

Desafíos en la construcción de un marco de conocimientos que permita la intervención en salud mental en la niñez y adolescencia.

Dr. Mario Valdivia.

Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Profesor Titular Universidad de Concepción

INTRODUCCION

Estamos enfrentado a un desafío mayor, ¿Cómo logramos articular las distintas etapas que van desde la generación de conocimiento relevante en salud mental en la niñez y adolescencia hasta que éste tenga un impacto real en la vida de los niños, niñas y adolescentes? Este proceso lo podríamos desglosar en varios componentes, que van desde la generación del conocimiento a través de la investigación, el como este conocimiento se difunde a través de la formación y educación, de cómo este conocimiento logra tener impacto en las políticas públicas que dicen relación con niñez, adolescencia y salud mental, pero también, desde una perspectiva interaccional, como las acciones que se realizan, a partir de este conocimiento permiten la generación de nuevo conocimiento.

Los temas de niñez y adolescencia, que deberían ser un motivo de interés constante en toda sociedad, han adquirido especial connotación pública en nuestro país en los últimos tiempos debido a los casos surgidos en la red de protección de la infancia que debería proveer el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Si bien esta es un problemática de suma gravedad ya que afecta a los más vulnerables y desposeídos, no nos debe hacer olvidar a todos los niños, niñas y adolescentes del país que presentan problemas de salud mental y para los cuales los recursos aun son escasos, y muchas veces inexistentes.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS.

En nuestro país, todos los estudios efectuados refleja el impacto de los problemas de salud mental en la salud global de nuestra población; así por citar algunos ejemplos el estudio de Vicente y Cols. muestra que un 22,3% de la población nacional de 15 años y más presenta algún diagnóstico psiquiátrico¹, un estudio de Araya (2001)²

¹ Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECPP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536.

muestra que sobre un 25% de los consultantes en atención primaria presentaban cuadros psiquiátricos comunes medidos por el CIS-R, un estudio de Florenzano³ en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente en 1998 mostraba que un 31,3% de los consultantes en atención primaria presentaba como motivo de consulta según el médico algún tipo síntoma psicológico, y que un 53,5% de los consultantes en atención primaria de ese mismo servicio había presentado algún tipo de trastorno psiquiátrico en el último mes. Esto es particularmente cierto cuando hablamos de niños y adolescentes, los estudios publicados por Vicente y Cols.^{4 5} muestran que en Chile, un 22,5% de los niños y adolescentes presentan alguna patología de salud mental asociada a impedimento severo, cifra que aumenta al 38,3% si no consideramos el impedimento. Al considerar patologías específicas, vemos que un 10,3% presenta déficit atencional (cifra que aumenta al 18,1% si no consideramos impedimento), y un 8,3% presenta trastornos ansiosos (cifra que aumenta al 15,8% si no consideramos impedimento). Al considerar situaciones clínicas fuertemente vinculadas a la salud mental como lo son el maltrato infantil y el intento de suicidio, las cifras son aun más alarmantes. Así un estudio de la UNICEF⁶ plantea que el 2012 el 62,2% de los menores reportaba haber experimentado algún tipo de violencia psicológica, y un 28,2% haber sufrido violencia física severa. En relación al intento de suicidio, las revisiones efectuadas en población adolescente en distintos sitios del país revelan que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes alcanza cifras alarmantemente altas que fluctúan entre 10,8 y 25,9% de prevalencia de vida para este grupo etario⁷.

² Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 228-233.

³ Florenzano Urzúa, R., Acuña Rojas, J., Fullerton, U., & Castro, M. (1998). Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Rev. méd. Chile*, 126(4), 397-405.

⁴ Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., ... & Melipillán, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026-1035.

⁵ Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457.

⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). 4º Estudio de Maltrato infantil en Chile, Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006 - 2012.

⁷ Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*, 143(3), 320-328.

EL PRESUPUESTO EN SALUD MENTAL Y SU IMPACTO EN EL QUEHACER CLINICO

Al analizar el porcentaje que el presupuesto para el programa de salud mental representa en el presupuesto global del sector salud (que a su vez corresponde al 7% del PIB) vemos que la cifra no superaba el 2,16% el año 2012; esto nos coloca entre los países de ingresos medios bajos y los países de ingresos medios alto y muy por debajo de los países de ingresos alto⁸. De esto, podemos suponer que menos de la mitad estaría destinado específicamente a niños y adolescentes.

Estas limitaciones presupuestarias tienen absoluto reflejo en el quehacer clínico. El nivel de resolución de la APS frente a problemas de salud mental de la niñez y adolescencia sigue siendo muy bajo, y existe una gran variabilidad en cuanto a experiencia, capacitación y permanencia entre los equipos de los distintos dispositivos. De tal forma que en los CESFAM no se asignan suficientes horas médicas a los programas de salud mental, no existen cargos para psicólogos especialistas en niñez y adolescencia, no hay o faltan terapeutas ocupacionales. Cuando se dispone de los recursos profesionales, frecuentemente los psicólogos no cuentan con entrenamiento ni instrumentos de psicodiagnóstico para niños y adolescentes; los médicos muchas veces carecen de la capacitación y experiencia necesaria, lo que se hace incluso más difícil de lograr si consideramos la alta rotación de estos profesionales; los arsenales farmacológicos son muy limitados y en muchos establecimientos resulta imposible el tratamiento farmacológico de una patología tan prevalente como el trastorno hiperactivo por no contarse con psicoestimulantes. No todos los centros de APS cuentan con consultorías en salud mental infanto-juvenil, herramienta de vital importancia para aumentar el nivel de resolutivez. Si consideramos que APS no sólo debe ser la puerta de entrada al sistema de salud, sino además, el lugar donde se deberían resolver la mayor parte de las demandas, claramente es un imperativo el mejorar la capacidad técnica de estos equipos.

En el nivel secundario de atención también existen dificultades, en muchos servicios de psiquiatría infantil, la dotación de personal técnico es escasa con lo que se limita el impacto de sus actividades; los especialistas en psiquiatría del niño son insuficientes, de la misma forma que lo son los psicólogos, trabajadores sociales, educadores, enfermeros universitarios y terapeutas ocupacionales con experiencia y

formación en niñez y adolescencia. Por otra parte la distribución de los recursos es claramente inequitativa, hay servicios y comunas, habitualmente en los grandes centros urbanos, con dotaciones de profesionales capacitados y con experiencia que permiten resolver los problemas de salud mental infanto-juvenil a una parte importante de la población asignada, y otros vastos territorios del país en que existen muy escasos recursos y pocas posibilidades de atención por especialistas o a grandes distancias y sin la frecuencia necesaria. Pero incluso en los lugares que cuentan con equipos secundarios bien constituidos, éstos se ven frecuentemente superados por el alto nivel de demanda dado por la alta prevalencia de estas patologías y por el insuficiente nivel de resolución por parte de la atención primaria. A esto debemos sumar que no se logra cubrir todos los niveles de atención y la articulación entre los distintos actores se hace compleja duplicándose esfuerzos en algunas áreas y dejando otras sin coberturas.

LA SITUACIÓN ACTUAL EN LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD MENTAL INFANTO ADOLESCENTE

A la escases de recursos económicos que nos hemos referido en el acápite anterior, debemos agregar la muy poca disponibilidad de recursos humanos capacitados en las temáticas de salud mental de la niñez y adolescencia. Esto es válido tanto para la formación en temas de salud mental para todos los profesionales de la salud; como también en el nivel de la formación de especialistas. De esta manera, la falencia a nivel formativo se refleja en los curriculum y programas de formación de profesionales de salud. Vemos que las asignaturas que guarda directamente relación con salud mental ocupan un espacio muy disminuido en relación a otras asignaturas clínicas, y que en éstas, los aspectos específicos de salud mental en niños y adolescentes, ocupan habitualmente menos de un 10% de estos contenidos. Los aspectos psicoemocionales y del desarrollo casi no son considerados en las otras asignaturas clínicas. Los contenidos, cuando se imparten, se hacen de modo principalmente teórico, con muy escasas posibilidades de adquirir destrezas prácticas que le permitan, posteriormente, al profesional desempeñarse e intervenir eficientemente para ayudar a niños, niñas y jóvenes con problemas de salud mental desde una perspectiva de salud integral. De esta forma no resulta extraño que haya médicos que sólo han adquirido conocimientos

⁸ Ministerio de Salud de Chile-OMS (2014). WHO-AIMS Sistema de Salud Mental en Chile; Segundo Informe

teóricos pero que nunca han participado de la atención de un niño o adolescente. De la misma forma, se puede dar la paradoja que, muchos psicólogos egresen de las diversas universidades sin haber efectuado nunca un tratamiento de salud mental a un niño o adolescente dependiendo del área en la cual efectúen su práctica. Esta pobre formación de pregrado es una cómplice importante en la pobre capacidad resolutive del nivel primario para la patología de salud mental infantil. Lo cuál se hace especialmente preocupante si consideramos que, en el programa de salud mental, una gran parte de las acciones de salud mental se deben realizar justamente en el nivel primario de atención.

Así como a nivel de pregrado la brecha es de la calidad de la formación en los contenidos y competencias necesarias para desempeñarse como profesional no especialista en la red de salud, en el nivel del postgrado y la especialización la dificultad se centra más bien en el número de especialistas que se forman. Aunque la cantidad de médicos especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente prácticamente se ha triplicado gracias a un sostenido aumento del número de centros formadores; a las dos universidades que existían a mediados de los noventa (Universidad de Chile y Universidad de Santiago), se le han sumado siete (Universidad Católica, Universidad Católica del Norte, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad Diego Portales, Universidad Católica de la Santísima Concepción y Universidad de la Frontera) a lo que debemos agregar que, al menos una universidad más que está trabajando en el diseño de un programa de especialización (Universidad Austral), contribuyendo así no sólo al aumento en el número de especialistas sino también a una importante descentralización de la oferta de formación. Sin embargo la brecha aun es importante, sobre todo en las regiones.

Hemos visto además, como han surgido programas de especialización en psicoterapia y psicología del niño y del adolescente en las principales universidades del país, mejorando así la preparación técnica de psicólogos clínicos. Y la aparición de diplomados en salud mental infanto juvenil orientados a profesionales de la atención primaria, lo cual también ha contribuido a que contemos con un mayor número de profesionales con especialización, o al menos entrenamiento, en el área. Sin embargo, aun hay que definir modelos y áreas prioritarias y estandarizar conocimientos básicos indispensables para el desempeño responsable en el campo.

LOS AVANCES Y EL ESTADO ACTUAL

Aunque la situación actual dista mucho de ser óptima y estamos enfrentados a múltiples y difíciles desafíos, no es menos cierto que se ha avanzado de un modo notable en las últimas dos décadas. Así, a mediados de los noventa sólo existía equipos de psiquiatría infantil en los principales hospitales pediátricos de Santiago, la formación de especialistas universitarios estaba limitada casi exclusivamente a la Universidad de Chile, a la que recién se sumaba la Universidad de Santiago, la brecha de especialistas parecía insalvable, la mayoría de los centros de salud de atención primaria (consultorios en ese entonces, actualmente CESFAM) no contaban con psicólogos, y cuando los había, habitualmente no tenían entrenamiento en atención niños. Desde un punto de vista de normativas y legislaciones, el panorama no era más alentador, no se contaba con protocolos ni normativas, y, salvo maltrato infantil, no existían guías clínicas para ninguna patología de salud mental de inicio en la niñez. Pero, en las últimas dos décadas hemos visto progresos relevantes.

Desde las duplas psicosociales iniciales se ha evolucionado a Programas de Salud Mental en la gran mayoría de los centros de salud familiar (CESFAM), muchos de los cuales cuentan con psicólogos, trabajadores sociales y médicos con algún grado variable de capacitación en la problemática de salud mental de niños y adolescentes.

En la atención de especialidad ha habido un notorio aumento de los centros ambulatorios que prestan atenciones a lo largo del país y también ha habido un muy positivo aumento de las unidades de hospitalización para niños y adolescente con patología psiquiátrica aguda, de un único centro existente a mediados de los noventa, en el Hospital Roberto del Río en la Región Metropolitana, hemos evolucionado a 17 unidades distribuidas a lo largo del país.

Desde la formación de pregrado se ha producido un aumento en la capacitación a los futuros profesionales de salud. Y se ha observado un importante aumento en cuanto a la cantidad de horas de docencia recibidas. También ha crecido considerablemente la oferta de formación para médicos y psicólogos para adquirir la especialidad.

Por otra parte, han surgido una serie de programas especializados bajo el alero del MINSAL y de SENAME, destinados a intervenir y a apoyar a niños en situaciones de vulneración, programas residenciales y ambulatorios destinados a trabajar con niños víctima de maltrato (PRM), o de explotación sexual (PEES), programas ambulatorios intensivos particularmente orientados a jóvenes con consumo de drogas (PAI), programas de intervención especializada (PIE) y programas de prevención focalizada,

especialmente orientados a familias disfuncionales (PPF), son parte de la oferta distribuida a lo largo del país.

Además se han desarrollado una serie de planes y programas en la línea del fomento y la prevención, algunos muy exitosos. Iniciativas tales como “Un buen comienzo”; “Chile crece contigo”; “Quiero mi vida sin drogas” o el descanso postnatal extendido, van todas en la línea de potenciar las condiciones que permitan un desarrollo psico-emocional sano y productivo en nuestros niños y niñas.

A nivel de normas, guías clínicas y protocolos también ha habido avances. Hoy se cuenta, entre otras, con guías clínicas para la atención integral de niños con trastorno hipercinético; guías clínicas GES para consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años; guía clínica para la detección y diagnóstico de los trastornos del espectro autista; guía clínica para el tratamiento de adolescentes entre 10 a 14 años con depresión, y con orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental.

El modelo comunitario, con el desarrollo de una red temática en salud mental del niño y del adolescente, que implica un gran avance en el modo de enfrentar este tema, nos impone nuevos desafíos a resolver.

Otro aspecto a resolver está dado por la creciente complejidad clínica de muchos de los niños y jóvenes actualmente bajo la protección de SENAME que viven en centros residenciales de administración directa o bajo la supervisión de SENAME. Se trata de niños y adolescentes en los que confluye graves situaciones de vulneración y abandono, familias inexistentes o incapaces de brindar cuidados al menor, demandas psicosociales de gran magnitud, y simultáneamente, una alta severidad y complejidad dada por la psicopatología del menor. Estos son jóvenes que imponen una gran tensión y demanda en los sistemas de protección que claramente no están preparados ni dotados de los recursos clínicos necesarios para hacerse cargo de los cuidados residenciales de estos menores. El sistema de salud a su vez, si bien puede contar con los recursos clínicos para brindar los cuidados que estos niños y jóvenes requieren, no está diseñado desde la óptica residencial (son unidades de corta estadía en hospitales, donde un paciente no debería permanecer más de dos meses, idealmente menos de un mes), y por lo tanto el prolongar las estadas, no sólo resulta dañino desde el punto de vista del desarrollo, sino que le priva de acceso a la socialización, a la educación y a todos los espacios a los que un joven debería acceder. Esta es un área donde resulta necesario intensificar el dialogo entre SENAME y Salud, donde se debe diseñar nuevas soluciones, posiblemente

dispositivos residenciales de larga estadía con capacidad de brindar cuidados clínicos de alta intensidad y complejidad y que cuenten con una dotación mixta de personal entre salud y SENAME. De la misma manera se debe trabajar en el desarrollo de comunidades terapéuticas cerradas de larga estadía para tratamientos de rehabilitación en adolescentes con consumo de drogas, y, muy probablemente, de unidades de rehabilitación conductual que permitan trabajos de largo aliento con jóvenes que requieren reconstruir sus vidas y sus historias de aprendizaje.

También son indiscutibles los avances en la generación de conocimientos, fuertemente impulsado por las universidades y la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, hemos visto el surgimiento de una serie de publicaciones de alto impacto, que no sólo permiten un avance del conocimiento científico y académico, sino que, además, entregan un fundamento epidemiológico sólido y realista para la planificación de políticas públicas y la asignación de recursos.

Resulta entonces indiscutible que ha habido grandes avances y progresos, y que hemos caminado un largo trayecto desde la precariedad de mediados de los noventa. Pero aún quedan grandes brechas y desafíos que enfrentar.

¿CUÁL ES EL ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE?

La investigación en salud mental en nuestro país se encuentra posiblemente en una etapa intermedia, es cierto que han surgido proyectos con impacto a nivel nacional, e incluso algunos a nivel internacional, también es cierto que estos proyectos solo representan una fracción del total de investigaciones financiadas por los organismos estatales y universitarios. De hecho en el año 2007 sólo el 2,3% de los proyectos aprobados por FONDECYT correspondían al área de psicología lo que implicaba el 1,3% de los recursos asignados⁹.

En un estudio de la OPS que analizaba la situación de la investigación en salud en 5 países de América Latina en los años 90 se identificó como características comunes el predominio de la investigación aplicada por sobre la investigación básica y de desarrollo tecnológico, un aumento de la participación de las mujeres en la investigación en salud, especialmente entre los investigadores más jóvenes; y la ausencia de multi o

⁹ Urzúa, A. (2008). Elementos contextuales a la investigación en psicología en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 446-461.

interdisciplinariedad de la investigación en salud ¹⁰

En un estudio que exploraba la percepción de investigadores en Salud Mental en Latinoamérica se determinó La producción de investigación en salud mental y neurológica en países Latinoamericanos es escasa, debido principalmente a la carencia de recursos financieros y humanos, incluyendo el casi ausente apoyo de agencias gubernamentales. Los pocos proyectos de investigación que se llevan a cabo son financiados mayormente con recursos propios de los investigadores. Pocas políticas, intervenciones o programas son generados a partir de resultados de investigación.¹¹

En esa misma línea podemos observar que de las investigaciones financiadas por el FONIS (Fondo Nacional de Investigación para la Salud) se focalizan todavía en el nivel asistencial y no en la red de atención primaria ni en la red de servicios de salud¹²

Por otra parte, si revisamos la publicaciones en revistas nacionales y a congresos, veremos que todavía un número importante son investigaciones espontáneas, sin financiamientos específicos y muchas veces hechas de forma casi artesanal. De esta forma es explicable el bajo nivel de publicaciones en revistas indexadas y el impacto solo parcial que la investigación local está teniendo en la toma de decisiones, normas y políticas en salud en general y en salud mental infantojuvenil en forma particular.

Pese a que los objetivos sanitarios 2011-2020 reconocen la utilidad de la investigación en salud en la toma de decisiones de política pública a través de cuatro estrategias: formular prioridades, incentivar la investigación, desarrollar las capacidades investigativas del sistema y promover la transferencia del conocimiento. Al estudiar la realidad de la brecha entre la investigación y la formulación de políticas públicas se evidencia dificultades importantes en la ciencia que dificultan la priorización de la salud mental infanto-juvenil en la agenda gubernamental, entre las cuales, se incluye el predominio del enfoque de los factores de riesgo y la ausencia de soluciones concretas vinculadas a la realidad socio-política del país¹³.

¹⁰ Pellegrini, A. (1992). Introducción en La Investigación en Salud en América Latina. *Estudio de países seleccionados. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica*, (543).

¹¹ Fiestas, F., Gallo, C., Poletti, G., Bustamante, I., Alarcón, R. D., Mari, J. D. J., ... & Mazzotti, G. (2008). What challenges does mental and neurological health research face in Latin American countries?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 328-336.

¹² Vidales, A. (2007). La investigación aplicada en salud en Chile: análisis de proyectos de investigación pertenecientes al Fonis. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11(3), p-158.

¹³ Orrego, V. (2017). Investigación y política en salud mental infanto-juvenil en Chile. Revisión sistemática, 2000-2015. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 5, 66-82.

No obstante lo anterior, ha sido posible observar un número cada vez mayor de investigaciones que abordan el tema de la salud mental y sus efectos en la población ; sin embargo éstas se centran en en problemáticas relacionadas con patologías y enfermedades y muy pocas las que valoran los aspectos comunitarios de salud mental o los aspectos positivos¹⁴.

¿COMO ENFRENTAMOS EL DESAFIO?

A partir de la descripción de las dificultades y de los avances que se han hecho para intentar salvarlas, surgen múltiples interrogantes, y es para dar respuesta a dichas interrogantes de un modo consistente y fundamentado en la evidencia que se hace necesario potenciar la investigación en nuestro campo. Es un imperativo contar con respuestas que nos orienten en la toma de decisiones, asignación de recursos, diseño de políticas.

Preguntas relevantes como ¿dónde focalizamos recursos, en una red de atención primaria o en aumentar el acceso a la atención de especialistas?; ¿cuál es el mejor modelo de hospitalización para niños niñas y adolescentes?; ¿cuáles son las competencias en salud mental infantojuvenil que debería haber desarrollado un médico general, un psicólogo, un trabajador social, un kinesiólogo, un educador, una parvularia?; ¿cuáles son las características de las comunidades terapéuticas destinadas a ayudar a adolescentes en procesos de rehabilitación del consumo de drogas?; ¿se requieren centros residenciales de alta complejidad clínica para niños o jóvenes con patología psiquiátrica grave que no pueden residir con sus familias?; ¿es lícito privar de libertad a adolescentes o niños que no son legalmente infractores de ley para protegerles de daños potenciales?; ¿es la respuesta más eficiente que los centros residenciales de SENAME, como los CREAD y algunos REMPER cuenten con equipos clínicos de psiquiatras y psicólogos y efectúen tratamientos?; ¿es una buena práctica la compra de servicio a psiquiatras y neurólogos por parte de corporaciones educacionales municipales para emitir informes a niños después de evaluaciones rápidas para su incorporación al decreto 170?

¹⁴ Camargo, J., Pedraza, J., Doncel, A. O., Restrepo, L., & Cortés, C. (2017). Tendencias de investigación en ciencias de la salud sobre la salud mental y su orientación comunitaria. *Carta Comunitaria*, 24(137), 41-47.

El listado de preguntas podría continuar casi sin límites, y ha llegado el momento de comenzar a generar respuestas. A continuación propongo algunas estrategias.

- a. Potenciar desde CONYCIT líneas de investigación prioritaria en temáticas de salud mental en niñez y adolescencia.
- b. Sistematizar la evaluación de las múltiples prácticas y modelos de intervención actualmente en desarrollo por distintas entidades públicas y privadas. Para ellos es posible pensar en alianzas entre dichas entidades y casas de estudio con alumnos de pre y postgrado.
- c. Efectuar reuniones y generar grupos de trabajo que desarrollen un análisis crítico de los resultados obtenidos en dichas investigaciones y permitan la obtención de conclusiones que sean válidas y aplicables tanto en el quehacer clínico como en el diseño de políticas.
- d. Promover la formación y funcionamiento de mesas de trabajo a nivel local enfocadas en los temas de la infancia donde confluyan el mudo académico, los investigadores, y los distintos proveedores de cuidados y atenciones incluyendo salud, sistema proteccional, justicia y educación. Estas mesas deberían ser capaces de diseñar respuestas aplicables a las realidades locales basadas en las evidencias científicas y en las buenas prácticas implementadas en otras regiones.
- e. Fomentar el intercambio y vínculo entre los distintos equipos que trabajan a lo largo del país para efectuar análisis comparativos, compartir experiencias y promover proyectos colaborativos.
- f. Desde un punto de vista de la provisión de cuidados, generar una eficiente articulación e integración de la red de servicios de salud con sus múltiples dispositivos y diversos niveles de complejidad con actores de educación, SENAME y sistemas de protección, JUNAEB, Tribunales de Familia, SENDA por citar sólo a los actores principales. Esto hace necesario proveer los espacios y los tiempos para el dialogo, el encuentro y la coordinación, tema particularmente difícil si consideramos que muchos de los profesionales que componen esta red ya se encuentran completamente copados por la demanda que implica la asistencialidad.
- g. En el aspecto de intervenciones con niños y jóvenes de poblaciones especiales como lo son los que han sufrido vulneración de derechos, los migrantes, los pertenecientes a minorías étnicas, los grupos LGBT, los jóvenes infractores de ley, los meores con patologías psiquiátricas severas invalidantes y crónicas con un alto nivel de

discapacidad resulta necesaria una mayor homogenización en las prácticas clínicas y estándares de calidad de los diversos programas relacionados, ya que es posible constatar un gran dispersión tanto en los modelos aplicados como, lo que resulta más preocupante, en la calidad y rigurosidad de las atenciones.

h. Diseñar medios de acceso eficiente desde los grupos de trabajo tanto en investigación como en provisión de servicios a los legisladores, para permitir una toma de decisiones y generación de políticas basada en la información científica relevante y pertinente y no sólo en ideologías.

CONCLUSIONES.

Son momentos desafiantes en nuestro campo, se dan la paradoja que, pese a la cantidad de recursos invertidos en el campo, las respuestas son insuficientes, es el momento de renovar un profundo compromiso con la niñez y, particularmente, con la niñez que ve dañada su salud mental. Es el momento de aunar esfuerzos, de generar conocimiento, de dotar de rigurosidad científica al actor clínico de terreno, de dotar de realismo y urgencia al investigador. Debemos ser capaces de cuantificar, clasificar, elaborar, proponer, inventar, aplicar. Debemos ser capaces de sentarnos en una misma mesa educadores, clínicos comunitarios, secundarios y terciarios, investigadores, legisladores, gestores, jueces y todo aquel que juega un rol en el fomento de la salud en nuestra comunidad. Pero debemos llegar a esa mesa generosamente, con conocimientos serios y profundos, pero no a imponer nuestras visiones, sino que dispuestos a colaborar, a escuchar, a aprender los unos de los otros, a implementar, ejecutar evaluar y mejorar soluciones colaborativas. Sólo así podremos dar solución a esta difícil y apremiante situación, y los niños, niñas y jóvenes, particularmente los que sufren, no pueden esperar.