida (53, 54). Adicionalmente, cobra relevancia el rol que tengan madres, padres y/o cuidadores en el acompañamiento y abordaje de dichos eventos, y del acceso oportuno a redes de apoyo pertinentes.

A través de un enfoque de curso de vida es posible identificar las ventanas de oportunidad en el desarrollo donde resulta estratégico invertir en la implementación de acciones promocionales y preventivas, tales como los primeros años de vida, incluido el periodo prenatal (55).

ENFOQUE PREVENTIVO Y PROMOCIONAL DE LA SALUD.

La promoción de la salud tiene como propósito construir entornos saludables, que garanticen las condiciones y calidad de vida de las personas, familias y comunidades, haciendo converger estrategias intersectoriales. La promoción de la salud mental incluye acciones que apoyan a las personas, familias, comunidades, para adoptar estilos de vida saludables y generar ambientes favorecedores de la salud mental, así como la implementación de acciones para prevenir la aparición de problemas de salud mental, detección temprana y abordaje de factores y/o poblaciones de riesgo. Incluye acciones asociadas a promoción de los derechos humanos y reducción del estigma de las personas con problemas o trastornos de salud mental (14).

El enfoque preventivo y promocional de la salud es particularmente relevante en el período de la gestación, de la niñez y la adolescencia, ya que permite intervenir tempranamente y actuar a tiempo, evitando así posteriores consecuencias negativas para un desarrollo integral. Desde una perspectiva de curso de vida es fundamental el rol que cumple el acceso a redes de apoyo en la etapa de gestación para madres, padres, cuidadores.

ENFOQUE DE DERECHO

Este enfoque concibe a toda persona como sujeto titular de derecho, es decir “considera el reconocimiento del pleno ejercicio de los derechos de las personas a lo largo del curso de vida, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada. Concibe a las personas como sujetos activos, participativos y con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para así dar solución a sus necesidades” (14). Particularmente, en lo que respecta a los niños, niñas y adolescentes son sujetos de plenos derechos, personas “competentes” en la vida familiar y social, por lo cual su derecho a participar, a ser escuchado y a incidir en la construcción de la sociedad, en consonancia con la evolución de sus facultades, su edad y su madurez, debe ser respetado y protegido (3).

Por su parte la Convención sobre los Derechos del Niño, entrega mandatos terminantes que deben ser cumplidos, siendo responsabilidad del Estado, como de sus instituciones y la ciudadanía, que sean promovidos y respetados. Para nuestro país, reviste particular relevancia la recientemente publicada Ley 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, la cual tiene como objeto “la garantía y protección integral, el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en especial, de los derechos humanos que les son reconocidos en la Constitución Política de la República, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en los demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes y en las leyes” (2).

ENFOQUE DE GÉNERO

El enfoque de género refiere a la construcción sociocultural de las diferencias sexuales biológicas, que actúa como un Determinante Social de la Salud en la medida en que la comprensión de lo masculino y lo femenino en un determinado contexto cultural impacta de una manera diferencial en los resultados de la salud (56). “Este enfoque apunta al conjunto de prácticas, símbolos, estereotipos, creencias, normas y valores sociales que se construyen a partir de la diferencia sexual, la que define y prescribe modos y posibilidades de ser y hacer diferenciados para hombres y mujeres desde la primera infancia, y a lo largo del curso de vida. Esta distinción no sólo se ve reflejada en procesos de aprendizaje de estereotipos y de roles específicos, sino que conlleva, muchas veces, a establecer relaciones asimétricas de poder que afectan de manera diferente las oportunidades de integración social en los ámbitos que las niñas y niños valoran. Esto, en muchos casos, se traduce en políticas, prácticas y actitudes discriminatorias frente a modos de ser y hacer, restringiendo las posibilidades de construcción de una sociedad equitativa, diversa e inclusiva” (3).

Hoy en día es necesario mencionar y visibilizar a la diversidad de género, como personas transgénero, personas de género no conforme o de género no binario. El enfoque de género actualmente permite la comprensión y abordaje de los fenómenos y necesidades de la población más allá de las diferencias de sexo. Este enfoque busca resguardar en todas las personas el derecho a ser tratados con el mismo respeto y valoración e implementar políticas y programas que

promuevan la igualdad de género y la erradicación de toda forma de discriminación arbitraria, basada en el sexo y género (57).

NEURODIVERSIDAD

La neurodiversidad hace alusión a que “las personas tienen una variabilidad natural en el funcionamiento cerebral y presentan diversas formas de sociabilidad, aprendizaje, atención, desarrollo emocional y conductual, y otras funciones neurocognitivas” (58). Lo anterior supone reconocer la existencia de diversas condiciones humanas, y entender la diversidad como una característica compartida. Entrega una visión más positiva, centrada en las fortalezas y habilidades de las personas en lugar de solo centrarse en las limitaciones. Favorece la inclusión de las personas en la sociedad, promoviendo un ambiente con mayor equidad.

CALIDAD

En el cuidado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, la calidad se entiende como una medida en la cual los servicios, que van desde la promoción y prevención de la salud mental, hasta el tratamiento y rehabilitación de problemas o trastornos mentales, aumentan la probabilidad de conseguir resultados deseados y consistentes con la evidencia actual (59). La calidad contempla los principios de accesibilidad, sin discriminación, y pertinencia, propiciando la adaptabilidad de los servicios a las características y necesidades de NNA, sus familias, culturas y territorios.

Aumentar la calidad de los servicios en salud mental implica la mejora y evaluación de aspectos estructurales, de procesos y de resultados, considerando las dimensiones de efectividad, eficacia y eficiencia de las intervenciones. La calidad de los servicios comprende ámbitos como el respeto a la dignidad de las personas, gestión de la calidad, gestión clínica, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, competencias del personal de salud, registros, seguridad del equipamiento, seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo (14).

El énfasis en el aumento de la calidad de los servicios de salud mental en niños, niñas y adolescentes debe concentrarse en el acceso a prácticas efectivas y respaldadas por la evidencia, que incorporen los principios de derechos humanos, respeten la autonomía y protejan la dignidad de las personas. Para lo anterior, se requerirán importantes esfuerzos no solo en aspectos de infraestructura, recurso humano, tecnologías de información, coordinaciones intersectoriales, entre otras, sino que también en los marcos normativos y las políticas financieras como impulso fundamental para la capacidad y la calidad de los servicios que se brindan a la población infantil y adolescente con problemas de salud mental.

VII. COMPONENTES Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

La Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia se estructura en base a 7 componentes y 34 objetivos estratégico, cuyo abordaje se espera que genere impacto directo en la salud mental y bienestar de niños, niñas y adolescentes.

Componente	Objetivos Estratégicos
Familia	<ul style="list-style-type: none"> I. Protección de la salud mental durante el periodo de gestación y postnatal II. Marentalidad y parentalidad positiva y respetuosa. III. Factores de riesgo familiares IV. Tecnología digital y redes sociales
Comunidades educativas	<ul style="list-style-type: none"> I. Experiencia educativa protectora II. Promoción y prevención III. Inclusión educativa IV. Prevención de la conducta suicida V. Articulación intersectorial VI. Educación sobre tecnologías digitales y redes sociales
Entornos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> I. Calidad de vida II. Comunicación y sensibilización hacia la salud mental en la niñez y adolescencia III. Articulación territorial de las instituciones y organizaciones IV. Participación de la población infantil y adolescente V. Uso de tecnologías digitales y redes sociales. VI. Comunidad como agente activo en la promoción de la salud mental y prevenir el desarrollo de problemas
Respuesta de la red pública de salud	<ul style="list-style-type: none"> I. Intervenciones promocionales, preventivas y de detección temprana en salud mental II. Servicios ambulatorios de salud y reducción de hospitalizaciones psiquiátricas III. Cuidados de salud mental en contexto de pandemia IV. Calidad en atención y tratamientos V. Abordaje de Trastorno del Espectro Autista VI. Consumo problemático de Alcohol y otras drogas VII. Atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud y discapacidad VIII. Manejo de situaciones adversas en la niñez y adolescencia
Poblaciones en riesgo de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> I. Situación de migración y/o refugio II. Niños, niñas y adolescente bajo el cuidado del Estado III. Pueblos indígenas IV. Diversidades sexo-genéricas V. Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud

Participación	<ol style="list-style-type: none">I. Participación en la toma de decisiones para la construcción e implementación de políticas, planes y programas de salud mentalII. Autonomía progresiva
Información para la toma de decisiones	<ol style="list-style-type: none">I. Evidencia epidemiológicaII. Sistemas de informaciónIII. Investigación en salud mental infantil y adolescentes

BORRADOR



1. FAMILIA

Fortalecimiento de las diversas familias como sistema primario para el desarrollo y bienestar en la niñez y adolescencia.

La presente política adscribe a la definición de familia realizada en la Ley N°20.530, que crea el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que la comprende como el “núcleo fundamental de la sociedad, compuesto por personas unidas por vínculos afectivos, de parentesco o de pareja, en que existen relaciones de apoyo mutuo, que generalmente comparten un mismo hogar y tienen lazos de protección, cuidado y sustento entre ellos” (60) y a la Ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, en cuanto la comprende como el grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, en especial de los niños, niñas y adolescentes, debiendo recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la sociedad. La familia tiene “el derecho y deber de crianza, cuidado, formación, asistencia, protección, desarrollo, orientación y educación de los niños, niñas y adolescentes corresponde preferentemente a sus padres y/o madres, quienes ejercerán este derecho y deber impartiendo dirección y orientación apropiadas para el ejercicio de sus derechos, en consonancia con la evolución de sus facultades” (2).

La familia cumple un rol fundamental durante la niñez y la adolescencia porque se constituye en el espacio principal en donde ocurren experiencias de vida que tienen un rol preponderante en el desarrollo integral de la persona. Ello porque en esta etapa se estructuran las bases fundamentales de las particularidades físicas, cognitivas, emocionales, psicológicas y sociales que acompañan al niño, niña o adolescente por el resto de su vida y que se consolidarán y perfeccionarán en sucesivas etapas del desarrollo. De esta forma, la familia se constituye en un soporte central para el acompañamiento a las trayectorias de desarrollo, salud integral y bienestar de quienes se encuentran en estas etapas del curso de vida, al brindar un espacio relacional de protección, seguridad y cuidado respetuoso a las particularidades de cada niño, niña o adolescente.

La calidad del apego generado en los primeros años de vida y el crecer en un ambiente familiar que brinde apoyo y afecto tendrá implicancias en el desarrollo social y emocional de los niños, niñas y adolescentes. La comprensión de las emociones, la empatía, el manejo de la ansiedad, la regulación emocional, entre otras, se sustentan en la concepción de sí mismo que genera cada individuo desde estas interacciones tempranas, e influirá en la forma en que este se vinculará con personas externas al grupo familiar y en la trayectoria de desarrollo positiva para el éxito en su vida posterior (73).

Los padres, madres y cuidadores deben generar un vínculo de respeto a la individualidad de cada niño, niña adolescente, afecto y calidez, de manera estable y protectora, pero a la vez flexible de acuerdo con las necesidades de desarrollo del niño, niña o adolescente. Deben establecer rutinas y

hábitos que promuevan el aprendizaje de normas y valores, y que facilitan la organización de la vida cotidiana. Así también se espera que las madres, los padres y cuidadores motiven y fomenten capacidades y aprendizajes, tanto en el ambiente familiar como en la educación formal; reconozcan y validen la importancia del niño, niña o adolescente en la familia, con intereses y necesidades propias, propiciando su contribución activa en la toma de decisiones de acuerdo con su crecimiento y autonomía progresiva (74).

Durante la segunda infancia, la relación con las madres, los padres y cuidadores presenta modificaciones. Coincide con el inicio de la etapa escolar, produciéndose períodos más prolongados de distanciamiento físico e iniciando una relación de mayor cooperación. Al interactuar con un nuevo entorno amplían la visión de mundo y las madres, los padres y cuidadores deben promover las condiciones para vivenciar instancias que favorezcan el desarrollo de la independencia y autonomía progresiva, ajustar las pautas de interacción y negociar nuevas reglas y responsabilidades. Durante la adolescencia se experimentan profundos cambios físicos, sociales y psicológicos, donde el cerebro, aún en maduración, es altamente sensible a las influencias ambientales. En este contexto, la continuidad del acompañamiento sensible/respetuoso al desarrollo integral y el cuidado de los y las adolescentes; son tareas complejas que requieren un ajuste continuo para satisfacer sus necesidades a medida que maduran y adquieren más autonomía, a pesar del cambio en los roles y relaciones. De esta manera, el bienestar durante la niñez y la adolescencia requiere de un funcionamiento saludable de la familia, con la capacidad de reestructurarse y adaptarse a los nuevos cambios y desafíos, pero manteniendo su estabilidad en el tiempo (32, 38).

Los programas de parentalidad para apoyar a las madres, padres y cuidadores permiten el desarrollo de habilidades efectivas, tanto a nivel preventivo como cuando ya existen problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescente. (75). Así también resultan efectivas estrategias que apuntan al bienestar emocional de los padres, madres y cuidadores, como la detección e intervención de problemas o trastornos de salud mental de estos, comprendiendo que la psicopatología de los padres y madres es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas y trastornos de salud mental en sus hijos e hijas (76).

La exposición que han tenido los padres y madres a experiencias adversas durante su trayectoria de vida, principalmente en la infancia, también impacta en la salud física y mental de sus hijos e hijas, ejemplos de ello son la transmisión intergeneracional del trauma en personas que experimentaron la migración forzada y la guerra(61, 62) y padres y madres que fueron abusados en su niñez, (63). De manera que proporcionar servicios y apoyos de reparación para las madres y padres trae beneficios tanto para su bienestar socioemocional como para la de sus hijos e hijas, así como para futuras generaciones.

Tomando en consideración los factores protectores y de riesgo de las familias para la salud mental, el desafío es impulsar estrategias que promuevan una parentalidad positiva que busque mejorar la calidad de los vínculos, es decir que las madres, los padres y figuras significativas en la crianza otorguen afecto, calidez y cuidado respetuoso/sensible al hijo o hija, de manera estable y protectora, pero a la vez flexible de acuerdo las necesidades particulares del niño, niña o adolescente; que implementen una dinámica de funcionamiento, donde existan rutinas y hábitos que promuevan el aprendizaje de normas y valores, y organicen la vida cotidiana del niño o la niña; que cuenten no solo con las condiciones necesarias para la estimulación oportuna sino también con habilidades parentales para una crianza respetuosa que permita a los hijos e hijas el desarrollo de sus potencialidades, a través del aliento y la motivación; que los hijos e hijas sientan que son validados y reconocidos, con intereses y necesidades propias, y que puede contribuir de forma activa en la toma de decisiones de acuerdo con su desarrollo y autonomía progresiva; potenciar la autopercepción de competencia, de ser protagonistas de su vida, de sentirse escuchados/as y tomados en consideración; y de recibir una educación respetuosa, sin violencia (36). Al mismo tiempo fortalecer y articular las ofertas de servicios de apoyo y protección social de tipo universal, así como también apoyos focalizados para aquellas familias en situación de vulnerabilidad biopsicosocial, y brindar abordaje oportuno a los padres, madres o cuidadores que presenten problemas o trastornos de salud mental.

En el marco de este componente, el país debe avanzar en los siguientes ámbitos:

I. Objetivo estratégico 1: Protección de la salud mental durante el periodo de gestación y postnatal

- Promoviendo que las madres, padres y familias se comuniquen con su bebé desde el comienzo de la gestación, para promover la mentalización y favorecer la experiencia de un vínculo de apego seguro.
- Incrementando las habilidades de crianza respetuosa de las madres, padres y/o cuidadores visualizando la importancia y efecto en el desarrollo integral de sus hijos e hijas de la lactancia, estimulación, cuidados, vínculo y desarrollo infantil temprano.
- Promoviendo una parentalidad activa y corresponsabilidad en la crianza.
- Impulsando que toda gestante cuente con una figura significativa de apoyo.
- Promoviendo una gestación libre de tabaco, alcohol y drogas y fortaleciendo estrategias de detección precoz y abordaje integral del consumo.
- Detectando tempranamente depresión y otros problemas o trastornos durante la gestación y el periodo postnatal.
- Difundiendo a la ciudadanía mensajes claves respecto al cuidado de la salud mental perinatal en los diferentes medios de difusión y comunicación masivo con los que cuenta el Estado.

II. *Objetivo estratégico 2: Promover el ejercicio de una parentalidad y parentalidad positiva y respetuosa.*

- Fortaleciendo las iniciativas existentes y desarrollando estrategias, basadas en evidencia, que promuevan la protección y apego seguro de niñas y niños, especialmente del recién nacido y durante la primera infancia.
- Implementando estrategias de alfabetización en salud mental para madres, padres, cuidadores y cuidadoras.
- Fomentando estrategias psicoeducativas y comunitarias orientadas al desarrollo de una parentalidad respetuosa.
- Disponer de canales de ayuda para el abordaje oportuno de problemas de salud mental, dirigidos a madres, padres y/o cuidadores, tales como las plataformas de ayuda telefónica, digitales (redes sociales, páginas web) u otras.
- Entregando herramientas a madres, padres y cuidadores/as para que acompañen la construcción de identidades de niños, niñas y adolescentes a su cuidado.
- Promoviendo la participación de los niños, niñas y adolescentes en temáticas y decisiones que les afecten en la vida familiar, promoviendo una cultura del respeto y garantía de derechos humanos.
- Sensibilizando a las familias respecto cómo pueden favorecer el ejercicio de derechos de sus hijas e hijos y cómo esto impacta en su bienestar y desarrollo integral.

III. *Objetivo estratégico 3: Detectar e intervenir tempranamente factores de riesgos biopsicosociales de la familia que pueden impactar en el desarrollo socioemocional de niños, niñas y adolescentes.*

- Fomentando la detección e intervención oportuna de problemas o trastornos de salud mental en padres, madres u otros cuidadores o cuidadoras de niños, niñas y adolescentes, tales como estrés, depresión, consumo problemático de alcohol y otras drogas, entre otros.
- Detectando acciones de riesgo y/o vulneración de derechos, con objeto de desplegar oportunamente las redes de protección necesarias.
- Abordando de forma temprana e intersectorialmente factores de riesgo psicosociales asociados a la familia.
- Brindando apoyos y psicoeducación para fortalecer las habilidades de crianza de las madres, padres y cuidadores de niñas, niños y adolescentes con problemas o trastornos de salud mental.
- Educando y sensibilizando a las familias en sintomatología asociada a las principales afectaciones de niñas, niños y adolescentes, para promover una detección temprana, un acompañamiento respetuoso, afectuoso y pertinente, el ingreso y adherencia a procesos terapéuticos y la activación de redes comunitarias.

- Impulsando “estrategias de respiro” para prevenir el estrés crónico en cuidadoras y cuidadores de aquellos niños, niñas y adolescentes que requieren cuidados de alta intensidad.
- Fomentando la articulación intersectorial de la oferta programática estatal dirigida a las familias en situación de vulnerabilidad biopsicosocial para ofrecer apoyos integrales e integrados.
- Fortaleciendo las redes de apoyo sociales e institucionales para las familias que viven en contextos de alto estrés psicosocial.

IV. *Objetivo estratégico 4: Apoyar a las familias para un uso beneficioso de la tecnología digital y redes sociales de los niños, niñas y adolescentes:*

- Buscando espacios de conversación con los niños, niñas y adolescentes sobre el uso de internet y redes sociales, de acuerdo con su edad, intereses y necesidades.
- Entregando a las familias herramientas prácticas para crear un entorno en línea seguro para los niños, niñas o adolescentes, como protecciones con contraseña, listas de permiso y bloqueo, verificación de edad y uso de filtros (120).
- Promoviendo en las familias el desarrollo de actividades conjuntas frente a la pantalla, como la visualización del contenido que disfrutan los niños, niñas y adolescentes, de manera que puedan ayudar, sobre todo a los más pequeños, a comprender lo que están viendo y aplicarlo al mundo que los rodea.
- Maximizando la protección contra riesgos en línea, sin restringir las oportunidades y beneficios, o mermando la capacidad de ellos para explorar, aprender y expresarse.
- Ayudando a los niños, niñas y adolescentes a comprender los riesgos que suponen la creación y el intercambio de contenido, a que tengan claridad de que todo lo que publican en línea (mensajes, fotos, videos), no se puede considerar como materiales privados.
- Fomentando su responsabilidad en el uso de tecnología digital y redes sociales, ya sea que se trate de un ciberacoso desde ellos mismos o contra otros, o desarrollando estrategias de afrontamiento proactivas, como eliminar mensajes o bloquear contactos no deseados.
- Fortaleciendo el aprendizaje socioemocional, la resiliencia y empatía en línea, de manera de disminuir situaciones de abuso y mensajes de odio o ciberacoso.
- Brindar espacios de interacción significativos para los niños, niñas y adolescentes que permitan la comunicación e interacción cara a cara, ya sea en el ámbito familia, social y comunitario, a fin de que exista un equilibrio en la rutina y hábitos de los hijos e hijas, tanto con actividades de interacción presencial y digital.

2. COMUNIDADES EDUCATIVAS

Promoción de la salud mental y prevención del desarrollo de problemas de salud mental en comunidades educativas

Los establecimientos educacionales son espacios de encuentro y el escenario propicio para la enseñanza y el aprendizaje de la convivencia. Son uno de los contextos más importantes durante la niñez y adolescencia, ya que en ellos se lleva a cabo la mayor parte de las interacciones sociales y cotidianas, y donde es posible construir vínculos protectores, capaces de resguardar la salud mental y potenciar el desarrollo socioemocional. De esta forma, son un ámbito propicio y estratégico para fomentar estilos de vida saludables, aprender a convivir armónicamente con otros, favorecer estrategias que permitan sobrellevar el estrés y prevenir conductas de riesgo para la salud, entre otras (64).

La experiencia educativa, en todos los niveles, puede constituirse en un factor protector o de riesgo para la salud mental. Dicha experiencia está relacionada con múltiples factores, dentro de los cuales se encuentran la convivencia con grupo de pares, docentes y otros adultos del establecimiento educacional; rendimiento académico, clima escolar, sentido de pertenencia, posibilidades de participación, el nivel de inclusión, etc. También pueden formar parte de la experiencia educativa, vivencias de discriminación y exclusión, *bullying* o *ciberbullying*, como también la desatención a las necesidades particulares de los y las estudiantes y de quienes forman parte de las comunidades educativas³, todos ellos ejemplos de factores de riesgo posibles en el contexto escolar. Cuando la salud mental se ve afectada durante esta etapa, interfiere en los procesos de aprendizajes, relaciones interpersonales, desarrollo de potencialidades y autoestima, entre otros (65, 66).

La incorporación de la trayectoria educativa y el contexto escolar en una “Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia”, se sustenta en la educación como un derecho y en la construcción de comunidades educativas protectoras e inclusivas, desde los conceptos de bienestar, buen trato y cuidado, orientada hacia la convivencia escolar, la articulación de la oferta intersectorial y focalización de las necesidades y potencialidades de las niñas, niños y adolescentes como sujetos integrales en el marco de su proceso formativo.

De esta forma, se espera una experiencia educativa positiva, a través de contextos educativos que fomentan la no discriminación y el respeto por la diversidad, los espacios de participación activa, las relaciones interpersonales y clima escolar protectores de la salud mental. Así también, que gocen de contextos educativos que prevengan e intervengan tempranamente ante factores de riesgo para la salud mental como la discriminación, *bullying*, logros educativos, deserción escolar, entre otros; además de ser contextos sensibles al cuidado de la salud mental de todos los miembros de la comunidad educativa.

Asimismo, se espera que toda niña, niño y adolescente pueda gozar de una experiencia educativa positiva, independiente del tipo de establecimiento educacional al cual asista. En este sentido, el

³ Comunidades Educativas: Se conforma por párvulos, estudiantes, docentes, equipos directivos, familia, asistentes de la educación, entre otros.

presente componente apunta a la trayectoria educativa en sus distintas modalidades de enseñanza, considerando además de las modalidades tradicionales a las aulas hospitalarias, educación en contextos de encierro, jardines infantiles en modalidades no convencionales, por nombrar algunas. Los principales ámbitos de acción en los cuales se debe progresar son:

I. Objetivo estratégico 1: Fomentar contextos y comunidades educativas que promuevan una experiencia educativa protectora.

- Generando contextos educativos que propicien la inclusión y el respeto por la diversidad, con especial énfasis a pueblos indígenas, migrantes, diversidad sexual, personas en situación de discapacidad, entre otros grupos de especial protección.
 - Promoviendo contextos educativos donde la salud mental de los equipos educativos (docentes, directoras/es, educadoras de párvulos y asistentes de la educación) sea un componente para resguardar, reconociendo su rol dentro del desarrollo infantil y adolescente.
 - Promoviendo la actividad física y el deporte en los contextos y comunidades educativas como una herramienta de socialización, integración e inclusión, en concordancia con el proceso de desarrollo infanto-adolescente.
 - Fomentando el sentido de comunidad educativa y pertenencia de cada niño, niñas y adolescente y su familia.
 - Promoviendo instancias para que los niños, niñas y adolescentes participen en la toma de decisiones que los afectan y cuenten con espacios de participación e incidencia en los contextos y comunidades educativas.
 - Contando con instrumentos de gestión que favorezcan la inclusión y la retención escolar, en promoción y resguardo de las trayectorias educativas de niños, niñas y adolescentes.
 - Promoviendo que las normas de convivencia sean acordadas por todos los miembros de la comunidad educativa, considerando particularmente la participación de los niños, niñas y adolescentes, con un enfoque de derechos y un enfoque preventivo, y que responda a las particularidades y necesidades de todos sus integrantes.
 - Promoviendo la formación continua de competencias en los equipos educativos para ser agentes activos en el bienestar y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.
 - Potenciando las capacidades de quienes conforman el sistema educativo para la activación de alertas tempranas y preventivas relativas a la vulneración de derechos de estudiantes a lo largo de la trayectoria educativa.
 - Contar con instrumentos de gestión que favorezcan la inclusión y la retención y que abran nuevas oportunidades, así como desarrollando modalidades educativas para quienes han visto interrumpida su trayectoria escolar y detectando tempranamente factores de riesgo.
-

- Reforzando la articulación de la oferta intersectorial asociada a la salud mental escolar y la convivencia escolar.

II. *Objetivo estratégico 2: Fortalecer y desarrollar estrategias de promoción de la salud mental y prevención del desarrollo de problemas de salud mental en los contextos y comunidades educativas.*

- Fomentando el desarrollo de competencias socioemocionales y habilidades para la vida en las niñas, niños y adolescentes, orientadas a la adquisición y la consolidación de competencias para el autoconocimiento, gestión de emociones, empatía, buen trato, motivación, relaciones sociales saludables, autoconfianza, habilidades de autocontrol y resolución de problemas, manejo del estrés entre otras.
- Fortaleciendo los mecanismos para la prevención, detección e intervención temprana de situaciones de bullying, acoso escolar u otras formas de hostigamiento (como por ejemplo generado por funcionarios, profesores, apoderados y otros integrantes de la comunidad educativa).
- Incorporando procesos formales de detección oportuna de riesgos y/o problemas de salud mental en el transcurso de toda la trayectoria educativa, especialmente en los periodos de transición entre ciclos educativos.
- Implementando estrategias de alfabetización en salud mental, dirigidas a docentes, asistentes de la educación, padres, madres, cuidadores y estudiantes.
- Incorporando en las mallas de pregrado de pedagogía y educación Parvularia y en la oferta oficial de formación continua para equipos educativos, contenidos relativos a la salud mental y educación emocional tales como promoción del bienestar, prevención de problemas o trastornos mentales, detección de factores de riesgo o señales de alerta de problemas de salud mental, entre otros.
- Vinculando a los establecimientos educacionales con la red asistencial; estableciendo mecanismos de monitoreo y evaluación de las políticas de salud mental en los establecimientos educacionales.
- Procurando la implementación de estrategias basadas en evidencia e incluyendo procesos de evaluación y mejora de la calidad de estas.

III. *Objetivo estratégico 3: Fortalecer la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes con Necesidades Educativas Especiales (NEE) y/o problema/trastorno mental.*

- Asegurando que las oportunidades de inclusión del sistema educativo y otras modalidades de enseñanza, no discrimine según tipo de diagnóstico o discapacidad asociada.
- Fortaleciendo estrategias para abordar las necesidades particulares de cada niños, niñas o adolescente, en todo nivel educativo y modalidad de enseñanza.

- Mejorando mecanismos de financiamiento para implementar estrategias de inclusión para quienes presenten necesidades educativas especiales y/o problemas/trastornos mentales.
- Garantizando que estudiantes con necesidades educativas especiales permanentes y/o transitorias puedan acceder a las prestaciones y beneficios del Estado.
- Fortaleciendo las competencias técnicas de equipos de gestión, docentes asistentes y profesionales de la educación, para asegurar la inclusión educativa de cada estudiante.
- Estableciendo modalidades de apoyo psicoeducativo y acompañamiento individualizado a las y los párvulos y estudiantes que se reincorporan a la comunidad educativa tras ausencias prolongadas asociadas a su condición de salud, que favorezca la vinculación educativa y disminuya el riesgo de deserción escolar.

IV. *Objetivo estratégico 4: Implementar estrategia integral de prevención de la conducta suicida en contextos y comunidades educativas.*

- Educando y sensibilizando sobre el fenómeno del suicidio a padres, madres, apoderados, docentes, asistentes de la educación y estudiantes.
- Fortaleciendo la detección de señales de alerta de riesgo de conducta suicida en toda la comunidad educativa o equipos educativos según modalidad de enseñanza, así como los pasos a seguir en la primera respuesta.
- Asegurando que los establecimientos educacionales o equipos educativos según modalidad de enseñanza, cuenten con protocolos de actuación frente a detección de riesgo de suicidio, intentos de suicidio o suicidio consumados que afecten a la comunidad educativa.
- Promoviendo la coordinación entre los establecimientos educacionales o equipos educativos, según modalidad de enseñanza, y la red de salud, para favorecer el acceso oportuno a las prestaciones de salud mental por parte de estudiantes detectados con riesgo o presencia de conductas suicidas.
- Difundiendo información sobre teléfonos y otros canales de ayuda a los que pueden acceder los niños, niñas y adolescentes en situaciones de crisis.

V. *Objetivo estratégico 5: Fortalecer las articulaciones intersectoriales para la prevención y abordaje de los problemas y trastornos de salud mental y su discapacidad asociada en niños, niñas y adolescentes.*

- Fortaleciendo la coordinación y planes de trabajo entre los establecimientos educacionales y la red asistencial, para el abordaje de temáticas de salud mental.
- Promoviendo la articulación de las ofertas territoriales de salud, educación y protección social, para un abordaje integral de los niños, niñas y adolescentes con problemas y necesidades biopsicosociales y/o problemas/trastornos de salud mental.

- Reforzando la articulación de la oferta intersectorial asociada al bienestar y cuidado de niños, niñas y adolescentes.
- Fortaleciendo la coordinación entre los establecimientos educacionales o equipos educativos, según modalidad de enseñanza, y las Oficinas Locales de la Niñez.

VI. *Objetivo estratégico 6: Educar a los equipos educativos y niños, niñas y adolescentes sobre el uso y los riesgos de las tecnologías digitales y redes sociales. (Ciudadanía Digital).*

- Desarrollando espacios de alfabetización digital en los establecimientos educacionales o contextos escolares, según modalidad de enseñanza, para proporcionarle a los niños, niñas y adolescentes habilidades digitales para reconocer riesgos como el ciberacoso y el uso excesivo de redes sociales.
- Promoviendo el apoyo entre pares formados en el uso responsable y seguro de tecnologías digitales y redes sociales, de manera que los niños, niñas y adolescentes puedan protegerse mutuamente de manera más efectiva.
- Apoyando el desarrollo de bibliotecas en línea en los establecimientos educacionales u otras modalidades de aprendizaje, que incluyan recursos pedagógicos como libros digitales, videos y música, sobre todo para aquellos estudiantes que de otro modo no tendrían ese acceso en sus hogares.
- Ofreciendo a los niños, niñas y adolescentes un buen modelo, responsable y respetuoso, de uso de las tecnologías.
- Generar proceso de enseñanza y aprendizaje sobre Ciudadanía Digital.

BORRADOR



3. COMUNIDAD

Entornos comunitarios promotores de la salud mental infantil y adolescente

Desde el modelo bioecológico del desarrollo humano, podemos comprender que las comunidades son parte de los espacios habituales en los cuales transcurren las vidas de las personas, de manera tal que las características que poseen inciden en su salud física y mental. Los entornos comunitarios pueden actuar como factores de riesgo o protección, en efecto vivir en situación de pobreza, carecer de servicios básicos, convivir en barrios de alta vulnerabilidad y/o con exposición a violencia armada, son factores de riesgo comunitarios; por el contrario, son factores de protección una comunidad que entrega soporte a la familia, mediante organizaciones comunitarias formales e informales, tales como centros de padres y apoderados o junta de vecinos, contar con espacios adecuados para el esparcimiento y recreación, tener acceso a establecimientos educacionales, establecimientos orientados al cuidado de la población infantil y adolescente lo que lo requieran, entre otros (35, 36).

En esta misma dirección, desde una perspectiva de determinantes sociales para la salud, coexisten factores de riesgo y protección para la salud mental asociados a las circunstancias económicas y sociales. Si se analiza la pobreza desde una comprensión multidimensional, más allá del ingreso económico, es posible observar indicadores claves para el bienestar de la población infantil y adolescente incluyendo elementos tan o más relevantes como son la salud, educación, vivienda, empleo, seguridad social, entorno y redes sociales, alguno de los cuales han sido revisados en otros componentes de la presente política. Las personas que se encuentran en situación de pobreza tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales a través del estrés de vivir en dicha situación, mayores riesgos obstétricos, falta de apoyo social, mayor exposición a la violencia y peor salud física (67).

Por lo anterior resulta necesario robustecer las políticas, planes y programas que brindan apoyos a los padres, madres y a las familias, en ámbitos tales como mejoramiento de las viviendas, barrios, acceso a servicios básicos, mejorar la conectividad en zonas rurales o de dispersión geográfica, mejores condiciones laborales, fortalecimiento de las redes de apoyo, entre otras. Si bien la presente política no logra abordar los distintos determinantes sociales de la salud mental, propone fortalecer los espacios próximos en donde transcurre la vida de los niños, niñas y adolescentes y potenciar las articulaciones intersectoriales y comunitarias que brindan apoyo a las familias.

Por otra parte, es un factor protector para la salud mental contar con una comunidad fortalecida y dotada de mecanismos efectivos de participación, que genere mayor capital social y más oportunidades para la protección y promoción de la salud mental (14). Se considera la asociatividad y la cohesión social como mecanismos protectores en la medida que aportan sentido de pertenencia, una historia, intereses, hábitos, normas, códigos, símbolos y ritos compartidos. A través de ellos, se fortalece la capacidad de movilización y cooperación entre los habitantes de una comunidad, con el fin de asegurar el bienestar de las personas con una visión común (68).

En todas las fases de desarrollo de las acciones comunitarias dirigidas a la población infantil y adolescente, es fundamental asignarles un rol protagónico desde el diseño, ejecución y evaluación de programas y políticas públicas, a través de metodologías participativas. Estas instancias adicionalmente contribuyen a que puedan establecer nuevas relaciones de amistad, afecto y cooperación, incluyendo a vecinos, centros culturales, juntas de vecinos, centros de salud, cooperativas campesinas, grupos religiosos y clubes deportivos, entre otros.

Para la construcción de entornos comunitarios a través de estrategias participativas pertinentes para niños, niñas y adolescentes, es necesario considerar metodologías que incorporen el juego como derecho legítimo de la niñez, al igual que actividades recreativas, deportivas, el arte y la cultura. Todas ellas benefician el desarrollo social, emocional y cognitivo (69).

Es imprescindible generar procesos para la articulación territorial que puedan dar respuestas integradas a las necesidades de la población infantil y adolescente, basadas en la integración de las redes, recursos y servicios comunitarios, así como también, del acceso de información de la existencia de dichos espacios, lo que impactará directamente en su salud mental.

El horizonte es generar entornos comunitarios basados en lazos de confianza y cooperación, que potencien la calidad de vida, sentido de pertenencia y la participación equitativa de la población infantil y adolescente en la vida familiar, social y cultural. Asimismo, que estos entornos sean sensibles a sus necesidades de desarrollo y les reconozcan como sujetos de derecho sin discriminación, al mismo tiempo que sean capaces de entregar respuestas integradas a sus necesidades más específicas en el ámbito de la salud mental.

Se debe tener en consideración estrategias específicas para sectores rurales, de difícil acceso o de alta dispersión geográfica, ya que estas condiciones complejizan la cohesión social, la participación, la oferta de servicios y la articulación territorial.

Por otra parte, para la población infantil y adolescente de hoy, usar las redes sociales y estar conectados en línea se ha transformado en una parte importante de sus vidas (70). Las tecnologías digitales han cambiado la manera en que interactúan, se expresan, establecen relaciones con sus pares y mantienen importantes redes de apoyo. También han modificado la manera en que pasan su tiempo libre, permitiéndoles un acceso permanente a contenidos audiovisuales, actualizaciones de las redes sociales digitales y videojuegos muy absorbentes (23, 70).

A medida que los niños, niñas y adolescentes crecen, la capacidad de utilizar medios digitales para dar forma a sus experiencias de vida avanza con ellos, ofreciéndoles oportunidades, aparentemente ilimitadas, para aprender y socializar, y para sentirse considerados/as y escuchados/as.

Las plataformas digitales pueden proporcionar ayuda y fomentar un sentido de inclusión social, así como también un espacio donde los niños, niñas y adolescentes se sientan capaces de discutir temas que podrían ser más complicados de abordar fuera de línea. Sin embargo, la tecnología digital y la interactividad también plantean riesgos importantes para la seguridad, la privacidad y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, aumentan las amenazas (71-78). De acuerdo con los resultados obtenidos en 10ª Encuesta Nacional de la Juventud, realizada el año 2022, “más de 1 de

cada 4 personas jóvenes señala haber sido víctima de alguna situación de acoso cibernético el último año (26,8%)”, siendo las mujeres y las juventudes de zonas urbanas quienes más declaran haber sido víctima de estas acciones (79).

Para el desarrollo de este componente se plantean los siguientes desafíos:

I. *Objetivo estratégico 1: Promover la construcción de entornos comunitarios (urbanos y rurales) que favorezcan la calidad de vida de la población infantil y adolescente.*

- Realizando intervenciones comunitarias, en conjunto con la población infantil y adolescente, que promuevan actividades lúdicas, deportivas, recreativas y culturales, de acuerdo con sus intereses y preferencias, con enfoque intercultural, con particular énfasis en sectores más vulnerables.
- Habilitación y mejoramiento de espacios públicos y plazas que favorezcan el desarrollo saludable de la comunidad, a través de la implementación de equipamiento para la actividad física, juego libre, juegos inclusivos, entre otros; adecuados a las necesidades territoriales, como contextos medioambientales y climático.
- Considerando habilitación de espacios públicos y áreas verdes, diseño de parques y plazas que favorezcan su desarrollo saludable y seguro.
- Fortaleciendo los vínculos territoriales para que accedan a programas, iniciativas y actividades culturales, especialmente, en centros culturales, bibliotecas y museos.

II. *Objetivo estratégico 2: Generar una estrategia de comunicación y sensibilización hacia la salud mental en la niñez y adolescencia, con la participación de los mismos.*

- Difundiendo instancias de participación de la población infantil y adolescente, a través de los distintos canales de comunicación masivos y comunitarios.
- Promoviendo campañas comunicacionales educativas, territoriales y con participación de la población infantil y adolescente, orientadas a la promoción de salud mental en la niñez y adolescencia.
- Educando a los medios de comunicación locales, regionales y nacionales, respecto a cobertura mediática responsable en temáticas relacionadas con la salud mental infantil y adolescente, especialmente sobre comportamiento suicida y vulneración de derechos.
- Impulsando campañas de sensibilización para la difusión sistemática de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, con la participación de ellos y ellas.
- Realizando campañas de sensibilización para la difusión de los derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad mental, erradicación de estigma, promoción de la búsqueda de ayuda e inclusión social de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales y otros grupos específicos como migrantes, pueblos indígenas, población LGBTIQ+ y de quienes se encuentran en situación de discapacidad.

- Fortaleciendo campañas educativas sobre el uso de pantallas y sobre las consecuencias para el bienestar psicosocial y desarrollo saludable en la niñez y la adolescencia.

III. *Objetivo estratégico 3: Fomentar la articulación territorial de las instituciones y organizaciones para dar una respuesta integrada a las necesidades de salud mental de la población infantil y adolescente.*

- Potenciando el rol de las Oficinas Locales de Niñez, como dispositivo articulador territorial del Sistema de Garantías y Protección Integral de Derechos de la Niñez.
- Impulsando acceso oportuno a la oferta programática vigente, a través de las instituciones locales que trabajan con población infantil y adolescente.
- Promoviendo la conformación de mesas intersectoriales nacionales, regionales y comunales para la articulación de instituciones y organismos relacionados con la salud mental infantil y adolescente.
- Incorporando la protección de la salud mental infantil y adolescente en la gestión del riesgo de desastres.
- Fortaleciendo la articulación intersectorial en las zonas en conflicto armado.
- Fortaleciendo el trabajo comunitario y redes sociales dirigido a esta población.

IV. *Objetivo estratégico 4: Incrementar espacios de participación de la población infantil y adolescente para la construcción de entornos que favorezcan la salud mental.*

- Implementando, en coordinación con el intersector, mecanismos de participación ciudadana para involucrar a los NNA en la toma de decisiones en sus comunidades, establecimientos educacionales y políticas públicas nacionales del sector salud e intersector, tales como parlamentos escolares, diálogos ciudadanos, consejos consultivos, foros nacionales, regionales y comunales.
- Elaborando con la población infantil y adolescente plataformas masivas de difusión de temáticas de salud mental de su prioridad, con diseños atractivos, lenguajes pertinentes y efectivos.
- Co-diseñando, ejecución y evaluación de iniciativas que apunten a la asociatividad y cohesión social.

V. *Objetivo estratégico 5: Proteger a los niños, niñas y adolescentes de los posibles riesgos en el uso de tecnologías digitales y redes sociales.*

- Fortaleciendo que la industria relacionada con tecnología digital y redes sociales, respeten y promuevan los derechos de niños, niñas y adolescentes, desarrollando contenido apropiado y accesible.
- Apoyando la aplicación de la ley y las actividades de protección de la niñez y adolescencia en materia de cibercrimen, como son las de la explotación sexual en línea y pornografía infantil.

- Estableciendo que las diversas instituciones que manejan datos en línea de los niños, niñas y adolescentes tengan protección de la privacidad e información personal.
- Incluyendo en el desarrollo de políticas y estrategias nacionales relativas a tecnologías digitales, las necesidades y preocupaciones legítimas de los niños, niñas y adolescentes.

VI. *Objetivo estratégico 6: Potenciar a la comunidad para que sea un agente activo en la promoción de la salud mental y prevenir el desarrollo de problemas.*

- Identificando y entregando conocimiento a líderes comunitario y personas claves de la comunidad, para promover la salud mental en sus territorios, así como identificar a niños, niñas y adolescentes en riesgo de presentar problemas o trastornos mentales y promover la búsqueda de ayuda.
- Promoviendo la organización y liderazgo comunitario para el desarrollo de actividades de salud mental dirigida a los niños, niñas y adolescentes.

BORRADOR



4. RESPUESTA DE LA RED PÚBLICA DE SALUD

Respuesta de la red pública de salud a las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes

Los Servicios de Salud Mental de la red Pública de Salud constituyen la Red Temática de Salud Mental, la cual busca promover el bienestar de la población, respondiendo a sus necesidades particulares. Para ello incorpora acciones dirigidas a la promoción de una salud mental positiva, prevención y detección temprana de problemas o trastornos mentales, así como tratamiento orientado a la recuperación e inclusión social y comunitaria.

El quehacer de la Red Temática de Salud Mental se basa en una mirada integral de las personas, por lo que forma parte de la red general de servicios sanitarios. Se organiza en base al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, centrados en los enfoques de derechos humanos y curso de vida.

La oferta de servicios se da en distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario, con atención ambulatoria y hospitalaria), siendo la Atención Primaria de Salud la puerta de entrada al Sistema Público de Salud, la cual actúa como el principal punto articulador e intercomunicador de la Red. (80).

Para implementar estrategias costo-efectivas se deben privilegiar las acciones orientadas a la promoción del bienestar y prevención de la aparición de problemas o trastornos de tipo mental, siendo fundamental intervenir lo más tempranamente posible durante la niñez y la adolescencia. Se debe priorizar la atención ambulatoria, por lo que se ha fortalecido la atención de salud mental en atención primaria y de los equipos de salud mental especializados en la comunidad, con el fin de reducir la demanda de casos complejos que requieran de hospitalizaciones.

En lo que respecta a las necesidades de tratamiento en salud mental, a causa de la presencia de problemas o trastornos mentales, cabe señalar que el año 2012 se llevó a cabo el primer Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes en Chile (7), en el cual se obtuvo que la prevalencia de trastornos mentales entre los 4 y 18 años es de 22,5 %, siendo el único estudio de este tipo vigente hasta la fecha. En mujeres la prevalencia es mayor que en hombres, correspondiente a 25,8% y 19,3%, respectivamente. Tanto en hombres como en mujeres el trastorno más prevalente es el comportamiento Disruptivo (15,8% en mujeres y 13,5% en hombres), seguido por trastornos ansiosos (11% en mujeres y 5,8% en hombres). Entre los 4 a 11 años la prevalencia asciende a 27,8% entre ambos sexos, 19,3% en los hombres y 25,8% en las mujeres, siendo la mayor prevalencia para los trastornos disruptivos (20,6%), luego los trastornos ansiosos (9,2%) y los trastornos afectivos (3,5%). En lo que respecta al grupo etario de 12 a 18 años, la prevalencia es de 16,5%, con mayor presencia de los trastornos disruptivos (8%) y los trastornos ansiosos (7,4%).

En el país, el 3,3% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) corresponden a niñas y niños de 1 a 9 años. De estos, más de la mitad corresponden a trastornos de la salud mental,

lo que incluye en un 30,3% a las condiciones neuropsiquiátricas (trastorno déficit atencional con Hiperactividad, parálisis cerebral infantil y epilepsia), y un 24,7% de lesiones no intencionales. En el grupo etario de 10 a 19 años las condiciones neuropsiquiátricas son las que generan mayor AVISA, correspondiente al 38,3%, dado por el peso de los trastornos del ánimo y la migraña (81).

En los últimos años, la pandemia por COVID-19, trajo consigo un malestar psicológico generalizado en la población (156), siendo los niños, niñas y adolescentes un grupo especialmente vulnerable (157). Este fue un periodo adverso y de confinamiento, acompañado de la interrupción del funcionamiento presencial de los centros educativos y agravado por situaciones de estrés familiar (158), inestabilidad laboral, trabajo remoto de sus cuidadores, y falta de certidumbre (159-161). La encuesta “Cuidemos a Nuestros Niños” da cuenta de los efectos que generó la pandemia y las consecuentes medidas de confinamiento sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes hasta 11 años, demostrando que han sufrido de ansiedad y estrés, dificultades para conciliar el sueño, aumento del apetito, y un mayor nivel de demanda hacia las figuras cuidadoras, entre otros síntomas. Como se ha señalado anteriormente, “en la muestra se observó que un 20,4% de los participantes reporta en los niños síntomas físicos, 22,8%, síntomas relacionados con el estado del ánimo, 49,8%, conductas disruptivas, 39,2%, sintomatología ansiosa, 38%, síntomas asociados a la baja tolerancia a la frustración, 52,5%, problemas de sueño y 70,8%, síntomas asociados a dificultades atencionales e hiperactividad. En la Figura 1 se puede observar cómo se distribuyen los síntomas en los rangos etarios” (12).

Adicionalmente, el impacto económico de la pandemia también aumentó el estrés de los cuidadores, pudiendo incrementar el riesgo de abuso y la violencia contra los niños, niñas y adolescentes (161).

La pérdida de rutinas asociada a la situación de confinamiento e interrupción de la asistencia a los centros educativos impacta de forma negativa sobre la salud mental (162), así como sobre el desarrollo de hábitos saludables en general (163). Para los y las adolescentes, se relaciona además a la interrupción de la adquisición de la independencia y la pérdida de las conexiones con los pares (164). Por otro lado, para algunos niños, niñas y adolescentes también significó la pérdida en la continuidad de acceso a servicios de protección social, y prevención y promoción de salud que suelen encontrarse en el espacio educativo (4, 162).

Es probable que la situación de adversidad psicosocial para niños, niñas y adolescentes continúe durante un periodo de tiempo aún indeterminado (175) y si bien han existido esfuerzos importantes para favorecer la continuidad de las estrategias de cuidado de la salud mental, a través de: la adaptación de la provisión de servicios, es crucial dar sostenibilidad a las estrategias de cuidado de la salud mental, de protección y de apoyo psicosocial en los diferentes niveles, de forma tal que dichos refuerzos desplegados durante el periodo de mayor dificultad de la pandemia persistan en el tiempo, a través del desarrollo regular de los servicios y funcionamiento intersectorial (168, 176).

En este contexto, este componente busca avanzar en que todo niño, niña o adolescente acceda oportunamente a servicios en salud mental que sean de calidad, cercanos a su territorio, y cuenten

con oferta dirigida a la promoción, prevención, tratamiento e inclusión social, considerando la situación actual de recuperación postpandemia y los efectos que esta ha traído en la salud mental.

Dentro de las estrategias a desarrollar se encuentran:

I. Objetivo estratégico 1: Fortalecer intervenciones promocionales, preventivas y de detección temprana en salud mental infantil y adolescente, en la red pública de salud.

- Fomentando y facilitando el acceso a los programas promocionales y preventivos del Subsistema Chile Crece Contigo que apoyan al desarrollo integral de niños, niñas y sus familias desde la gestación.
- Potenciando el desarrollo socioemocional en los controles de salud integral.
- Fortaleciendo el abordaje de la salud mental en los Servicios de Salud Integrales y Amigables para adolescentes, en Atención Primaria de Salud.
- Reforzando y fortaleciendo estrategias de promoción de la salud mental infantil y adolescente, en el marco del plan comunal de promoción, en Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, así como en los niveles de especialidad.
- Fortaleciendo el apoyo psicosocial que requieren los niñas, niños y adolescentes y sus familias en el contexto de atención de urgencia y hospitalización.
- Potenciando las competencias de los equipos de la Atención Primaria de Salud, en la detección precoz de problemas y/o trastornos de salud mental, la derivación oportuna y confirmación diagnóstica.
- Fortaleciendo capacidades del sector salud para la protección de la salud mental infanto-adolescente en todo el ciclo de la gestión del riesgo de emergencias y desastres.

II. Objetivo estratégico 2: Fortalecer la oferta de servicios ambulatorios de salud mental de niños, niñas y adolescentes y reducir el ingreso y permanencias prolongadas de hospitalizaciones psiquiátricas.

- Aumentando progresivamente la cobertura de atención en salud mental infanto-adolescente en la Atención Primaria de Salud.
- Asegurando el acceso y aumentando la cobertura de Espacios Amigables para adolescentes en Atención Primaria de Salud, en todo el territorio nacional.
- Fortaleciendo el abordaje de la salud mental infantil y adolescente en zonas rurales y de difícil acceso.
- Potenciando las consultorías en salud mental para población infanto-adolescente.
- Asegurando el acceso a adolescentes a las Garantías Explícitas de Salud (GES) en las necesidades de salud mental que se pesquisen en la Atención Primaria de Salud.
- Incrementando progresivamente la oferta de Centros de Salud Mental Comunitarios, que cuentan con equipos para dar atención a la población infanto-adolescente, de Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría Infanto-adolescente y Hospitales de Día Infanto-adolescentes.

- Implementando estrategias que den respuesta a las necesidades de salud mental de poblaciones que no adhieren a servicios tradicionales en el nivel de especialidad.

III. *Objetivo estratégico 3: Generar condiciones para la continuidad de las estrategias de contingencia y transversales para la protección y cuidados de la salud mental durante la recuperación de la pandemia.*

- Desarrollando estrategias transversales, sostenibles en el tiempo y sensibles a las características y necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de niños, niñas y adolescentes durante la recuperación de la pandemia.
- Resguardando la continuidad de los recursos desplegados en pandemia para la protección de la salud mental y apoyo psicosocial durante el periodo de recuperación de la pandemia.
- Identificando grupos específicos que requieran especial protección y cuidado durante la recuperación de la pandemia, y reforzando iniciativas transversales que fomenten su acceso a servicios de salud mental y de apoyo psicosocial.
- Fomentando el apoyo social y la movilización de los recursos propios de las comunidades para la recuperación de la pandemia.

IV. *Objetivo estratégico 4: Asegurar la calidad de los procesos de atención y tratamientos para la salud mental de la población infanto-adolescente.*

- Aumentando el marco presupuestario para el cierre de brechas de acciones de salud mental infantil y adolescente, en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, considerando las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.
- Actualizando y generando directrices técnicas y marcos normativos que regulen el abordaje de la salud mental infanto-adolescente, que establezcan estándares de calidad, en un marco de derechos humanos y en cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Estado en pactos y convenciones internacionales, como en la Convención sobre Derechos del niño y la Agenda 2015-2030 (ODS), entre otros.
- Capacitando a los equipos de la Atención Primaria de Salud en flujos para la derivación oportuna a los dispositivos de salud mental de la red de atención.
- Fortaleciendo evaluaciones e intervenciones en salud mental infantil y adolescente integrales, que incorporen componentes biopsicosociales, abordaje ecológico y sistémico, con intervenciones psicosociales, familiares, intersectoriales y comunitarias.
- Fortaleciendo intervenciones en salud mental infanto-adolescente costo efectivas y basadas en la evidencia disponible.
- Implementando procesos de supervisión y evaluación continua de los tratamientos otorgados.

- Brindando una mirada integral, a través del control de salud al día, de modo de levantar otros factores de riesgo concomitantes que pudieran estar afectando su salud mental.
- Incorporando consideraciones para el abordaje de poblaciones específicas, de manera tal de asegurar pertinencia en las intervenciones.
- Promoviendo la equidad en los servicios de salud mental, a través de un acceso oportuno y atenciones con pertinencia cultural, territorial, con enfoque de género y adecuado a necesidades especiales.
- Incrementando la oferta de servicios de hospitalización para dar respuesta a los y las adolescentes que lo requieran.
- Fomentando atención oportuna en salud mental a las figuras significativas de niñas, niños y adolescentes que presentan trastornos mentales.
- Estableciendo procesos de gestión clínica y mejora continua de la calidad.

V. *Objetivo estratégico 5: Contar con oferta de servicios para la detección temprana, desarrollo integral y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con trastorno del Espectro Autista.*

- Potenciando las competencias en equipos de salud para la detección temprana de señales de alerta y derivación oportuna de niños, niñas y adolescentes en el Espectro Autista.
- Fortaleciendo las competencias de los equipos de atención primaria y especialidad en salud mental para el diagnóstico y abordaje integral.
- Desarrollando servicios y oferta para el desarrollo integral y rehabilitación de esta población.
- Implementado una estrategia intersectorial que permita contar con los apoyos y servicios necesarios para la inclusión social de esta población.

VI. *Objetivo estratégico 6: Prevenir y abordar el riesgo de consumo problemático de alcohol y otras drogas en adolescentes.*

- Fortaleciendo la integración de servicios intersectoriales, especialmente con enfoque territorial-local, para la prevención y abordaje del consumo de alcohol y otras drogas.
- Potenciando estrategias focalizadas en adolescentes como la detección, intervención breve y oportuna, y derivación asistida del consumo de alcohol y otras drogas, para adolescentes en general, pero con énfasis especial en adolescentes embarazadas o en adolescente con mayor riesgo psicosocial.
- Aumentando la oferta y el acceso a de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, así como para padres, madres y/o cuidadores de niños, niñas y adolescentes con este problema.
- Fortaleciendo las competencias para la detección del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, tanto en equipos de salud, educación y sistema de protección, como en la comunidad y sociedad en general

- Fortaleciendo habilidades parentales, tanto para padres, madres como para cuidadores, abordando factores de riesgo y protectores del consumo de alcohol y otras drogas.

VII. *Objetivo estratégico 7: Garantizar el acceso a una atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) y discapacidad*

- Implementando estrategias para la detección temprana de problemas o trastornos mentales de niñas, niños y adolescentes con enfermedades crónicas, catastróficas u otras necesidades especiales de atención de salud, tanto a nivel de la atención primaria como en equipos de especialidad.
- Fortaleciendo la psiquiatría de enlace para que los equipos de especialidad en salud mental presten apoyo a equipos de otras especialidades, en el abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes hospitalizados por otras patologías; y apoyen en el diagnóstico y tratamiento de personas con trastornos mentales hospitalizadas en otros servicios del hospital general.
- Colaborando en el fomento de redes de coordinación intersectorial, con el fin de promover mayores espacios de inclusión social, tanto en la participación de niñas, niños y adolescentes en la toma de decisiones que les impliquen, como también en sus posibilidades de desarrollo personal, material y cultural.
- Generando estrategias focalizadas para dar respuesta a las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes en zonas de recuperación ambiental.
- Fortaleciendo estrategias de intervención integral, que incluya el componente de salud mental, para el abordaje de niños, niñas y adolescentes con obesidad.

VIII. *Objetivo estratégico 8: Fortalecer competencias y protocolos de acción para la detección y manejo oportuno de situaciones de adversidad en la niñez y adolescencia, tales como negligencias, violencia, maltrato y abuso sexual.*

- Fortaleciendo el vínculo y coordinación entre la red de atención de salud y establecimientos educacionales para el abordaje oportuno en temáticas de salud sexual, tanto de detección, derivación o atención, según corresponda, incluyendo violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes, prevención del embarazo adolescente, género no conforme, prevención del embarazo adolescente, con especial énfasis en adolescentes menores de 14 años.
- Mejorando las competencias en los equipos de la Atención Primaria de Salud y en los servicios de urgencia, en detección y primera respuesta a quienes viven situaciones de maltrato, para su atención oportuna. Incluyendo normas de atención y mecanismos relativos a la vigilancia, denuncia y reparación.

- Garantizando el acceso oportuno y en un marco de garantía de derechos, a la Ley 21.130 (Interrupción Voluntaria del Embarazo) por la tercera causal.
- Fortalecer el acompañamiento psico-social de las NNA que se vean afectadas por la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, en el marco de la Ley 21.330.
- Aumentando las competencias de los equipos de atención de servicios de urgencia en el acompañamiento y proceso de denuncia frente abusos sexuales, acorde a la Ley 21.057.
- Fortaleciendo estrategias en los centros de salud para evitar la victimización secundaria de quienes han sufrido algún tipo de violencia.
- Implementando la realización de planes de intervención Integrales para esta población, elaborado y desarrollado intersectorialmente.
- Implementando un modelo de atención y seguimiento en situación de adversidad temprana y vulneración de derechos.

BORRADOR



5. POBLACIONES EN MAYOR RIESGO DE EXCLUSIÓN

Abordaje de inequidades en los servicios de salud mental para poblaciones en mayor riesgo de exclusión

Las condiciones de vida en las cuales las personas nacen, crecen y se desarrollan son diversas. Los efectos negativos de la desigualdad se expresan en los diferentes ámbitos de la vida y por supuesto en la salud mental, existiendo grupos específicos que se ven altamente desfavorecidos en el goce del bienestar psicosocial, se encuentran en mayor exposición a factores de riesgo y experiencias adversas, así como con mayores barreras en el acceso a una atención de salud mental oportuna, de calidad y efectiva.

Hoy en día persisten importantes inequidades en la manera en que las poblaciones infantiles y adolescentes pueden desplegar sus potencialidades y alcanzar un bienestar socioemocional favorable para su sano desarrollo. En el marco del enfoque de curso de vida, los factores de riesgos y de protección se van acumulando desde la gestación y durante toda la vida, impactando en los procesos de salud y enfermedad. Dentro de los factores que inciden en la salud mental de los niños, niñas, adolescentes y en su futuro se encuentra: influencias genéticas, relaciones familiares, las experiencias escolares y con grupo de pares, condiciones socioeconómicas, redes de apoyo, patrones culturales, acceso a servicios, entre otros. (Ver figura N° 1).

Si bien Chile en los últimos años se han concretado importantes avances en medidas legislativas y programáticas que aumentan las garantías para la niñez y la adolescencia, y para combatir la discriminación, aún es necesario que estos avances se concreten en medidas específicas de protección de estos grupos, abordando así la discriminación y promoviendo la inclusión, especialmente en materia de salud mental. En efecto, la Ley 21.430 crea el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, integrado por el “conjunto de políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, cultural y social de los niños, niñas y adolescentes, hasta el máximo de los recursos de los que pueda disponer el Estado” (Art. N° 1) (5). Particularmente en su Artículo 8, relativa la Igualdad y no la discriminación arbitraria, mandata que “ningún niño, niña o adolescente podrá ser discriminado en forma arbitraria en razón de su raza, etnia, nacionalidad, cultura, estatus migratorio, carácter de refugiado o asilado, idioma, opinión política o ideología, afiliación o asociación, religión o creencia, situación de discapacidad o socioeconómica, de maternidad o paternidad, nacimiento, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, estado civil, edad, filiación, apariencia personal, diferencias que el niño, niña o adolescente tenga o haya tenido a causa de su desarrollo intrauterino, salud, estar o haber sido imputado, acusado o condenado por aplicación de la ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal, o en razón de cualquier otra condición, actividad o estatus suyo o de sus padres y/o madres, familia, representantes legales o de quienes lo tengan legalmente a su cuidado. Es deber de los órganos del Estado reconocer y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes en condiciones de igualdad y velar por su efectividad. En particular, es deber de los referidos órganos, dentro del ámbito de sus competencias, hasta el

máximo de los recursos de los que pueda disponer el Estado, y de conformidad con lo dispuesto en el plan de acción establecido en el Título V, adoptar medidas concretas para: a) Identificar a aquellos niños, niñas o adolescentes o grupos de niños, niñas y adolescentes que requieran la adopción de medidas reforzadas para la reducción o eliminación de las causas que llevan a su discriminación arbitraria. b) Eliminar las causas que llevan a la discriminación arbitraria de un niño, niña o adolescente o grupo de niños, niñas o adolescentes. c) Contribuir a la adecuación del entorno físico y social, a las necesidades específicas de aquellos niños, niñas y adolescentes o grupos de niños, niñas o adolescentes que sean o puedan ser objeto de discriminación arbitraria”.

Para dar respuesta a estas responsabilidades, desde un enfoque de equidad, este componente se centra en aquellas personas cuya niñez y adolescencia presentan mayor riesgo de sufrir discriminación y exclusión, vulneración de sus derechos en salud e inferiores resultados en salud mental, desde un enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Forman parte de estos grupos específicos quienes pertenecen a pueblos indígenas, que se encuentran en situación de migración o refugio, que han visto vulnerados sus derechos, que se encuentran en conflicto con la justicia, que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, trans u otras identidades sexuales y de género (LGBT+), entre otros.

Se aspira a que en el país se respeten los derechos humanos sin discriminación, de manera que toda persona pueda gozar del más alto nivel de salud mental y no existan diferencias injustas y evitables para ningún grupo o población. Adicionalmente se espera que los servicios de salud mental estén disponibles, se reduzcan activamente las brechas de acceso a servicios en salud mental, acorde a las necesidades particulares de los niños, niñas y adolescentes, y sean entregados con sensibilidad y pertinencia a la cultura y a la diversidad, sin que existan barreras de discriminación ni de información que limiten a la población infantil y adolescente y sus familias accedan a ellos.

Para avanzar en estos ámbitos se espera:

I. Objetivo estratégico 1: Garantizar el acceso a intervenciones de salud mental efectivas, oportunas y pertinentes a niñas, niños y adolescentes en situación de migración o refugio, con énfasis en el buen trato, inclusión, ausencia de prácticas discriminatorias y acceso a la información en salud.

- Conociendo las necesidades y las barreras que deben enfrentar la población infantil y adolescente en situación de migración o refugio respecto al sistema de salud, desde un enfoque intercultural, considerando la participación de dicha población.
- Asegurando el acceso a prestaciones de salud mental de niños, niñas y adolescentes migrantes.
- Sensibilizando respecto a los posibles efectos que puede generar el proceso migratorio en la salud mental de la población infantil y adolescente, orientada a disminuir la estigmatización e informando de los beneficios de la migración para los cuidadores y las comunidades.

- Realizando adecuaciones para que las prestaciones de salud mental tengan enfoque intercultural acorde a la situación de migración o refugio, considerando sus opiniones y preferencias, como también generando espacios para promover su participación en la toma de decisiones
- Estableciendo mecanismos claros de información en la red asistencial, que comunique en un lenguaje sencillo, cercano y con pertinencia cultural, los requisitos y pasos para acceder a las diferentes prestaciones de salud mental.
- Estableciendo procesos continuos de formación que instale competencias técnicas culturales en la formación de los equipos del sector salud, con el fin de brindar atención culturalmente pertinente y de calidad, y estableciendo mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial para la población infantil y adolescente en situación de migración y sus familias.

II. Objetivo estratégico 2: Garantizar acceso priorizado a acciones de promoción, prevención, detección temprana, abordaje y continuidad de cuidados en salud mental para los niños, niñas y adolescentes que han vivido vulneración de derechos y reciben atención desde Servicio de Protección Especializada (SPE), así como adolescente y joven en programas del Servicio Nacional de Menores (SENAME)/Servicio de Reinserción Social Juvenil^{4,5}.

- Estableciendo un plan de acceso y seguimiento de prestaciones promocionales, preventivas y de detección temprana, de acuerdo con la cartera de prestaciones de la Atención Primaria de Salud.
- Impulsando estilos de vida saludables, incluyendo alimentación, actividad física, esparcimiento, salud sexual, entre otros.
- Favoreciendo la participación de los NNAJ en los distintos espacios en que se desenvuelven, es decir que sean escuchados y considerados en las decisiones que los afectan en distintos ámbitos de sus vidas
- Fomentando el bienestar socioemocional de los NNAJ, como de su familia y adultos significativos.
- Asegurando ambientes acogedores y emocionalmente seguros en los programas residenciales del Servicio de Protección Especializada, así como en los centros cerrados y semicerrados de adolescentes y jóvenes⁶ sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.

⁴ Nota: Dar servicios priorizados y acorde a las necesidades de estas poblaciones son un deber del Estado en el marco de la Ley 21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; la Ley 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente, así como de la Ley 21.527, que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil. adolescentes y jóvenes

⁵ Nota: Esta estrategia incluye a todos los niños, niñas y adolescentes en programas del SPE y SENAME, tanto residenciales, ambulatorios, en centros privativos, en programas de medio libre, entre otros.

⁶ Nota: si bien la presente Política incluye a niños, niñas y adolescentes, en este objetivo estratégico se hace mención a los jóvenes porque también se verán beneficiados de las acciones definidas en esta línea.

- Fortaleciendo acciones de promoción, prevención y abordaje del consumo de alcohol y otras drogas.
- Implementando estrategias para la promoción del bienestar y manejo oportuno de desajustes conductuales y/o emocionales.
- Desarrollando estrategias coordinadas intersectorialmente para implementar acciones tendientes a la prevención, detección y abordaje del riesgo suicida, así como establecer procedimientos definidos para la posvención.
- Brindando acompañamiento y formación constante a cuidadores o tutores de programas de protección y restitución de derechos en cuidado alternativo residencial, de manera que puedan generar y resguardar un ambiente efectivamente protector para las niñas, niños y adolescentes.
- Generando estrategias para asegurar acceso oportuno a atenciones en salud mental y promoviendo adherencia al tratamiento de los NNAJ y sus familias, en los distintos niveles de atención, tanto en dispositivos ambulatorios como de atención cerrada.
- Fortalecer el abordaje oportuno y eficaz de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido polivictimización en su trayectoria de vida.
- Generando planes de trabajo integrales por parte de los distintos equipos intervinientes del sector salud (incluido SENDA), Servicio de Protección Especializada y SENAME, según corresponda.
- Asegurando la continuidad de cuidado de NNAJ, durante el tránsito en la red de salud y sus distintos niveles de atención, incluidos los programas de SENDA.
- Instalando competencias en los equipos que dan atención y cuidado a estos niños, niñas y adolescentes
- Fortalecer la protección de la salud mental en situación de emergencias y desastres.

III. Objetivo estratégico 3: Asegurar servicios de salud mental con pertinencia cultural, efectiva y oportuna a población infantil y adolescente pertenecientes a pueblos indígenas, con énfasis en la complementariedad de conocimientos y prácticas asociados al cuidado de su salud.

- Visibilizando la situación de la población infantil y adolescente indígena.
- Generando procesos continuos de formación en competencias interculturales para equipos de salud y psicosociales, y en la formación de profesionales vinculados a la salud mental.
- Implementando mecanismos para el diálogo de saberes en salud mental entre equipos de salud, especialistas de medicina indígenas asociada a esta población, para favorecer factores protectores de su salud mental.
- Asegurando la derivación de población infantil y adolescente indígena con problemas de salud mental entre el abordaje indígena en salud y el sistema de salud público.
- Contando con un plan de acompañamiento especializado en salud mental, con enfoque intercultural orientado a equipos de salud y equipos psicosociales, para

fortalecer el trabajo con niñas, niños y adolescentes mapuche y sus familias que han sufrido situaciones de vulneración de derechos y violencia.

- Incorporando la pertinencia cultural en los distintos niveles de atención del sistema de salud; informando oportunamente y de manera pertinente a niñas, niños y adolescentes indígenas y sus familias sobre la oferta de salud mental y sus derechos a la atención.

IV Objetivo estratégico 4: Garantizar el acceso a intervenciones de salud mental respetuosos y oportunos para población infantil y adolescente de género y sexualidad diversa, y su provisión en entornos seguros y libres de discriminación.

- Fortaleciendo las competencias técnicas en la formación de profesionales vinculados a equipos de salud general y de salud mental en particular, con el fin de brindar atención con enfoque de género, derecho a la autodeterminación, competencias culturales y el respeto a la autonomía progresiva en la niñez y adolescencia LGBT+.
- Garantizando su acceso a una atención de salud mental libre de estigmatización.
- Potenciando que todos los puntos de contacto que tenga la población infantil y adolescente tengan con la red de salud sean entornos seguros y con equipos de salud que brinden una atención con pleno respeto por la orientación sexual, expresión e identidad de género de cada persona.
- Contando con normativas centradas en el abordaje de la diversidad sexual y de género en la niñez y adolescencia para la práctica clínica en salud mental en los distintos niveles de atención y prestaciones multidisciplinares.
- Fortaleciendo competencias en la pesquisa y protocolos de derivación oportunos frente al riesgo de problemas de salud mental en esta población.
- Estableciendo redes de derivación, consulta y coordinación entre los servicios de salud, para programas de acompañamiento para población infantil y adolescente trans y de género no conforme; y
- Fomentando que la población infantil y adolescente con sexualidad diversa, sus familias y adultos significativos participen activamente en el diseño, implementación y evaluación de acciones de salud mental al interior de sus comunidades y en todos los niveles de atención de salud.

6. PARTICIPACIÓN

Fortalecimiento del ejercicio de la participación como derecho esencial de los niños, niñas y adolescente como

La participación puede entenderse como la capacidad de distintos actores sociales de organizarse, movilizar recursos y desarrollar acciones con el fin de incidir en las decisiones que les afectan. Esta puede ser un proceso individual o colectivo e involucrar al conjunto de la ciudadanía o a grupos organizados de la comunidad (82). La participación social – en sus diversos niveles y formas – debe constituir un derecho y una condición imprescindible de la verdadera inclusión social. La asociatividad, la cohesión y la participación son factores protectores de la salud mental (14).

La participación de la población infantil y adolescente es un desafío ya expreso en la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025, dónde se señala que las personas en su niñez y adolescencia deben hacer ejercicio de sus derechos y responsabilidades ciudadanas, que deben ser incorporados en espacios de participación, de acuerdo con el desarrollo de sus facultades, su edad y madurez. Asimismo, se incluye la necesidad de asegurar que cuenten con la información necesaria e idónea para formar su propia opinión, de crear los mecanismos para que puedan expresarse y para que sus opiniones impacten en las decisiones que los afectan (3).

Adicionalmente, la Ley N.º 21.430 “Sobre garantías y protección Integral de los derechos de la Niñez y Adolescencia” en su artículo N.º 18 indica que “los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho a participar plenamente en la vida social, familiar, escolar, científica, cultural, artística, deportiva o recreacional, entre otros, de su entorno, cuando ello sea posible de acuerdo con su autonomía progresiva”. Así como también que “los órganos del Estado promoverán las oportunidades y mecanismos nacionales y locales necesarios para que se incorporen progresivamente a la ciudadanía activa, de acuerdo con su edad y grado de desarrollo personal, a fin de que sus opiniones sean escuchadas a través de procesos permanentes de intercambio de ideas y sean consideradas en la identificación de necesidades e intereses, en la adopción de decisiones, formulación de políticas, planes y programas que les afecten, así como al realizar la evaluación de ellas”. Los órganos del Estado, en el ámbito de sus competencias, promoverán que las opiniones de los niños, niñas y adolescentes sean escuchadas en todos los temas que los afecten, cuando ello sea posible de acuerdo con su autonomía progresiva. Este principio se manifestará a través de los derechos a ser oído, de reunión, asociación, libertad de expresión e información”(2).

“La participación contribuye al empoderamiento de los niños, niñas y adolescentes para que tengan confianza en ellos mismos, construyan redes de colaboración, y activamente participen en la realización de sus derechos. En otras palabras, tener la posibilidad de ser escuchado y tomado en consideración promueve un sentido de autoestima y la capacidad de influencia, fortalecida a través de un mayor entendimiento de la reciprocidad y la naturaleza colaborativa de la participación” (22).

Para ejercer el derecho a la participación los niños, niñas y adolescentes deben desarrollar habilidades y competencias, que irán favoreciendo la autonomía progresiva, la participación efectiva puede conducir a que sean agentes de cambio y contribución a las comunidades. Para

fortalecer servicios y políticas enfocadas en niñez y adolescencia se debe escuchar y recoger sus necesidades, preocupaciones, ideas y opiniones (22).

Dentro de los estándares para una participación ética y de calidad se debe considerar: participación transparente e informada, voluntaria, respetuosa, en temas relevantes, amigable y adecuada a la edad, inclusiva para quienes están en situación de vulnerabilidad o excluidos, participación guiada por adultos capacitados, procesos participativos seguros y deben recibir una devolución con los resultados del proceso participativo (22).

Si bien, actualmente, existen mecanismos de participación social, resulta necesario fortalecer la inclusión de la población infantil y adolescente en estos espacios, acorde a su etapa de desarrollo (14). Un importante reto es fortalecer la participación protagónica, activa y vinculante de esta población en la formulación de políticas y en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios dirigidos hacia ellos y ellas, tal como mandatan organismos internacionales como ONU y OMS/OPS (19), en sintonía con sus necesidades, intereses y realidades, considerando su pertinencia territorial y cultural, su identidad de género, y sus características particulares. Adicionalmente, busca considerarlos como sujetos activos en sus procesos de tratamiento, recuperación y rehabilitación.

I. Objetivo estratégico 1: Garantizar que las opiniones de niños, niñas y adolescentes sean consideradas por los tomadores de decisiones para la construcción e implementación de políticas, planes y programas vinculados al ámbito de la salud mental.

- Asegurando mecanismos de participación formales de niñas, niños y adolescentes en los procesos de planificación, implementación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud.
- Garantizando participación efectiva, mediante mecanismos de transparencia y cuentas públicas, que informen sobre la consideración de las opiniones vertidas en espacios de participación dirigidas a población infantil y adolescente.
- Generando mecanismos para identificar y valorar sus expectativas y satisfacción acerca de los servicios que reciben.

II. Objetivo estratégico 2: Favorecer el ejercicio de la autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes en las atenciones de salud, considerando sus opiniones y preferencias.

- Asegurando que se reconozcan sus derechos y reciban información suficiente, oportuna, veraz, adecuada a su edad y comprensión, sobre su situación de salud y los tratamientos que reciban.
- Informando a los niños, niñas y adolescentes sobre el funcionamiento de la red de salud y su oferta, a través de estrategias comunicacionales adecuadas y co-construida con ellas y ellos.

- Promoviendo su participación y escuchando sus opiniones, como la de sus madres, padres y/o cuidadores, con el fin de que sean consideradas en la toma de decisiones sobre las intervenciones en salud que reciban, considerando su consentimiento y asentimiento informado.

BORRADOR



7. INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-ADOLESCENTE

Fortalecimiento de los sistemas de información, registro, monitoreo, vigilancia epidemiológica e investigación en salud mental infantil y adolescente

Los sistemas de información en materia de salud mental son fundamentales para la actuación y toma de decisiones debidamente informada sobre todos los aspectos que determinan las políticas, planes, programas y servicios en materia salud mental, en especial de la población infanto adolescente. Estos sistemas contemplan recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre servicios de salud mental de niños, niñas y adolescentes y sus necesidades. Así, los sistemas de información constituyen una herramienta de planificación coherente, siendo claves para la implementación y posterior evaluación de una política (20).

En este sentido, es de suma relevancia alinear el desarrollo de investigación en salud mental con la toma de decisiones de políticas públicas de salud mental infanto adolescente, mediante la identificación de brechas en conocimiento, desarrollo de la investigación y aplicación de los resultados obtenidos, siendo fundamental la transferencia de tal conocimiento a la toma de decisiones (14, 83).

En la actualidad, en el sector salud, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, es el responsable de la producción y difusión oficial de los datos recabados por el sector salud, incluyendo la salud mental de niños, niñas y adolescentes. La producción de esta información está centrada en los resúmenes de estadísticas mensuales (REM), estadísticas vitales y de la red asistencial, egresos hospitalarios, entre otros datos. También la Autoridad Sanitaria Regional cuenta con sistemas de registro que permiten la obtención de indicadores para la gestión en todos sus niveles (14).

Al mismo tiempo, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) sustenta el sistema de información para las Gestión de las Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), para el seguimiento del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud. En el caso de niños, niñas y adolescentes, existe cobertura GES para las atenciones de salud mental asociadas al consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas, Trastorno Bipolar y Depresión en adolescentes mayores de 15 años y Esquizofrenia (14).

Por su parte, el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, cuenta con un sistema de registro, derivación y monitoreo (SRDM) que permite realizar seguimiento y acompañar la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas que son parte de este subsistema y que pueden ser abordados desde el periodo de la gestación junto a sus madres (84). El SRDM también permite el registro y monitoreo de factores de riesgo que permiten la activación de acciones y prestaciones intersectoriales del programa tanto de carácter universal como de apoyo diferenciado (14).

El presente componente deberá propender a estrategias que favorezcan mejoras continuas en los sistemas de información tanto a nivel de registros, gestión y monitoreo de la información de niños, niñas y adolescentes y los servicios prestados a esta población, y que estos permitan avanzar en

investigación de calidad que favorezca el desarrollo y coordinación de políticas públicas atingentes a las necesidades nacionales. Para ello se busca:

I. Objetivo estratégico 1: Contar con evidencia epidemiológica que incluya salud mental y calidad de vida

- Contando con estudios de prevalencia de problemas, trastornos de salud mental y/o factores de riesgo, realizados cada 10 años, con representatividad regional y nacional.
- Incluyendo el componente de salud mental infanto adolescente en encuestas o estudios que se realizan de manera regular en Chile.
- Diseñando e implementando un seguimiento de la conducta suicida, propiciando el seguimiento y vigilancia epidemiológica en este ámbito.

II. Objetivo estratégico 2: Contar con sistemas de información en salud mental infanto adolescente más eficiente.

- Generando sistemas de información de calidad, confiable y actualizados en los registros de salud mental infanto adolescente.
- Desarrollando sistema de información de fácil registro y disponibilidad de datos para la construcción de indicadores en salud mental infanto adolescente, que permitan el monitoreo de planes, programas y políticas en esta población.
- Estableciendo sistemas de información que favorezcan el intercambio intersectorial de datos para optimizar los procesos de atención y gestión de los programas e instituciones públicas dirigidos a la niñez y adolescencia.
- Mejorando el registro de acciones y prestaciones de salud, con el objetivo de acompañar sus trayectorias, y poder identificar las necesidades de las familias, activando las prestaciones pertinentes.

III. Objetivo estratégico 3: Propiciar una relación de colaboración entre el desarrollo de investigación, las necesidades de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas

- Desarrollando repositorio de información y desarrollo de investigación existentes a nivel nacional en salud mental infanto adolescente, que considere tanto a población general como a poblaciones específicas.
- Identificando y priorizando periódicamente vacíos y brechas de conocimiento en salud mental infanto adolescente para promover e intencionar el desarrollo de investigación en salud mental en este grupo etario, que considere tanto a población general como a poblaciones específicas.

- Disponiendo y abogando por recursos adecuado para la investigación en salud mental infanto adolescente, que considere tanto a población general como a poblaciones específicas.

BORRADOR



III. REFERENCIAS

1. ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989.
2. Ley N° 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2022.
3. Infancia CNDI. Política Nacional de Niñez y Adolescencia. Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y Adolescencia 2015-2025. Santiago: Gobierno de Chile; 2016.
4. Ministerio de Desarrollo Social, Infancia CNDI. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025. Santiago, Chile 2018.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
6. OMS. Child and adolescent mental health policies and plans. Ginebra: World Health Organization; 2005.
7. De La Barra F, Vicente V, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(5):521-9.
8. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2021;175(11):1142-50.
9. Tang SQ, Xiang M, Cheung T, Xiang YT. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*. 2021;279:353-60.
10. Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, Cellini N. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. *European child & adolescent psychiatry*. 2021;30(9):1401-12.
11. Medrano M, Cadenas-Sanchez C, Oses M, Arenaza L, Amasene M, Labayen I. Changes in lifestyle behaviours during the COVID-19 confinement in Spanish children: A longitudinal analysis from the MUGI project. *Pediatr Obes*. 2021;16(4):e12731.
12. Escobar MJ, Panesso C, Chalco EF, Cardemil A, Grez A, Del Río P, et al. Efectos de la Pandemia y las Medidas de Confinamiento sobre la Salud Mental en Población Infantil de Chile. *Psykhe*. 2023;32(1).
13. Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Nacional de la Infancia. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025. 2018.
14. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile; 2017.
15. Consejo Nacional de la Infancia. Informe final de resultados "Yo opino, es mi derecho. Niñas, niños y adolescentes construimos el país que soñamos" realizado por Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. . Santiago, Chile 2015.
16. Gobierno de Chile. Acuerdo Nacional por la Infancia. 2018.
17. Unidas AGN. Convención de los Derechos del Niño. 1989.
18. OMS. Determinantes sociales de la salud. Informe del Director General. 2021.
19. OPS/OMS/ONUSIDA. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. 2016.
20. OMS. Sistemas de información de salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.

21. UNICEF JHBSoPH. On My Mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world. Baltimore and New York: JHU and UNICEF; 2022.
22. UNICEF. Derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes. Serie de formación sobre el enfoque basado en los derechos de la niñez. Santiago, Chile: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022.
23. Unicef. Estado mundial de la infancia 2017: Niños en un mundo digital. United Nations 2019 Apr.
24. Niñez Ddl. Estudio de Políticas Públicas Relacionadas con la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes. Santiago, Chile 2022.
25. Unidas N. Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos sexto y séptimo combinados de Chile 2022.
26. Salud Md. Informe Sistematización 10° Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes en salud 2019. Santiago, Chile 2019.
27. Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. In: Lerner RM, editor. Handbook of child development. Vol. 1. Theoretical models of human development. 6 ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2006. p. 793-898.
28. Ministerio de Salud CCC. Orientación Técnica Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años. Chile: Ministerio de Salud; 2017.
29. Almonte V C, Montt S ME. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Tercera Edición ed. Chile: Mediterráneo; 2019.
30. Rutter M. Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. In: Richman JM, Fraser MW, editors. The context of youth violence: Resilience, risk and protection Praga: Westport, CT; 2001. p. 13-41.
31. Luthar S. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. New York: Cambridge University Press; 2003.
32. Shonkoff J, Garner A. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics. 2012;129(1):E232-E46.
33. Rogoff B. The cultural nature of human development. New York: Oxford University Press; 2003.
34. Swick KJ, Williams RD. An analysis of Bronfenbrenner's bio-ecological perspective for early childhood educators: Implications for working with families experiencing stress. Early Childhood Education Journal. 2006;33(5):371-8.
35. Masten A. Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. Child development. 2014;85(1):6-20.
36. Rodrigo MJ, Máiquez ML, Martín JC. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
37. Public Mental Health Programme. Conceptual Framework for Public Mental Health London, UK: NIHR School for Public Health Research; 2021 [Available from: <https://www.publicmentalhealth.co.uk/>].
38. Bornstein MH, Sawyer J. Family Systems. Blackwell Handbook of Early Childhood Development: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 380-98.

39. Crosnoe R, Benner A. Children at school. In: Lerner R, Levenhal T, editors. Handbook of child psychology and developmental science. 4. 7 ed. New Jersey: Wiley; 2015. p. 268-304.
40. Gutiérrez M, Gonçalves T-O. Activos para el desarrollo, ajuste escolar y bienestar subjetivo de los adolescentes. *Developmental assets, school adjustment, and adolescents' subjective well-being*. 2013;13(3):339-66.
41. Viñas Poch F, González Carrasco M, García Moreno Y, Malo Cerrato S, Casas Aznar F. Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. 2015;31(1):226-33.
42. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Adolescent Health 3 - Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
43. Broderick P, Blewitt P. The life span: Human development for helping professionals. New York: Pearson; 2014.
44. Martín C, Navarro J. *Psicología evolutiva en educación infantil y primaria*. España: Pirámide; 2016.
45. Rubin KH, Bukowski WM, Bowker JC. Children in Peer Groups. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*: John Wiley & Sons, Inc.; 2015.
46. England PH. The mental health of children and young people in England. England 2016.
47. Information ClfH. *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: CIHI; 2009.
48. OPS. *Determinantes sociales de la salud en la Región de Las Américas*. [Online]. 2017.
49. Salud Cdsdl. *Subsanar las desigualdades en una generación*. 2008.
50. Whitehead. M. *Los Conceptos y principios de la equidad en salud*. 1991.
51. Ministerio de salud. *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. 2017.
52. OPS. *Construyendo la salud en el curso de vida*. 2017.
53. ED. H. *Life Course Theory*. . In (eds) LR. *Encyclopedia of Adolescence*. Cham: Springer; 2017.
54. George LK. *Life-Course Perspectives on Mental Health*. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. p. 585-602.
55. Chan M, Lake A, Hansen K. The early years: silent emergency or unique opportunity? *Lancet*. 2017;389(10064):11-3.
56. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Commission Social Determinants H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
57. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Género MdIMyEd. *Educación Sexual: Estrategia en Sexualidad, Afectividad y Género*. 2018.
58. Ley 21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación. 2023.
59. Funk, M LC. *Quality improvement for mental health*. . World Health Organization; 2003 Dec 11.
60. Ley 20.530, que crea el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2011.
61. Lev-Wiesel R. Intergenerational Transmission of Trauma across Three Generations: A Preliminary Study. *Qualitative Social Work*. 2007;6(1):75-94.
62. Dekel R, Goldblatt H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(3):281-9.

63. Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*. 2001;25(11):1439-61.
64. MINSAL. Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares. Santiago, Chile: Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Ministerio de Salud.; 2019.
65. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25.
66. McLaughlin, C&CB. Relational matters: A review of the impact of school experience on mental health in early adolescence. . *Educational and Child Psychology*; 2010. p. 91-103.
67. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(8):609-15.
68. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. [Online]. 2015.
69. Angela, Pyle. Como negociar un enfoque holístico del aprendizaje basado en el juego. Universidad de Toronto; 2018.
70. OECD. Children & Young People's Mental Health in the Digital Age: Shaping the Future. 2018.
71. Atli S, Gunuc S, Kuss D, G. B. Impact of parents' technology use on 18- to 24-month-old infants' adaptive behaviors. *Adaptive Behavior*. 2019;27(3):197-219.
72. Banyai F, Zsila A, Kiraly O, Maraz A, Elekes Z, MD G. Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLoS One*. 2017;12(1).
73. Corkin MT, Henderson AME, Peterson ER, Kennedy-Costantini S, Sharplin HS, S. M. Associations between technoference, quality of parent-infant interactions, and infants' vocabulary development. *Infant Behav Dev*. 2021;64:101611.
74. Herodotou C. Young children and tablets: A systematic review of effects on learning and development. *Journal of Computer Assisted Learning*. 2018;34(1):1-9.
75. Jensen MG, Russell MR, CL. O. Young adolescents' digital technology use and mental health symptoms: Little evidence of longitudinal or daily linkages. *Clinical Psychological Science*. 2019:1416-33.
76. JM. OC. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020:336-48.
77. Mantilla A, S. E. Digital technology use by and with young children: A systematic review for the Statement on Young Children and Digital Technologies. *Australasian Journal of Early Childhood*. 2019;44(2):182-95.
78. OECD. Children & Young People's Mental Health in the Digital Age: Shaping the Future 2018.
79. INJUV. 10ª Encuesta Nacional de la Juventud. Santiago, Chile 2022.
80. Salud Md. Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.; 2018.
81. MINSAL. Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago, Chile.: Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud 2008.
82. Espinoza, M RC, Cabieses B. Manual para la participación en pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en Salud. . Ediciones PUC. ; 2019.
83. Zitko P, Borghero F, Zavala C, Markkula N, Santelices E, Libuy N, et al. Priority setting for mental health research in Chile. *International Journal of Mental Health Systems*. 2017;11.
84. Social MdD. Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo. 3era ed. Santiago, Chile: Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo; 2017.

85. Ministerio, Social dD. Ley N° 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social, Subsistema de Protección Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo. [Online]. 2009.
86. [Online] SCCCQeCCC. Qué es Chile Crece Contigo. [Online]. 2020.
87. Ministerio de Desarrollo Social. Chile Crece Contigo. [Online]. 2020.
88. Ley 20.545, la cual modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. 2011.
89. Ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar/imprimir?idNorma=1010482&idParte=8850470>.
90. Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
91. Ley 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, Ministerio de Salud, 2017.
92. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Ley 21.155, que establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio,. 2019.
93. Ministerio de Salud. Ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. 2021.
94. Ministerio de Salud. 2021. Ley 21375 Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves.
95. Ley 21.372 que modifica la Ley N° 20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes que se indican, Ministerio de Salud. 2021.
96. Exteriores MdR. DECRETO 248, promulga el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados con su corrección al numeral 1. 2003.
97. 225 D. Promulga el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, con su corrección a la letra b) del Artículo 7. D.O. 06.09.2003.
98. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia. 2004.
99. Ley 19.927, que modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y el Código Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil. 2004.
100. Ley N° 20.066, Establece ley de violencia intrafamiliar. Ministerio de Justicia, 2005.
101. Ley 20.526, que establece sanción del acoso sexual infantil, pornografía y posesión de material pornográfico infantil. 2005.
102. Ministerio del Interior y Seguridad Pública Sdl. Ley N° 20.507, que establece tipificación del tráfico y trata de personas como delito tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas y establece normas para su prevención y más efectiva persecución criminal. 2011.
103. Trabajo. Md. Ley N° 20.539, que realiza modificaciones al Código del Trabajo, estableciendo regulaciones al trabajo de menores de edad.
104. Ley N° 21.271, que adecua el código del trabajo en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes en el mundo del trabajo, Ministerio del Trabajo y Previsión Social. 2020.
105. Ministerio de Relaciones Exteriores. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones. 2015.
106. Ley 21.090 que crea la Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2018.
107. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Ley 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. 2020.

108. Ley 20.609, establece medidas contra la discriminación. 2012.
109. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. [Online]. 2008.
110. Ley 20.422, que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión de Personas con Discapacidad. 2010.
111. Social MdD. Encuesta Nacional de Actividades de niños, niñas y adolescentes. Santiago, Chile2012.
112. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley Nº 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. 2018.
113. Ley 19779 que establece normativas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, Ministerio de Salud, 2021. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=192511>
114. Ley 20.370, establece la Ley General de Educación. D.O. 12.09.2009. 2009.
115. Educación. Md. Política Nacional de Convivencia Escolar 2015/2018. 2015.
116. Educación Md. Política de Seguridad Escolar y Parvularia. Santiago, Chile2013.
117. Educación. Md. Ley Nº 20.536 sobre violencia escolar. . 2011.
118. Educación Md. Ley Nº 20.845, de inclusión escolar que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del Estado. [Online]. 2015.
119. Salud Md. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Santiago, Chile2012.
120. Ministerio de Salud. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. Chile2016.
121. Montero V A, & González A, Electra. PRINCIPALES CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES.: Revista chilena de obstetricia y ginecología; 2010. p. 272-7.
122. Vega A, M. Conscientious objection of professionals and its relation to sexual and reproductive health care of adolescents in Santiago of Chile. . ACTA BIOETHICA. ; 2014.
123. BórquezG. R, HorwitzN., HuepeG.: RevMédChile 2007. p. 1153 –9.

IV. ANEXOS

ANEXO N°. 1: MARCO JURÍDICO Y ÉTICO

La Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia busca garantizar la protección y ejercicio de los derechos de la población infantil y adolescente que residen en el país, recogiendo las directrices emanadas desde los cuerpos normativos y legales vigentes, mandatorios en esta materia.

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada el 20 de noviembre de 1989 por la Asamblea General de Naciones Unidas y promulgada en el Decreto 830 por nuestro país, del 14 de agosto de 1990, reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho e indica que los Estados deben garantizar y proteger el derecho intrínseco a la vida, así como a su supervivencia y máximo desarrollo. En su Artículo 4 mandata a *“los Estados Partes a adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional”*(17). Conforme a lo anterior, la presente Política busca establecer los principales desafíos y estrategias para el efectivo cumplimiento los derechos contenidos en la Convención, particularmente de aquellos que inciden en el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

A continuación, se revisará la legislación vigente relacionada a los derechos esenciales para la protección y abordaje de la salud mental infantil y adolescente:

Derecho a la salud y desarrollo integral

La Constitución Política de la República de Chile asegura el acceso a la salud, de forma libre e igualitaria, tanto para acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, debiendo el Estado garantizar la ejecución de las mismas. De igual modo la Convención de los Derechos del Niño, en su Artículo 24, indica que *“Los Estados Parte reconocen el derecho del niño y niña 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 esos servicios sanitarios”* (17), lo que incluye lo relacional a su salud mental.

En el año 2009 se crea el Subsistema de Protección Integral a la Infancia *“Chile Crece Contigo”*, a través de la Ley N°20.379 (85), teniendo como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a los niños, niñas desde la gestación hasta los 4 años de vida y el apoyo a sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, focalizando apoyos especiales a los que presentan una vulnerabilidad mayor. Este Subsistema consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la niñez, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas. Chile Crece Contigo es ejecutado por el Ministerio de

Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social y Familia y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, entre otros (86).

Desde el año 2016 comienza la extensión gradual de su cobertura, hasta los niños y niñas de 9 años de edad. Este subsistema refuerza, además, la coordinación y complementación con programas y estrategias ejecutados por el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, entre otros (87).

El año 2011 se promulga la Ley 20.545, la cual modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. De acuerdo a la Ley, las trabajadoras tienen derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él, y los padres tienen derecho a un permiso pagado de cinco días en caso de nacimiento de un hijo o hija. Esta ley trae consigo importantes beneficios para la protección de la salud mental de los niños y niñas, al favorecer que las madres, padres y sus hijos e hijas cuenten con mayor tiempo protegido durante los primeros meses de vida (88).

En el año 2010 se promulga la Ley N° 20.418, que fija Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Si bien esta ley se proclama en reconocimiento de los derechos sexuales-reproductivos de todas las personas, sin distinción alguna, se hace mención especial a que no se puede negar anticoncepción de emergencia, ipso facto, a menores de 14 años que lo soliciten, debiendo informarse, posteriormente, al padre, madre o al adulto que la adolescente señale (89).

En el mes de abril de año 2012 se promulga la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en la que se indica que “toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes” (Artículo) independientemente de su edad (90).

Dentro de las principales garantías que se contemplan en la Ley se encuentra el derecho a recibir un trato digno, respetuoso y proteger la vida privada como la honra de la persona, derecho a tener compañía y asistencia espiritual, derecho a la información, al consentimiento informado del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente, de los comités de ética, de la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica, de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, de la participación de las personas usuarias, y de los deberes de las personas en su atención de salud. Un importante desafío es avanzar en la generación de indicaciones para el abordaje de estas importantes materias. Si bien la Ley es aplicable a los niños, niñas y adolescentes, se requiere establecer disposiciones específicas para esta población, en temáticas tales como, derecho a la información, consentimiento informado y participación, entre otras materias.

La Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025 establece un sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia que recoge los aprendizajes y desafíos establecidos por iniciativas de política pública de los últimos años (3). Sus objetivos son los siguientes:

- Proponer la adecuación normativa y generar las condiciones político-institucionales que regule la institucionalidad competente del Estado y la ciudadanía para garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan en el país.
- Fortalecer y promover la gestión pública y la calidad de las políticas, así como la de los programas y servicios considerando la perspectiva de derechos.
- Fortalecer las condiciones familiares, comunitarias, sociales, económicas y culturales que permitan el ejercicio efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan en el país.

En el año 2017 se promulga la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. En cualquiera de las causales las adolescentes deberán manifestar de forma expresa su intención de interrumpir el embarazo. En relación a la edad de la adolescente, los plazos que establece la Ley para optar a la interrupción del embarazo señalan que no hayan transcurrido más de 12 semanas de gestación en mujeres de 14 y más años; y en el caso de adolescentes menores de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de 14 semanas. De esta manera, se garantiza mayor acceso a las menores de 14 años (91).

En el año 2019 se promulga la Ley Nº 21.155, la cual establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio. Esta Ley tiene como objetivos reconocer el valor fundamental de la maternidad y del derecho a la lactancia materna, como un derecho de la niñez; consagrar el derecho de la niñez al acceso a la leche humana y el derecho de las madres a amamantar libremente a sus hijos e hijas y; garantizar el libre ejercicio de la lactancia materna y del amamantamiento libre, y sancionar cualquier discriminación arbitraria que cause privación, perturbación o amenaza a estos derechos (92).

En el año 2021 se promulga la Ley Nº 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral (Artículo 1). Para los efectos de esta ley, en el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico (Artículo 2). Dentro de los principios que rigen la Ley se destaca “el respeto al desarrollo de las facultades de niños, niñas y adolescentes, y su derecho a la autonomía progresiva y a preservar y desarrollar su identidad” (Letra f, artículo 3). Adicionalmente se destaca que “las personas tienen derecho a ejercer el consentimiento libre e informado respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas que les sean propuestos. Para tal efecto, se articularán apoyos para la toma de decisiones, con el objetivo de resguardar su voluntad y preferencias...” (Artículo 4). Como se ha señalado anteriormente un importante desafío es generar un sistema de apoyo específico para que los niños, niñas y adolescente comprendan sus afecciones en salud mental, los tratamientos

disponibles y puedan manifestar su voluntad para que sea considerada en sus planes de intervención (93).

En el año 2021 se promulga la Ley 21.375, sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas con enfermedades terminales y el buen morir, reconoce, protege y regula, sin discriminación alguna, incluyendo por cierto a los niños, niñas y adolescentes, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave a una adecuada atención de salud, incluyendo todos los grupos etarios, y obliga al Estado a promover el acceso a los cuidados paliativos, tanto en hospitalización como en régimen domiciliario, y considera la ampliación de las patologías más allá de lo oncológico (94).

En el mes de octubre del año 2021 se promulga la Ley Nº 21,372 que modifica la Ley Nº 20.584, que establece medidas especiales en relación al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias. En dicha ley se indica que los establecimientos deben “permitir en todo momento la compañía de su padre, madre, de quien lo tenga a su cuidado, o persona significativa, con la única excepción que de ello derive un peligro para el propio niño, niña o adolescente, u otros pacientes” (95).

Asimismo, tratándose del acompañamiento de mujeres en trabajo de parto, los establecimientos permitirán en todo momento la compañía de la persona que ella determine, con la única excepción de que se derive de ello un peligro para el niño o niña, o para la mujer.

Las personas que brinden acompañamiento a los pacientes durante su hospitalización o con ocasión de prestaciones ambulatorias deberán recibir un trato digno y respetuoso en todo momento, entendiéndose por tal no sólo un buen trato verbal e información, sino también el otorgamiento de condiciones para que ese acompañamiento sea adecuado para velar por la integridad física y psíquica del niño, niña o adolescente, atendido el principio de interés superior del niño, niña y adolescente".

Finalmente, en el año 2022 se promulga la Ley 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, la cual establece importantes avances en materia de Igualdad y no discriminación arbitraria, fortalecimiento del rol protector de la familia, derecho y deber preferente de los padres y/o madres a educar y cuidar a sus hijos, autonomía progresiva, efectividad de los derechos, perspectiva de género, responsabilidad de la administración del Estado, protección social de la niñez y adolescencia, progresividad y no regresividad de derechos, participación social, inclusión, derechos civiles y políticos, derecho a un nivel de vida, desarrollo y entorno adecuado, derecho a la identidad, derecho a vivir en familia, derecho a ser oído, libertad de expresión y comunicación, libertad de pensamiento, conciencia y religión, libertad de asociación y reunión, derecho a la participación, derecho a la vida privada y a la protección de datos personales; derecho a la honra, intimidad y propia imagen; derecho a la información; derecho a la protección contra la violencia; protección contra la explotación económica, la explotación sexual comercial y el trabajo infantil; derecho a la salud y a los servicios de salud; derecho a atención médica de emergencia; de la información sobre la salud y el consentimiento informado; derecho a la educación, derecho a la atención a la diversidad educativa, derecho a la seguridad social, derecho a la recreación, al deporte

y a la participación en la vida cultural y en las artes; medidas de prevención y protección del embarazo, maternidad y paternidad de menores de 18 años. Zonas y equipamiento recreativo; derechos y deberes en el espacio urbano, medio ambiente; libertad personal y ambulatoria; protección reforzada y especializada de los niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y de los adolescentes en conflicto con la ley, entre otras materias (2). Particularmente, en lo que respecta al derecho a la salud y a los servicios de salud, indica que toda la población infantil y adolescente “tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y a servicios y procedimientos de medicina preventiva, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud”(2).

Legislación y protección de derechos:

Posterior a la Convención de los Derechos del Niño, se han generado importantes cuerpos vinculados a erradicar vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes. En el año 2003 se ratificaron los Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a la Participación de Niños en los Conflictos Armados (96), así como a la Venta de Niños/as, a la Prostitución Infantil y la utilización de niños(as) en la Pornografía (97).

En el año 2004 se promulga la Ley N° 19.968, que desarrolla un sistema especializado de justicia en materia de familia, con la creación de los Tribunales de Familia (98). El mismo año se promulga la Ley 19.927, que modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y el Código Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil (99). El año 2005 se promulga la Ley N° 20.066, sobre violencia intrafamiliar, estableciendo normas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de violencia intrafamiliar. La Ley promueve al Estado a adoptar políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar en especial a mujeres, personas mayores y niños y niñas, además de dar asistencia a las víctimas (100).

En el año 2011 se promulga la Ley N° 20.526, que establece sanción del acoso sexual infantil, pornografía y posesión de material pornográfico infantil (101), así como también la Ley N° 20.507, que establece tipificación del tráfico y trata de personas como delito, estableciendo normas para su prevención y una persecución criminal más efectiva (102). Posteriormente, en el año 2012 se promulga la Ley N° 20.594, que establece de inhabilidades de condenados por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes. En el año 2018 se promulga la Ley 21.057, que regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales.

Con respecto al trabajo infantil, el año 2011 se promulga la Ley N° 20.539, que realiza modificaciones al Código del Trabajo, estableciendo regulaciones al trabajo de menores de edad, prohibiendo a los menores de 18 años todo trabajo nocturno en establecimientos industriales y comerciales (103). Posteriormente, en el año 2020 se promulga la Ley N° 21.271, que adecua el código del trabajo en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes en el mundo del trabajo (104). La Ley regula que los adolescentes entre 15 y menores de 18 años pueden trabajar de protegida, es decir que “no sea considerado trabajo peligroso y que, por su naturaleza, no

perjudique su asistencia regular a clases y/o su participación en programas de orientación o formación profesional, según corresponda”, previa autorización del padre, madre o de ambos que tengan el cuidado personal; o a falta de ellos, de quien tenga el cuidado personal; a falta de éstos, de quien tenga la representación legal del adolescente con edad para trabajar; o a falta de los anteriores, del Inspector del Trabajo respectivo. Adicionalmente, ratifica la prohibición de que los adolescentes realicen labores en horario nocturno en establecimientos industriales y comerciales y define las sesiones para el empleador que incumpliere cualquiera de los requisitos establecidos en la ley. También es pertinente mencionar la Ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, en su artículo 37 establece la protección a los niños, niñas y adolescentes de la explotación económica, sexual y trabajo infantil (2).

En el año 2015 se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones (105).

El año 2018 se promulga la Ley 21.090, que crea la Subsecretaría de la Niñez, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con el objetivo de promover y proteger los derechos de los niños y niñas, de acuerdo con el Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez y en conformidad con la Constitución Política de la República y las leyes (106).

Adicionalmente, en el año 2020, en el marco de la Ley N° 21.302 se crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, dependiente de la Subsecretaría de la Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. El Servicio tiene por objeto “garantizar la protección especializada de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones. Lo anterior, se realizará asegurando la provisión y ejecución de programas especializados para abordar casos de mediana y alta complejidad” (Artículo 2). Para el cumplimiento de su objeto, un avance sustantivo es fortalecer la respuesta intersectorial para esta población, por lo que el Servicio debe coordinarse de manera permanente, con los distintos sectores del Estado que impactan en la calidad de vida de la población infantil y adolescente, como lo son el Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio de Educación, Ministerio del Deporte, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Servicio Nacional de la Discapacidad, Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junta Nacional de Jardines Infantiles, entre otros. Otro avance sustancial es que se cuenta con una subvención destinada específicamente al trabajo con las familias (107).

Para mejoras en la oferta programática la Ley N° 21.302 establece la creación de 5 líneas de acción:

- 1) Diagnóstico clínico especializado y seguimiento de casos, y pericia.
- 2) Intervenciones ambulatorias de reparación.
- 3) Fortalecimiento y vinculación.

- 4) Cuidado alternativo.
- 5) Adopción.

Otras mejoras relevantes dicen relación con que se realizará seguimiento de la población infantil y adolescente durante sus trayectorias, se incluye a los niños y niñas inimputables en razón de su edad, se fortalecen los programas de preparación para la vida independiente, los programas de cuidado alternativo se encontrarán presentes en todas las regiones del país; los programas diseñados en base a evidencia y evaluaciones anteriores; y se promueve una mayor descentralización para dar respuesta acorde a las necesidades en cada una de las regiones.

Complementariamente, la Ley 21.430 establece que los órganos del Estado deben velar por el ejercicio del derecho a vivir e familia “cuando no pudiere habitar con sus padres y/o madres, porque se encontrare privado de su libertad o sujeto a algún régimen de cuidado alternativo, en conformidad con la ley y de un modo acorde con dichas circunstancias especiales”. Adicionalmente señala, “respecto de aquellos niños, niñas y adolescentes que se encuentren sujetos a cuidados alternativos, se procurará mantener la medida por el menor tiempo posible, y que el niño, niña o adolescente se encuentre lo más cerca de su lugar de residencia habitual, a fin de facilitar el contacto con su familia y la posible revinculación con ella”(2).

Derecho a trato igualitario, a la no discriminación e Inclusión social.

Todos los niños, niñas y adolescentes que habitan en el territorio nacional tienen una atribución igualitaria de ejercer los derechos humanos emanada en la Convención de los Derechos del Niño, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño (o niña), de sus padres o de sus representantes legales (17).

Dentro de sus derechos esenciales se encuentran el derecho a la igualdad, sin discriminación de raza, religión o nacionalidad; derecho a una protección especial para que puedan crecer física, mental y socialmente sanos y libres; derecho a tener un nombre y una nacionalidad; derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuadas; derecho a educación y atención especiales para quienes se encuentran en situación de discapacidad; derecho a comprensión y amor por parte de las familias y de la sociedad; derecho a una educación gratuita; derecho a divertirse y jugar; derecho a atención y ayuda preferente en caso de peligros; derecho a ser protegidos contra el abandono y el trabajo infantil; y el derecho a recibir una educación que fomente la solidaridad, la amistad y la justicia.

La Ley Nº 20.609, promulgada el año 2012 establece medidas contra la discriminación, con el objetivo fundamental de instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho toda vez que se cometa un acto de discriminación arbitraria. Como lo señala en su Artículo Nº 1 “Corresponderá a cada uno de los órganos de la Administración del Estado, dentro del ámbito de su competencia, elaborar e implementar las políticas destinadas a garantizar

a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de sus derechos y libertades reconocidos por la Constitución Política de la República, las leyes y los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”, como lo es la Convención de los Derechos del Niño (108).

En favor de la protección de aquellas poblaciones que se vean afectadas por discriminaciones arbitrarias es que nacen nuevas leyes para garantizar este derecho. Es así como en el año 2022 se promulga la ley 21.433 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Particularmente en el artículo 8 de la ley, relativo a la igualdad y no discriminación arbitraria, donde se determina que *“los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la igualdad en el goce, ejercicio y protección de sus derechos, sin discriminación arbitraria, en conformidad con la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes y la ley. Ningún niño, niña o adolescente podrá ser discriminado en forma arbitraria en razón de su raza, etnia, nacionalidad, cultura, estatus migratorio, carácter de refugiado o asilado, idioma, opinión política o ideología, afiliación o asociación, religión o creencia, situación de discapacidad o socioeconómica, de maternidad o paternidad, nacimiento, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, estado civil, edad, filiación, apariencia personal, diferencias que el niño, niña o adolescente tenga o haya tenido a causa de su desarrollo intrauterino, salud, estar o haber sido imputado, acusado o condenado por aplicación de la ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal, o en razón de cualquier otra condición, actividad o estatus suyo o de sus padres y/o madres, familia, representantes legales o de quienes lo tengan legalmente a su cuidado”*. Adicionalmente indica que es deber de los órganos del Estado reconocer y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes en condiciones de igualdad y velar por su efectividad (2).

En el marco de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (109) y de la Ley N° 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (110), Chile reconoce que la discapacidad es expresión de la diversidad, y que la discriminación contra cualquier persona por razón de discapacidad, constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherente del ser humano, lo que exige promover y proteger estos derechos para todas las personas con discapacidad, en especial aquellas que necesitan un apoyo más intenso. En el Artículo N° 10 de la Ley se mandata que toda actividad relacionada con niños, niñas y adolescentes con discapacidad, debe considerar en forma primordial la protección de sus intereses superiores, y que el Estado debe adoptar las acciones conducentes a asegurar a que la infancia con discapacidad tengan pleno goce y ejercicio de sus derechos, en especial el respeto a su dignidad, el derecho a ser parte de una familia y a mantener su fertilidad, en condiciones de igualdad con las demás personas. De igual modo, indica que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación debido a su condición de la que puedan ser víctimas, los niñas, niños y adolescentes con discapacidad física y mental.

Con respecto al principio de inclusión definido en la ley 21.433 se indica que “los órganos del Estado, en el ámbito de sus competencias, establecerán las medidas necesarias para facilitar la realización personal y la inclusión social y educativa de todos los niños, niñas y adolescentes y, en especial, de aquellos que por sus circunstancias físicas y psíquicas, o por cualquier otra situación o circunstancia personal, familiar, social o económica, puedan ser susceptibles de recibir un trato discriminatorio. Se entiende por inclusión toda acción que proporcione la disminución o eliminación de las barreras para el aprendizaje, la participación y la socialización”(2).

Con respecto a la rehabilitación de las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, se debe propender a que éstas desarrollen al máximo sus capacidades y aptitudes. En ningún caso, la persona con discapacidad mental podrá ser sometida, contra su voluntad, a prácticas o terapias que atenten contra su dignidad, derechos o formen parte de experimentos médicos o científicos (111).

En el año 1998 se promulgó la Ley N° 19.585, que modifica el Código Civil y otros cuerpos legales en materia de filiación, la cual permitió la eliminación de la distinción según si la persona nace dentro o fuera del matrimonio, y adecuación de normas que regulan distintas áreas del desarrollo infantil, que modifica el Código Civil y otros cuerpos legales en materia de filiación.

Con respecto al abordaje de la discriminación asociada a la identidad de género, el año 2018 se promulga la Ley N° 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género a todas las personas, estableciéndose el Programa de Acompañamiento para la Niñez Trans y Género no conforme (112). Adicionalmente, la Ley 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, indica que “los órganos del Estado deben introducir la perspectiva de género en el desarrollo, puesta en práctica y evaluación de las medidas que adopten en relación con los niños, niñas y adolescentes, de modo que, en todas las políticas públicas, actuaciones, servicios y programas dirigidos a ese sector poblacional se tome en consideración la variable del género”(2).

En el marco de la ley N° 19.779 del VIH/SIDA, se garantiza entregar información a la población, así como y acceso a prevención, atención y tratamiento a las personas que presente VIH/SIDA, incluidos los niños, niñas y adolescentes (113).

Derecho a una educación integral, que resguarde el desarrollo físico, psicológico y social.

La Ley General de Educación N° 20.370 (114) constituye el principal cuerpo legal regulatorio de todo el sistema escolar, el cual define educación como el proceso de aprendizaje permanente que abarca distintas etapas de la vida de las personas, cuya finalidad es alcanzar su desarrollo espiritual, ético, moral, afectivo, intelectual, artístico y físico, mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimientos y destrezas. En dicha Ley, se establece el respeto y valoración de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, de la diversidad multicultural y de nuestra identidad nacional. Además, cuenta con diversas políticas, entre las que se destaca la Política de Convivencia Escolar (115), que orienta la definición e implementación de acciones, iniciativas, programas y proyectos que promuevan y fomenten la comprensión y el desarrollo de una Convivencia Escolar

participativa, inclusiva y democrática, con enfoque formativo, participativo, de derechos, equidad de género y de gestión institucional y territorial. Y, por último, la Política de Seguridad Escolar y Parvularia (116), cuyo propósito es orientar a las comunidades educativas en el desarrollo de una cultura de autocuidado y de prevención de riesgos, con el fin de resguardar la integridad física, social y psicológica de la comunidad estudiantil que participan del proceso educacionales.

La Ley N° 20.536 sobre violencia escolar, promulgada el año 2011, tiene por objetivo abordar la convivencia en los establecimientos educacionales del país, mediante el diseño de estrategias de promoción de la buena convivencia escolar y de prevención de la violencia escolar, estableciendo un Plan de Gestión y Protocolos de Actuación ante situaciones de violencia (117).

La Ley N° 20.845 de inclusión escolar, promulgada en mayo del 2015, regula la admisión de los estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en los establecimientos educacionales que reciben aporte del Estado, prohíbe toda forma de discriminación arbitraria, permite sanciones disciplinarias sólo si están contenidas en el reglamento interno; establece un plan de apoyo a la inclusión para fomentar la buena convivencia y obliga a reconocer el derecho a asociarse libremente (118).

Derecho a la participación

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a expresar sus opiniones y a participar en los diversos contextos con los que interactúan de forma cotidiana, tales como en su familia, en la escuela, en la comunidad, entre otros. Esto implica dar valor y validar sus opiniones, así como generar espacios de participación para ellos y ellas.

En el Artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño se indica que los Estados Partes deben garantizar que los niños, niñas y adolescentes que esté en condiciones de formarse un juicio propio tengan el derecho de expresar su opinión libremente, en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. Con tal fin, se les dará oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que les afecte, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento. Este artículo constituye el reconocimiento expreso de la calidad de sujetos de derechos que tienen los niños, niñas y adolescentes, reconociendo y garantizando su derecho a ser escuchado.

La Ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, da un importante avance en materia de la participación efectiva de esta población. En el artículo N° 11 de la misma Ley, con respecto a la autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes se señala que podrán ejercer este derecho en consonancia con la evolución de sus facultades, atendiendo a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifieste, salvo que la ley limite este ejercicio, tratándose de derechos fundamentales. “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protagonistas activos de sus vidas, y para ello requieren experimentar el balance permanente entre la autonomía para el ejercicio de sus derechos y la necesidad simultánea de recibir protección.

Los padres y/o madres, representantes legales o las personas que los tengan legalmente a su cuidado, deberán prestarles orientación y dirección en el ejercicio de sus derechos. Es deber del Estado respetar, promover y proteger el ejercicio de este derecho.” Adicionalmente, en su artículo 28 se señala el derecho de ser oído, indicando que todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que sus opiniones sean oídas y debidamente consideradas, de acuerdo con su edad, madurez y grado de desarrollo, en los procedimientos o actuaciones administrativas o judiciales en que se decida sobre alguna cuestión particular cuya determinación pueda afectar sus derechos o intereses, especialmente en el ámbito familiar, escolar, sanitario, comunitario, administrativo y/o judicial. En esta misma dirección, en el artículo 35 de la misma ley se expresa que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados, de acuerdo con su edad, madurez y grado de desarrollo, y de modo comprensible, sobre cualquier actuación o medida que pueda afectar el ejercicio de sus derechos, y a acceder a la información pública, conforme a la ley, sin que a este respecto tenga aplicación incapacidad alguna”. Así mismo se señala que “los establecimientos educacionales, de salud o cualquier otra institución que provea servicios destinados a la protección o satisfacción de los derechos del niño, niña o adolescente deberán disponer los medios para oír efectivamente a los niños, niñas y adolescentes cuyos derechos estén siendo afectados. Cuando no sea posible atender a las opiniones del niño, niña o adolescente, la autoridad respectiva deberá explicarle de un modo comprensible las razones de ello y dejar constancia fundada de esta decisión” (2).

Derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes que reciben atención en salud:

Tomando en consideración que como se debe avanzar en marcos jurídicos que promuevan la participación de los niños, niñas y adolescentes en su atención en salud, a continuación, se exponen el estado de situación en la materia y el camino que debemos transitar para resguardar este derecho.

La Convención de los Derechos del Niño (17), establece que esta población debe ser identificada como titular de derecho, traducido finalmente en el derecho a una atención digna y de calidad, así como al reconocimiento de su progresiva autonomía para tomar decisiones y a la confidencialidad (119).

La atención en salud se basa en cuatro principios bioéticos básicos: la Beneficencia, No Maleficencia, la Autonomía y la Justicia, que al momento de aplicarse deben incluir adecuaciones para dar respuesta a las necesidades de cada niño, niña o adolescente, siendo relevante también el derecho a la confidencialidad en la atención y la noción de la capacidad/competencia en la toma de decisiones, que se relacionan con su estado de salud y planes de intervención (119-121). El Principio de Beneficencia, refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, previniendo y anulando probables daños y evaluando los resultados de una acción determinada. Para la atención de niños, niñas y adolescentes es necesario avanzar desde un modelo biomédico, centrado en que el profesional de la salud es quien establece lo que es bueno o malo para el niño, niña o adolescente, hacia la incorporación de éstos, de sus padres o cuidadores principales, teniendo en cuenta sus preferencias, creencias y valores (121). El Principio de No Maleficencia,

alude a que los profesionales de la salud tienen el deber u obligación de no causarles daños intencionadamente, así como prevenirlo y evitarlo, teniendo en cuenta el respeto físico, psíquico, moral o social. Ejemplo de un inadecuado manejo de la confidencialidad, una relación dispar e impositiva del profesional hacia el niño, niña o adolescente, el rechazo a la atención para no tener que denunciar una situación que así lo requiera se derive o no a otro centro, son causantes de un desgaste en la relación, deteriorando el vínculo de confianza y dando como resultado posibles consecuencias negativas para los y las adolescentes, vulnerando así este principio (119, 120). En los tratamientos para la población infantil y adolescente es tan importante minimizar riesgos como maximizar beneficios. Los profesionales deben ser honestos en la información sin alentar expectativas infundadas, informar al niño, niña o adolescente según su nivel de entendimiento y aceptar su deseo explícito de negarse a participar activamente en su tratamiento, es acá donde el equipo de salud se enfrenta habitualmente a conflictos éticos.

Los equipos de la salud deben ejercer el Principio de Justicia, el cual consiste en el reparto o distribución ecuánime, impidiendo la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios (122) La justicia tiene que ver con el trato justo e igualitario, la tolerancia frente a las diferencias religiosas, raciales, de identidad de género o culturales, la defensa de niños, niñas y adolescentes frente a inequidades, manipulaciones de los adultos, o cualquiera acción que suponga un perjuicio. En cuanto a la atención de niños, niñas y adolescentes, este principio refiere que se deben evitar las condiciones de inequidad en el acceso, a través del fortalecimiento de las condiciones necesarias para ello, siendo responsabilidad de los profesionales y de la institución (121).

Con respecto al principio de la Autonomía, los equipos de salud tienen la obligación de respetar los valores y las opciones de cada persona en las decisiones, sobre todo en aquellas que le afectan de manera vital. El principio de autonomía obliga moralmente a respetar y promover las decisiones de la persona en la gestión de su salud. Para considerar una decisión autónoma, debe cumplir con tres condiciones: un entendimiento adecuado de la información y de las probables consecuencias de la acción o situación; debe ser libre y voluntaria, sin coacción de ningún tipo; y con capacidad para decidir, lo cual es difícil de evaluar por los equipos de salud (119, 120, 123).

La niñez y adolescencia son concebidas como una etapa de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía. Esta mirada insta a garantizar, por una parte, el derecho de autonomía inherente a la condición de sujeto de derecho, y por otra, el derecho de los NNA a desarrollar progresivamente la capacidad para ejercer sus derechos. El proceso de adquisición de autonomía es paulatino, ello implica la capacidad de desarrollar un juicio propio, es decir tener la habilidad de comprensión y comunicación de información relevante, y de reflexionar y escoger sin obligaciones o manipulaciones; la capacidad de comprender alternativas existentes, el manifestar su predilección, plantear sus preocupaciones y preguntas atinentes. La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, pudiendo decidir por sí mismo, asumiendo las consecuencias que podría conllevar la decisión tomada.

Para promover la autonomía progresiva, los equipos de salud deberían estar preparados para conocer y otorgar adecuadamente la información que los niños, niñas y adolescente requieren para

comprender su situación de salud y alternativas de tratamiento, para resolver sus dudas acorde con su edad y capacidad de entendimiento; asó como asesorar y respetar sin ejercer presiones en la toma de decisiones, aun cuando no correspondan a los valores o creencias personales (121).

En este sentido, la finalidad de la participación en salud no es ayudar a los adolescentes a aceptar y asimilar los estándares cualitativos y valores cuantitativos de la salud desde la visión del mundo adulto, sino más bien contribuir al conocimiento, reconocimiento y respeto hacia las necesidades y problemas de salud de este grupo de la población, centrado en el autocuidado y etapa de ciclo vital que viven, desde su propia conceptualización y entendimiento.

BORRADOR



ANEXO N.º 2: ESTUDIO SOBRE EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EVIDENCIA INTERNACIONAL PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Metodología

La metodología que se utilizó para el desarrollo del estudio fue la revisión bibliográfica y el análisis documental con foco en la sistematización de políticas, planes y programas de intervención en salud mental infantil y adolescente a nivel internacional.

Es conveniente aclarar que no necesariamente implican políticas exclusivamente de salud mental infantil, pues en ocasiones se hallaron políticas nacionales de salud mental con directrices/orientaciones/capítulos que abordan a dicha población.

El universo de países a estudiar estuvo compuesto por aquellos que han adoptado en su acción las propuestas realizadas por el documento "Child and adolescent mental health policies and plans", formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005).

Los criterios de inclusión de los países fueron dos:

Pertinencia para el caso chileno, en términos socioculturales (casos a-c)-

Los más avanzados en sus formulaciones de política (casos d-h), es decir, aquellos países que recogieron tempranamente las líneas de acción propuestas por OMS (2005).

Así, la muestra de países cuyos documentos de políticas fueron revisados, quedó conformado por los siguientes ocho casos:

España, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013.

Colombia, Política Nacional de Salud Mental, 2018.

México. Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018.

Canadá, Changing directions, Changing lives, The Mental Health Strategy for Canada, 2012.

Escocia, Mental Health Strategy, 2017-2027.

Sudáfrica, National Mental Health Policy Framework, 2013-2020.

Australia, National Mental Health Policy, 2009.

Irlanda, Mental Health a Vision for Change, 2006.

En cada una de estas políticas se recogieron las referencias a los factores de riesgo y protectores de salud mental en niños y adolescentes, señalados por el documento de la OMS (2005) y presentados a continuación en la Tabla N°1

Tabla N.º 1: Factores de riesgo y protectores de salud mental en niños y adolescentes (OMS, 2005)

Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
Biológico	Exposición a toxinas durante el embarazo (por ejemplo, alcohol o tabaco)	Desarrollo físico acorde a la edad
	Tendencia genética al desorden psiquiátrico	Buena salud física
	Trauma encéfalo-craneal	Buen funcionamiento intelectual
	Complicaciones en el nacimiento (por ejemplo, hipoxia)	
	VIH-Sida	
	Malnutrición/obesidad	
	Otras enfermedades	
Psicológico	Problemas de aprendizaje	Habilidad para aprender de las experiencias
	Problemas adaptativos de personalidad	Buena autoestima
	Negación del abuso físico, psicológico y emocional	Alta habilidad para resolver problemas
	Temperamento problemático	Habilidades sociales
Social		
Familia	Conflictividad familiar	Apego familiar
	Patrones de cuidado parental inconsistentes	Oportunidades para involucramiento familiar positivo
	Baja o inconsistente disciplina familiar	Recompensas emocionales por involucramiento familiar

	Baja vigilancia parental/establecimiento de límites claros en el comportamiento infantil/adolescente	
Escuela	Fracaso académico escolar	Oportunidades para el involucramiento activo en la vida de la escuela
	Fracaso de la escuela en proveer un ambiente adecuado para asistencia escolar y aprendizaje	Retroalimentación positiva al logro académico
	Provisión de educación inadecuada/insuficiente	Identidad con la escuela o necesidad de logro educacional
Comunidad	Falta de solidaridad y confianza barrial/comunitaria (“eficacia comunitaria”)	Conexión con la comunidad
	Desorganización comunitaria	Oportunidades para el uso constructivo del ocio
	Discriminación/marginalización	Experiencias culturales positivas
	Exposición a la violencia	Modelos de roles positivos
	Falta de identidad y pertenencia residencial (“sentido del lugar”)	Recompensas por el involucramiento comunitario
	Transiciones o moviidades residenciales (por ejemplo, campo-ciudad)	Participación en organizaciones (por ejemplo, organizaciones religiosas)



Tabla N.º 2. Factores de riesgo reseñados en el diseño e instrumentación de políticas públicas sectoriales en salud mental en niños/as y adolescentes (el ámbito de la evidencia)

Componentes de evidencia revisada	Escocia <i>(Mental Health Strategy, 2017-2027)</i>	España <i>(Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013)</i>	Canadá <i>(Changing directions, Changing lives, The Mental Health Strategy for Canada, 2012)</i>	Colombia <i>(Política Nacional de Salud Mental, 2018)</i>	México <i>(Programa de Acción Específico de Salud Mental, 2013-2018)</i>	Sudáfrica <i>(National Mental Health Policy Framework, 2013-2020)</i>	Australia <i>(National Mental Health Policy, 2009)</i>	Irlanda <i>(Mental Health a Vision for Change, 2006)</i>	Suma
Ideación suicida		X	X	X	X		X	X	6
Pobreza material	X		X			X		X	4
Maltrato/abuso y violencia intrafamiliar/doméstica	X			X	X				3
Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas						X	X	X	3
Vigilancia y control parental en población escolarizada				X					2
Desinterés por la escuela / bajo involucramiento	X					X			2

asociativo con el medio escolar									
Tipología familiar reconstituida o monoparental	X								1
Discapacidad física	X								1
Deserción y fracaso escolar								X	1

BORRADOR



Tabla N.º 3. Componentes de estrategia relevantes para el diseño e instrumentación de políticas públicas sectoriales sobre salud mental infantil (el ámbito de la estrategia)

Componentes de estrategia	Escocia <i>(Mental Health Strategy, 2017-2027)</i>	España <i>(Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013)</i>	Canadá <i>(Changing direction, Changing lives, The Mental Health Strategy for Canada, 2012)</i>	Colombia <i>(Política Nacional de Salud Mental, 2018)</i>	México <i>(Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018)</i>	Sudáfrica <i>(National Mental Health Policy Framework, 2013-2020)</i>	Australia <i>(National Mental Health Policy, 2009)</i>	Irlanda <i>(Mental Health a Vision for Change, 2006)</i>	Suma
Vigilancia epidemiológica de la carga de trastornos mentales y neurológicos (por ejemplo, epilepsia, ansiedad o TDAH)		X		X	X	X			4
Erradicación del estigma y la		X				X	X	X	4

discriminación									
Intervención escolar dirigido a formar en “habilidades psicosociales para la vida” (tolerancia al fracaso, resiliencia emocional, destrezas interpersonales, comunicación efectiva de las emociones)				X		X	X	X	4
Perspectiva de género		X	X		X	X			4
Programas educativos para padres y apoderados sobre salud mental		X			X		X		3
Intervenciones psicosociales y psicoeducativas en zonas geográficas de riesgo		X	X				X		3
Tamizaje temprano de patologías psiquiátricas en hogares y clínicas con plan interdisciplinario de intervención y seguimiento			X				X	X	3
Programas de sensibilización escolar sobre sintomatología depresiva, abuso de sustancias y riesgo suicida			X			X		X	3



Consejería escolar en las escuelas (<i>pastoral guidance</i>)	X					X			2
Intervención psicosocial en el seno familiar dirigida a la gestión de los desafíos de desarrollo socioemocional de niños y adolescentes			X					X	2
Inclusión de tópicos de salud mental en el currículum oficial de las escuelas						X		X	2
Apoyo a los cuidadores			X				X		2
Intervención psicosocial y médica en salud mental con jóvenes y adolescentes con experiencia delictiva previa	X								1
Grupos minoritarios								X	1

BORRADOR



Tabla N.º 4. Referencias a la evidencia Factores de Riesgo en salud mental infantil y adolescente mencionados en las Políticas y Programas Nacionales.

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual) ¹	Referencia de la Evidencia
Ideación suicida	España	Las tentativas de suicidio registradas en los hospitales presentan una elevada variabilidad entre las CC.AA. y un total sumamente bajo (11 altas por 100.000 habitantes) lo que induce a pensar en la existencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación, pudiendo existir casos de infra-registro en las historias clínicas y/o infra-codificación de los mismos. En estudios de población general realizados en España se ha encontrado una prevalencia de ideas y planes de suicidio del 4,4% y del 1,5% de tentativas de suicidio, este último dato más frecuente en <i>mujeres jóvenes y con bajo nivel educativo</i> (p.31)	Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. <i>Medicina Clínica</i> 2007;129(13):494-500. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general.
	Canadá	“El suicidio tiene un impacto devastador en individuos, familias y comunidades en Canadá. El suicidio y los problemas y enfermedades de salud mental deben abordarse juntos. De los 4,000 canadienses que mueren todos los años como resultado del suicidio, la mayoría se enfrenta a un problema de salud mental. El suicidio y las enfermedades de salud mental también comparten muchos factores de riesgo y protectores” (p.17)	Canadian Association for Suicide Prevention. (2009). <i>The CASP national suicide prevention strategy</i> (2nd ed.). Recuperado de: www.suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2009/10/2010strategy-final-september.pdf
	Colombia	“La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental, no considerada como un diagnóstico en sí mismo. Tiene origen multifactorial y se ha definido como “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”. Su	Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Informe recuperado de: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/salud

	espectro incluye la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y el suicidio. (p.11)	mental_final_tomoi_color.pdf
México	“En el mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. La enfermedad mental participa del 13% de la carga global de enfermedad, constituye una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15-35 años, esto último influido por el suicidio” (p.30)	Organización Mundial de la Salud (2011). <i>Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México IESM-OMS</i> . Instituto Nacional de Psiquiatría.
Australia	Los problemas de salud mental y las enfermedades mentales son, a su vez, factores de riesgo para el suicidio. Otros indicadores clínicos, como una historia previa de autolesiones, también se identifican con un mayor riesgo de suicidio. Los factores de riesgo para el suicidio son complejos, y las interacciones entre ellos son poco conocidas. Una serie de factores sociales, como la pobreza y los recientes acontecimientos estresantes de la vida, también pueden elevar el riesgo de suicidio, particularmente cuando se combina con vulnerabilidades subyacentes” (p.14)	<i>The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan</i> (2017). Recuperado de: https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2017/10/apo-nid114356-1220416.pdf
Irlanda	“La evidencia internacional sugiere fuertemente que el suicidio y comportamiento suicida no es simplemente una respuesta a un agente estresor, sino, más bien, el resultado de una acumulación de situaciones estresantes, lo que lleva a una sensación de atrapamiento y desesperanza” (p.159)	Hawton K., and van Heeringen, K., (2000) <i>Suicide and Attempted Suicide</i> . Williams, J.M.G. (1997). <i>Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-harm</i> . Harmondsworth: Penguin

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual)	Referencia de la Evidencia
Maltrato/ abuso y violencia intrafamiliar/doméstica	Escocia	“Comprender y abordar las experiencias adversas de la infancia (ACE) es importante para la salud mental y el bienestar actual y futuro de los niños. Servicios universales – para ejemplo, los visitantes de salud, las parteras y las enfermeras escolares pueden desempeñar un papel crucial en ayudar a reducir la incidencia y el impacto de los ACE y apoyar la buena salud mental, la prevención e intervención temprana, especialmente para niños y familias vulnerables” (p.15)	Children and young people’s mental health (2018). Recuperado de: https://www.audit-scotland.gov.uk/uploads/docs/report/2018/nr_180913_mental_health.pdf
	Colombia	“Del mismo modo, el estudio reciente del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina encontró una relación directa entre la violencia doméstica y la afectación de la salud de la mujer y de sus hijos a corto plazo. Perú y Colombia cuentan con las tasas más altas de violencia física (aproximadamente 40%), mientras en los demás países este indicador registra un menos del 20%” (p.15)	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2017 [en línea]. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82
	México	“Dependiendo del contexto social, algunas personas pueden tener un riesgo mayor a sufrir problemas de salud mental, como es el caso de las personas con problemas de salud crónicos, los menores expuestos al maltrato o abandono, las personas que por su condición de preferencia sexual u origen cultural estén sometidas a discriminación, o las personas víctimas de desastres naturales o emergencias humanitarias. Además de elementos macroeconómicos como la crisis financiera, que aumentan las dificultades de muchas familias generando trastornos mentales relacionados al maltrato, violencia y exceso de trabajo”	Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. (2013). Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo 132.a reunión.

	(p.29).	
--	---------	--

¹ Metodológicamente, se seleccionó la cita que más énfasis hacía al factor de riesgo y su relación con la evidencia consultada en el texto. Generalmente, la evidencia consultada por la política se anexa al final del texto, en el listado de referencias.

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual)	Referencia de la Evidencia
Vigilancia y control parental en población escolarizada	Colombia	“También se presentan determinantes intermedios y proximales (de la violencia interpersonal), que inciden en las violencias, como el déficit en las habilidades sociales, el mal manejo de las emociones y del estrés, inadecuadas pautas de crianza, el bajo involucramiento parental y las débiles pautas educativas para formación de competencias y cultura ciudadana” (p.16)	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2017 [en línea]. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual)	Referencia de la Evidencia
Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas en niños y adolescentes	Sudáfrica	“Sudáfrica también tiene grandes desafíos con respecto al abuso de sustancias (incluido el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas). Sudáfrica tiene la mayor incidencia de abuso de alcohol en el mundo, después de Ucrania. Hasta hace poco, Cabo del Oeste tenía algunas de las tasas más altas de síndrome de alcoholismo fetal (FAS) en el mundo, pero ahora ha sido superado por El Cabo del Norte. En el Cabo Occidental hay una creciente epidemia de metanfetamina (tik). El cannabis es de las drogas ilícitas más comunes en el país, con un uso particularmente alto entre los jóvenes. Las consecuencias de estos patrones. de	Kleintjes S, Flisher A, Fick M, Railon A, Lund C, Molteno C et al. (2006) The prevalence of mental disorders among children, adolescents and adults in the Western Cape, South Africa. <i>South African Psychiatric Review</i> , 9:157-160.

		abuso de sustancias incluyen un mayor riesgo de trastornos mentales, delincuencia y violencia y lesiones automovilísticas”	
	Australia	“Existen múltiples factores de riesgo para problemas de salud mental. Algunos de los factores pueden actuar como precursores inmediatos de problemas de salud mental y enfermedades mentales. Estos incluyen el duelo, quiebre de una relación, el desarraigo de redes de apoyo familiares y sociales, estar en la situación de cuidador de una persona con enfermedad mental, el desempleo, entre otros eventos. Otros son a más largo plazo e incluyen predisposición biológica y eventos adversos en la infancia, incluyendo privación y abuso. Algunos factores de riesgo están vinculados al individuo, como uso de drogas y alcohol y problemas de salud física” (p.4).	Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven de Haan K, Sawyer M, Ainley J et al. (2015). <i>The mental health of children and adolescents</i> . Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health. https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/\$File/child2.pdf

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual) ⁷	Referencia de la Evidencia
Desinterés por la escuela / bajo involucramiento asociativo	Escocia	“Un mayor compromiso con el medio escolar está asociado con menores síntomas de enfermedad mental y mayor bienestar” ⁸ (p.781)	Patalay, P. & Fitzsimons, E. (2016). Correlates of Mental Illness and Wellbeing in Children: Are They the Same? Results From the UK Millennium Cohort Study. <i>Journal of The American Academy of Child &</i>

⁷ En este caso, la cita aplica sobre el artículo de referencia.

con el medio escolar			<i>Adolescent Psychiatry</i> 55 (9), 771-783.
	Sudáfrica	“La mayoría de los trastornos mentales tienen su origen en la infancia y la adolescencia. Aproximadamente el 50% de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años. En Sudáfrica, la adversidad infantil se ha asociado significativamente con trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y consumo problemático de sustancias. Cada uno de estos factores aumentó significativamente las posibilidades de que los estudiantes no completaran la escuela secundaria” (p.13)	Myer L, Stein DJ, Jackson PB, Herman AA, Seedat S, Williams DR. (2009). Impact of common mental disorders during childhood and adolescence on secondary school completion. <i>South African Medical Journal</i> 99(5):354-356

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual) ⁹	Referencia de la Evidencia
Tipología familiar reconstituida o monoparental	Escocia	“Vivir en una familia con solo un padre/madre disminuía significativamente las chances de que las niñas reportaran sentirse felices” (p.607) “Vivir en una familia reconstituida aumentaba significativamente las chances de que las niñas reportaran una mala salud subjetiva” (p.607)	<i>European Journal of Public Health</i> , 19: 605-610.

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual)	Referencia de la Evidencia
Discapacidad física	Escocia	“Es crucial considerar las necesidades de salud mental de niños y jóvenes discapacitados. Algunos serán discapacitados debido a condiciones de salud	Psouni E, Perez Vicente R, Dahlin LB, Merlo J (2018) Psychotropic drug use as indicator of mental health in

⁹ En este caso, la cita aplica sobre el artículo de referencia.

		mental que afectan sus vidas, mientras que otros experimentarán una mala salud mental como resultado de su impedimento físico o afección a largo plazo, incluso cuando eso no sea una discapacidad. Los niños con problemas de salud física tienen probabilidades cuatro veces más altas de experimentar ansiedad, bajo estado de ánimo y angustia psicológica que otros y tienen un mayor riesgo de padecer dificultades de salud psicológica” (p.15)	adolescents affected by a plexus injury at birth: A large population-based study in Sweden. <i>PLoS ONE</i> 13(3): e0193635. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193635
--	--	--	--

Factor de riesgo	País	Referencia de la Política (cita textual)	Referencia de la Evidencia
Pobreza material	Sudáfrica	<p>“La relación entre pobreza y mala salud mental se ha descrito como un "círculo vicioso": las personas que viven en la pobreza tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales a través del estrés de vivir en la pobreza, mayores riesgos obstétricos, falta de apoyo social, mayor exposición a la violencia y peor salud física.</p> <p>Por otro lado, quienes viven con enfermedades mentales corren un mayor riesgo de caer en la pobreza (o permanecer en ella), como resultado de aumento del gasto en salud, pérdida de ingresos, reducción de la productividad, pérdida de empleo y exclusión social debido a estigma” (p.13)</p>	<p>Patel V, Kleinman A. (2003) Poverty and common mental disorders in developing countries. <i>Bulletin Of The World Health Organization</i>; 81(8):609-615.</p> <p>Flisher AJ, Lund C, Funk M, Banda M, Bhana A, Doku V et al. (2007). <i>Mental health policy development and implementation in four African countries. Journal of Health Psychology</i>, 12(3):505-516.</p>
	Canadá	<p>“Algunos factores, como la pobreza y la falta de vivienda, se encuentran fuera del ámbito de los sistemas de salud mental. Sin embargo, es importante reconocer el impacto de éstas y otras condiciones sociales en salud mental e identificar cambios relevantes en las políticas tanto en las esferas públicas como privadas” (p.15)</p>	<p>New Brunswick, Ministry of Social Development. (2009). <i>Overcoming poverty together: The New Brunswick economic and social inclusion plan</i>. Recuperado de</p>

			http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/Plan-e.pdf
	Escocia	“La pobreza y la exclusión social pueden aumentar la probabilidad de enfermedad mental, y ésta puede, a su vez, aumentar aún más la exclusión y la situación de pobreza” (p.11)	Scottish Government (2016, febrero). A National Clinical Strategy for Scotland, p21, table of Longstanding illness by Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD) quintiles 2014, http://www.gov.scot/Resource/0049/00494144.pdf ; Ben Fell and Miles Hewstone, June 2015, <i>Psychological Perspectives on Poverty</i> , Joseph Rowntree Foundation Report, pp.19-23
	Irlanda	“La pobreza y la enfermedad mental forman un círculo vicioso: la pobreza es a la vez una causa importante de problemas mentales salud y una posible consecuencia de ello. El ensanchamiento de las disparidades en la sociedad o los cambios económicos en los cursos de vida de las personas parecen ser de particular importancia aquí. Ya sea definido por ingresos, nivel socioeconómico, condiciones de vida o nivel de educación, la pobreza es un determinante importante de discapacidad mental y se asocia con una menor esperanza de vida y una mayor prevalencia de abuso de alcohol y drogas, depresión, suicidio, comportamiento antisocial y violencia” (p.37)	WHO Regional Committee for Europe, Fifty-third session, Vienna, 8-11 September 2003. www.euro.int/documents/rc53/edoc07.pdf

