



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Modalidad: Monografía

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA INFANCIA EN CENTROS DE SALUD MENTAL

Estudiante: Natalia Estropini (4.635.182-1)

Tutora: Mag. Lic. Psic. Zulema Suárez

Revisor: Mag. Prof Adj. Julia Perea

Montevideo, Uruguay. Abril, 2024

Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Fundamentos Teóricos.....	4
3.1 La Infancia.....	5
3.2 Derechos Humanos en la Infancia.....	12
3.2.1 Convención de los Derechos del Niño en el marco de los Derechos Humanos.....	12
3.2.2 De la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral.....	13
3.2.3 Objetivos y Metas Sanitarias centrados en las personas y perspectiva de derechos (MSP, 2020).....	17
3.2.4 Programa Nacional de Salud de la Niñez:.....	19
3.3 Infancia y Salud Mental en Uruguay.....	22
3.4 Medicalización y diagnósticos tempranos.....	27
3.4.1 Proceso de medicalización de la infancia.....	27
3.4.2 Medicalización - patologización de las infancias y adolescencias.....	28
3.5 Institucionalización en la infancia:.....	33
4. Reflexiones finales.....	37
5. Referencias.....	41
6. ANEXO:.....	47
6.1 Entrevista a informante calificado del Hospital Pereira Rossell:.....	47

1. Resumen

La institucionalización de la infancia en centros de salud mental constituye un tema de gran relevancia que se aborda en esta monografía. Se examina la situación de los niños y niñas que son internados en estos centros, explorando las implicaciones psicológicas y sociales de este proceso. La monografía se enmarca en la intersección de la infancia, los derechos humanos y la salud mental.

Se destaca la importancia de comprender la infancia como una etapa crucial en el desarrollo, donde la atención integral y respetuosa de los derechos humanos se vuelve esencial. La monografía aborda la falta de información consolidada sobre la institucionalización de la infancia en centros de salud mental, subrayando la escasez de estudios y datos disponibles en este ámbito.

Se señala la necesidad de recurrir a entrevistas como método fundamental para obtener información valiosa y contextualizada. Estas entrevistas se presentan como una herramienta crucial para explorar experiencias, percepciones y prácticas en torno a la salud mental infantil y la institucionalización.

La reflexión abarca la importancia de garantizar un enfoque centrado en los derechos humanos en la atención a la salud mental infantil, promoviendo alternativas a la institucionalización que favorezcan el bienestar y el desarrollo integral de los niños. Se busca contribuir al conocimiento en este campo, ofreciendo una visión crítica y propositiva que pueda influir en políticas y prácticas futuras relacionadas con la infancia y la salud mental.

Palabras claves: Infancia, Institucionalización, Derechos humanos.

2. Introducción

La presente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura de Psicología y tiene como propósito principal profundizar en el tema de la Institucionalización de la Infancia en Centros de Salud Mental de niños de 6 a 12 años. Esta monografía consta de cinco capítulos que abarcan diferentes aspectos relevantes relacionados con la temática en cuestión.

La elección de la misma surge del profundo interés por la infancia, sus derechos y bienestar emocional. A lo largo de los estudios dentro de la Licenciatura de Psicología, se ha podido apreciar la importancia que tiene esta etapa en el desarrollo humano y cómo influye en la salud mental a lo largo de la vida, además de los problemas que se pueden valorar en la actualidad sobre la medicalización de la infancia.

Es relevante subrayar que la experiencia previa como estudiante de psicología ha proporcionado un valioso conocimiento sobre diversas narrativas relacionadas con la institucionalización de adultos. Estas vivencias han permitido adentrarse en las condiciones de vida de las personas que enfrentan situaciones de reclusión y comprender las implicaciones que conlleva privar a alguien de su libertad y autonomía. Esta experiencia previa ha sido un fuerte motivador para profundizar en la comprensión de la institucionalización en la infancia dentro del ámbito de la Salud Mental, lo que finalmente ha culminado en la elaboración de esta monografía.

El desarrollo de esta producción, se estructuró en diversos apartados; el primero se refiere a los fundamentos teóricos, en donde se abordan conceptos como la infancia, debido a que esta es considerada una etapa fundamental en el desarrollo humano, en donde se establecen las bases para la salud emocional y psicológica (Luciani, 2015). Se realiza un análisis del recorrido histórico, de cómo se ha creado esta concepción de infancia que hoy día se tiene presente. Además, se menciona la importancia de garantizar el respeto a los derechos humanos y el cuidado de la salud mental durante este período.

En el segundo apartado se hace referencia a los Derechos Humanos en la Infancia en el contexto de la Institucionalización en Centros de Salud Mental, tomando como referencia la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989). Se examina cómo la Convención respalda la importancia de proteger y promover los derechos en el ámbito de Salud Mental. Se analizará las posibles vulneraciones de sus Derechos en la práctica de la institucionalización, buscando identificar brechas entre la Convención y la realidad en Uruguay.

El tercer capítulo se enfoca en la relación entre la Salud Mental Infantil y las Políticas Públicas. Se examina el papel que desempeñan estas políticas en la atención de la Salud Mental Infantil y cómo se abordan los casos de Institucionalización en Uruguay. Se evalúa si estas políticas cumplen con los estándares establecidos en los Derechos Humanos y se identifican las áreas de mejora en la atención de la Salud Mental Infantil.

En otro de los apartados, se estudia la medicalización y patologización de las infancias, explorando cómo se ha producido un aumento en los diagnósticos de Salud Mental en la infancia y cómo esto puede influir en la institucionalización. Pero a su vez, se examinan los factores que contribuyen a esa medicalización y patologización, así como sus implicaciones en la salud emocional de los niños.

Finalmente se considera el tema de la Institucionalización de la Infancia en Salud Mental. Para ello, se analiza la situación actual en Uruguay, los principales motivos de ingreso a estas instituciones y las consecuencias que puede tener para la salud mental del niño. Además se exploran estrategias para prevenir y mitigar los efectos negativos de la institucionalización en su salud emocional.

Es importante señalar que se realizó una revisión de la literatura especializada sobre el tema, en donde fue necesario explorar diferentes enfoques y perspectivas, y se complementa con una entrevista a un informante calificado. Ello con el propósito de obtener una visión más completa de la situación actual. Por otro lado, se consideró fundamental llevar a cabo la entrevista, en respuesta a la ausencia de información previa sobre los motivos de internación de los niños. La falta de datos existentes resaltó la necesidad de obtener información directa y específica, permitiendo así una comprensión más completa y detallada de los factores que llevan a esta hospitalización.

De esta manera, se pretende brindar un aporte que contribuya a la comprensión y concienciación, sobre la importancia de una atención adecuada a las necesidades de los niños en situación de institucionalización, para garantizar su salud emocional y promover un bienestar integral.

3. Fundamentos Teóricos

Para lograr el propósito planteado en la presente monografía, resulta necesario comprender algunos conceptos para realizar el análisis, tomando en cuenta que para ello se debe asumir una postura fundamentada en la intersección de los Derechos Humanos y las políticas públicas, con el propósito de analizar de manera integral el impacto de las medidas gubernamentales. En esta oportunidad los diferentes conceptos a considerar son la infancia,

los Derechos Humanos, la salud mental en la infancia y políticas públicas, la medicalización y diagnósticos tempranos y por último la institucionalización en la infancia.

3.1 La Infancia

Los momentos clave de construcción social de la concepción de la infancia según Puertos Santos (1980) reflejan la evolución de cómo la sociedad ha percibido y entendido a los niños a lo largo del tiempo. Cada uno de estos momentos tiene implicancias importantes para la forma en que se trataba y se trata a los niños, así como para las políticas y prácticas relacionadas con la infancia. A continuación, se explican estos momentos y sus implicancias:

- a) Desde los años 354 hasta 430: En este periodo se concibe al niño como dependiente e indefenso, y se le consideraba una carga o una limitación. Esto implicaba que no se le otorgaba una consideración especial y que no se reconocían sus derechos y necesidades de manera adecuada. Los niños eran vistos más como una responsabilidad que como individuos con potencial y dignidad propios.
- b) Siglo XV: En esta época se desarrolla la concepción del niño como malo desde el nacimiento. Esta visión tenía implicaciones en la forma en que se educaba a los niños, debían ser disciplinados y controlados para evitar que su supuesta naturaleza “mala” se manifestara.
- c) Siglos XVI y XVII: Se reconoce al niño como un ser indefenso y necesitado de cuidado. Esta perspectiva implicaba una mayor consideración hacia las necesidades y la vulnerabilidad de los niños. Sin embargo, aún no se reconoció plenamente su autonomía y capacidad de decisión.
- d) Siglo XVI: Se concibe al niño como un adulto inacabado o un adulto pequeño. Esto implica una visión más positiva y respetuosa de la infancia, reconociendo que los niños están en proceso de desarrollo y que necesitan apoyo y orientación para alcanzar su pleno potencial.
- e) Siglos XVI y XVII: Se reconoce al niño como inherentemente bueno e inocente, llegando a concebirlo como un ángel o un ser de bondad innata. Esta perspectiva enfatiza la pureza y la virtud natural de los niños. Sin embargo, también puede llevar a idealizar la infancia y a no tener en cuenta las dificultades y desafíos que enfrentan los niños en la realidad.
- f) Siglo XVIII: Se construye la idea del niño como un ser primitivo o incompleto, al que le falta algo para ser alguien. Esta perspectiva puede llevar a subestimar las capacidades y el potencial de los niños, y a no reconocer plenamente sus derechos y necesidades.

- g) Siglo XX: Se reconoce una nueva categoría: “el niño como sujeto social de derecho”. Esta es una transformación significativa en la forma en que se percibe a los niños. Implica reconocerlos como individuos con derechos, necesidades y potencialidades propias, y enfocar esfuerzos en garantizar su bienestar y desarrollo integral. Puertos Santos (1980)

Estos momentos clave de construcción social, reflejan la evolución en la percepción y tratamiento de la infancia a lo largo de la historia. Cada uno de ellos ha tenido implicancias en la forma en que se ha educado, cuidado y protegido al niño, así como en las políticas y prácticas relacionadas a la infancia. La transición hacia reconocer al niño como sujeto social de derecho en el siglo XX representa un hito importante en la consideración y promoción de los derechos de la infancia.

Por su parte, Ariés (1986) señala que los cambios en las concepciones de la infancia han sido lentos e imperceptibles, a menudo pasando desapercibidos para nuestros contemporáneos. El autor afirma que “la actitud de los adultos frente al niño ha cambiado mucho en el curso de la historia y, ciertamente, sigue cambiando hoy día ante nuestros ojos” (Ariés, 1986, p.5).

Ahora bien, la noción de la infancia para Ariés (1986) se configura a partir de dos momentos históricos. En primer lugar en el siglo XIII-XIV, en el cual los niños no estaban muy diferenciados de los adultos, ya que compartían actividades con ellos y existía cierta indiferencia hacia su condición. En segundo lugar, se produce un cambio emocional y un mayor interés hacia la infancia como entidad propia, que es identificada en los siglos XVII y XVIII, donde Ariés examina el arte medieval y renacentista para comprender este cambio de actitud hacia la infancia.

Según Ariés (1987), los cambios ocurridos en el mundo occidental durante los siglos XVI y XVII marcaron una transformación gradual pero innegable en la concepción de la infancia. Dicha categoría, en términos modernos, se fue configurando a lo largo de un proceso largo que culminó en el Siglo XVIII, estrechamente vinculado a la consolidación del capitalismo como formación socioeconómica y a la aparición de un modelo humanista de pensamiento, influenciado por el Renacimiento y posteriormente desarrollado durante la Ilustración. (Leopold, 2012)

Por lo que la infancia, es una construcción sociohistórica que se fue elaborando a lo largo de la modernidad, poniendo fin a la invisibilidad y la falta de distinción de los niños en relación con los adultos, características predominantes en periodos históricos anteriores. Utilizando la pintura medieval y renacentista como fuente documental, Ariés (1987) señala que la representación visual de la Infancia durante la Baja Edad Media y parte de la Alta

Edad Media siempre mostraba al niño como un adulto en miniatura, sin rasgos ni vestimentas distintivas. (Leopold, 2012)

Pero Françoise Dolto señala que entre los siglos XV y XVIII era común representar al niño disfrazado de adulto en la pintura, de modo que “el cuerpo del niño estaba sepultado bajo sus ropas”. Esta no fue la única observación, sino que también se evidencia en un grabado de Dürero que representa a un niño de condición humilde con rasgos de anciano y otra observación similar de Walter Benjamin, en una exposición de juguetes antiguos en Berlín en el año 1928, donde identificó un muñeco de cera del siglo XVIII con características de un adulto. (Leopold, 2012).

En la sociedad medieval, los niños no eran considerados como tal, ya que no existía el concepto de infancia como la conocemos hoy (Ariés, 1960). Eran considerados divertidos y no se distinguían mucho de los animales. La muerte de un niño no era un suceso lamentable, ya que pronto sería reemplazado por otro. La mayoría de los hijos no llegaban a la edad adulta y el niño no dejaba el anonimato hasta que alcanza cierta edad y se integra dentro de la sociedad de los adultos (Blasco, 1997)

Fue en el siglo XVI, cuando se inició la construcción de la imagen de la “infancia graciosa”, aunque todavía dentro del ámbito de los adultos. El retrato del niño era una señal de su salida del anonimato y la preocupación moral por la niñez comenzó a ocupar un espacio propio, diferenciado y alejado del mundo adulto. (Ariés, 1987).

Es importante destacar, que durante la Edad Media y principios de la era moderna, los niños no eran percibidos como una categoría separada, sino más bien como adultos de menor estatura. Vivían en comunión con los adultos y compartían tareas y juegos. En esa época, no existía un espacio privado ni una noción clara de la educación. Sin embargo, a medida que se adentraba en la era moderna, surge un nuevo interés por la educación de los niños. Se reconocía que no estaban preparados para enfrentar la vida y se impulsaba la idea de someterlos a una educación especial antes de integrarse plenamente a la vida adulta. Este interés renovado por la educación transforma la sociedad y la familia, que dejó de ser solo una institución para la transmisión de bienes y apellidos, asumiendo un rol moral y espiritual. Se establecieron escuelas como instrumentos de disciplina y la educación se convirtió en una preocupación central de los padres. Las escuelas, inicialmente destinadas a los pobres, también atraían a los hijos de familias adineradas. Sin embargo, a partir del siglo XVIII, las familias burguesas se separaron de la enseñanza popular y optaron por internados y escuelas privadas, creando así un sistema educativo segmentado por clases sociales. Esta transformación implicó la fragmentación de la sociedad en unidades más

pequeñas, las familias y las clases, en contraposición a la antigua sociedad que abarca diversas edades y condiciones sociales. (Ariés, 1987).

En esa sociedad, el niño era considerado el menos valorado y su vida era más frágil y efímera que la de los adultos. Incluso se le brindaba ayuda para morir, tolerándose de manera más o menos consciente el infanticidio. En ciertas regiones a finales de la Edad Media, las niñas eran tratadas casi como mercancía, vendidas al igual que los esclavos. Por tanto, se trataba de una sociedad que nunca había mostrado afecto hacia los niños (Blasco, 1997).

Según Ariés (1987), la representación predominante del niño en el arte medieval como un “adulto pequeño” no puede atribuirse simplemente a un error o descuido por parte de los artistas de esa época. Ariés concluye que el arte medieval no conocía la infancia o no intentaba presentarla; resulta difícil creer que esta ausencia se debiera a la falta de habilidad o incapacidad de los artistas. En cambio, es más plausible pensar que en la sociedad medieval no existía un espacio conceptual para la Infancia.

“El proceso de distinción entre el niño y el adulto transitará un largo recorrido en las representaciones pictóricas, que iniciado en el siglo XIII adquirirá notable visibilidad a partir del siglo XVI y se afirmará definitivamente en el siglo XVII, cuando se vuelvan numerosos los retratos de familia y de niños solos cuyos rostros asumen una particular y distintiva expresividad.” (Leopold, 2012, p.21)

Ariés muestra que el rechazo social al infanticidio por parte de las clases populares coincide cronológicamente, con la necesidad de tener familias numerosas y capacitadas para el trabajo y la producción. Tal requisito fue impuesto por los cambios socioeconómicos que ocurrieron a partir del siglo XVIII. (Leopold, 2012). Pero fue a partir de este siglo, que la percepción del niño experimenta un cambio significativo, dejando atrás la antigua indiferencia medieval y la concepción de un “hombre pequeño”. Según Rousseau (1987) el niño es descrito como un ser con su propia manera de ver, sentir y pensar, que difiere de la de los adultos. (Leopold, 2012).

Sin embargo, en el siglo XIX surgió una nueva estructura familiar en la sociedad actual, donde los padres tienen como objetivo que sus hijos logren aquello que ellos mismos no pudieron alcanzar. Todo gira en torno a la “promoción” del niño, quien a su vez se ve reducido a satisfacer las ambiciones que sus padres no pudieron realizar, generando una carga de culpa para los padres y una dinámica de infantilismo prolongado para los niños (Blasco, 1997).

Además, el hogar era considerado un espacio privado y las nuevas instituciones gubernamentales tuvieron un rol destacado. “Los objetivos de la escuela común moderna

fueron alejar al niño de la calle, ya que ello representaba “inseguridad física, indisciplina moral y aprendizaje de la delincuencia” (Ariés, 1995, p.297).

Por su parte Ballesté (2006) describe que hasta finales del siglo XIX, los niños eran vendidos, encarcelados, torturados y sometidos a trabajos extremadamente duros en minas y fábricas como resultado del proceso de industrialización. Además, fue durante este periodo que comenzó a surgir la idea de considerar a los niños como sujetos dignos de protección. Fueron las ciencias sociales, en especial la psicología, la pedagogía y sociología, las que desempeñaron un papel importante en la consecución de este logro.

Barrán (1995) destaca un importante cambio en las mentalidades de la sociedad uruguaya durante la transición desde una etapa considerada como bárbara hacia una más disciplinada. Este cambio se refleja no solo en las actitudes y valores de la sociedad, sino también en las instituciones que surgieron para regular y educar a los niños.

A fines del siglo XIX, en Uruguay, se implementaron dispositivos institucionales que reflejaron esta transformación. Estos dispositivos estaban dirigidos especialmente hacia la educación y el cuidado de los niños. Barrán (1995) proporciona un análisis detallado de estos elementos, resaltando su importancia en la configuración de la sociedad uruguaya de la época.

Es fundamental comprender que estos dispositivos institucionales no solo representaron un cambio en la forma en que se abordaba la educación de los niños, sino que también reflejaron una evolución en la percepción y el tratamiento de la infancia en la sociedad uruguaya. Esta transición marcó un hito significativo en la construcción de políticas y prácticas relacionadas con la niñez en Uruguay.

De esta manera Barrán, (1994), señala que a medida que la infancia adquiere mayor importancia en el plano emocional, cada niño se convierte en una entidad singular. Sin embargo, también recae sobre él una serie de dispositivos disciplinarios y culpabilizadores que caracterizaron al siglo XIX. Estos dispositivos, provenientes de la familia, la escuela, el poder médico y la iglesia, tienen como objeto controlar la impetuosidad y el movimiento corporal del niño, silenciarlo, imponer puntualidad y orden así como también restringir su participación en las actividades lúdicas que solía compartir con los adultos durante la “época barbara”. Como resultado, se limita su proximidad con el mundo adulto y su libertad de circular por las calles. En este complejo entramado de amor, recelo, cuidado y vigilancia, la infancia del siglo XIX se ve expuesta una vez “descubierta”.

En este contexto, el discurso pedagógico adquiere un papel destacado en la conceptualización de la infancia, y gradualmente el niño se convierte en objeto de estudio de disciplinas como la medicina, la psicología y el derecho. Estas disciplinas experimentan

notables avances a partir del último tercio del siglo XIX, lo que alimenta los discursos normativos orientados al control y disciplinamiento de la infancia. (Leopold, 2012)

Por un lado, el niño se verá beneficiado al tener un mayor vínculo con sus padres, quienes brindarán atención a su salud, alimentación y educación. Esta situación conlleva una pérdida de autonomía y contacto con la vida comunitaria. Así, el cuidado y protección de la infancia se desarrollan a expensas de la dependencia, obediencia y sumisión de los niños hacia los adultos. (Leopold, 2012)

Sin embargo, no fue hasta el siglo XX que la CDN puso fin a la antigua concepción donde los niños como seres que carecían de madurez, responsabilidad, habilidades, competencia, confiabilidad y derechos equiparables a los adultos. Se desafió la idea de que los niños no eran merecedores de ser escuchados en comparación con los adultos que sí eran considerados como los únicos capaces de tener voz y ser tomados en cuenta (Ballesté, 2006).

El concepto de la infancia se encuentra lejos de ser universal. Esto se debe, en parte, a que cada sociedad, cultura y país define qué debe entenderse por infancia, cuáles son sus características y en consecuencia, los períodos de la vida que incluye. Sin embargo, este concepto también ha evolucionado con el tiempo, ya que era considerado un término histórico, aunque con una base natural, y que varía culturalmente la percepción que se tiene sobre él (Cillero, 2016).

Aunque actualmente, se reconocen los derechos del niño y se ha ampliado el conocimiento sobre la infancia, estos avances no siempre se traducen en mejoras en las condiciones de vida y la salud de los mismos. (Cristóforo et al., 2017).

Al respecto, Amador (2012) señala que “la condición infantil actual incluye las condiciones sociales, subjetivas, epistémicas y políticas en las que se produce la etapa de la infancia” (p.74). En este sentido, a medida que avanza el siglo XX, se ha comenzado a difundir la noción de que la infancia es un grupo vulnerable. Sin embargo, esta perspectiva no busca ni reclama privilegios, simplemente desea ocupar el lugar que le corresponde en la sociedad (Ballesté, 2006).

Por lo que, la infancia no implica ser “menos adulto” y es importante comprender que la infancia no es simplemente una etapa de preparación para la vida adulta. Tanto la infancia como la adolescencia, son formas legítimas de ser persona y poseen un valor intrínseco. De hecho, la infancia se concibe como un periodo de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica (Cillero, 2016).

Con respecto al significado del concepto de infancia, Ballesté (2006) afirma que el concepto de infancia es cultural e histórico, ya que historiadores y estudiosos han observado estos cambios a lo largo de diferentes momentos históricos dentro de una misma cultura.

Pero es necesario considerar, que no existe una realidad tangible asociada al concepto de “infancia” como un ser y estado esencial que espera ser descubierto, definido y realizado. Por el contrario, hay una multiplicidad de niños y de infancias, cada uno construido, elaborado e interpretado a través de nuestras propias concepciones sobre la infancia y lo que los niños son o deberían ser. (Ballesté, 2006).

Además, es fundamental reconocer que la infancia es un periodo crucial en el desarrollo humano y que los niños poseen derechos específicos que deben ser protegidos y garantizados. La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por las Naciones Unidas en 1989, ha sido un hito importante en este sentido, estableciendo los derechos fundamentales de todos los niños sin discriminación alguna (Ballesté, 2006).

A pesar de estos avances, aún existen desafíos en cuanto a la implementación efectiva de los derechos de los niños. Las condiciones de vida de muchos niños en diferentes partes del mundo siguen siendo precarias, y persisten desigualdades y vulneraciones de sus derechos fundamentales. Es necesario continuar trabajando en la promoción y protección de los derechos de la infancia a nivel global (Cristóforo et al., 2017).

3.2 Derechos Humanos en la Infancia

3.2.1 Convención de los Derechos del Niño en el marco de los Derechos Humanos.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989) es un tratado internacional que reconoce y garantiza los derechos de niños, niñas y adolescentes. Establece principios fundamentales, como el derecho a la protección integral, el interés superior del niño y acceso a información adecuada. Corresponde al Estado asegurar un entorno seguro y libre de discriminación y violencia, así como propiciar condiciones óptimas para su desarrollo. Esto implica la creación de un ambiente protector para la infancia y exige el compromiso y la capacidad del gobierno. La CDN orienta al Estado sobre cómo abordar temas relacionados con la infancia, establece obligaciones legales e institucionales, y fomenta la generación de condiciones propicias para que los niños y adolescentes ejerzan plenamente sus derechos. En Uruguay, este proceso condujo a la aprobación del Código de la Niñez y Adolescencia en 2004, que regula las responsabilidades del Estado hacia los menores de 18 años y forma parte de la adaptación institucional necesaria para contar con un Sistema Integral de Protección a la Infancia (INDDHH 2020).

Es importante señalar que la Convención Internacional de los Derechos del Niño fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ha sido adoptada por más de 190 países, incluyendo a Uruguay. A pesar de este importante avance, aún existen desafíos pendientes para lograr la plena realización de todos los derechos de los niños. (UNICEF,2005).

Una vez que los Derechos de niños, niñas y adolescentes están establecidos en la normativa, es necesario llevarlos a la práctica mediante acciones concretas que generen un impacto positivo en su vida y bienestar. Esto implica la implementación de Políticas Públicas que atiendan las necesidades específicas de la infancia y operacionalizar los aspectos jurídicos. La Convención sobre los Derechos del Niño promueve la creación de un Sistema Integral de Protección a la Infancia, lo cual va más allá de simplemente cumplir con la normativa y requiere una adaptación institucional desafiante. Es necesario trabajar en conjunto para garantizar que los derechos de los niños y adolescentes se traduzcan en acciones concretas que mejoren su calidad de vida. (INDDHH, 2020)

Al respecto Manríquez (1997) la define como "algo más trascendente que un catálogo de derechos reconocidos por la comunidad internacional. Es un completo instrumento jurídico, que inserta la Doctrina de la Protección Integral de los Derechos del Niño como generalmente admitida y esencialmente es un imperativo ético para los Estados" (p.33).

3.2.2 De la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral

De acuerdo a García (1994), en el ámbito de la infancia en América Latina, la Doctrina de la Situación Irregular ha sido dominante hasta los años 80 del siglo pasado, influenciada por el Movimiento de los Reformadores. Las condiciones lamentables de los centros de reclusión para niños generaron una fuerte indignación moral en el continente, lo que dio lugar a un movimiento de reformas. En América Latina, se impulsó ideológicamente el modelo reformador, lo cual provocó cambios en el ámbito del control socio-penal de los menores. Según el planteamiento de Erosa (2000), se puede afirmar que la Doctrina de la Situación Irregular construyó una visión del niño basada en sus carencias y los problemas asociados a la pobreza, definiendo la vida de ciertos niños y jóvenes como “irregular”.

En este sentido, la Doctrina de la Situación Irregular buscaba “(...) legitimar una potencial acción judicial indiscriminada sobre aquellos niños y adolescentes en situación de dificultad” (García, 1994, p. 22).

Mientras que para Erosa (2000), las situaciones que se definen como abandono moral colocan al “menor” en una condición de “situación irregular”, lo que conlleva respuestas basadas en el derecho donde el “menor” es tratado como “objeto”. El menor es considerado objeto de derecho, es decir, objeto de protección debido a su “situación de riesgo social” y también objeto de control, ya que se percibe como una amenaza para la sociedad, por lo tanto merecedor de un tratamiento especial distinto al de los adultos.

Por su parte, Ortega (2008), considera que el surgimiento del Código del Niño de 1934 en Uruguay marca un hito importante en la institucionalización de mecanismos de supervisión y control constante sobre las familias. Es fundamental tener en cuenta que este Código se desarrolló en el contexto de una sociedad “civilizada”, donde la educación y la medicalización son elementos fundamentales en la intervención y control social por parte del Estado, con el fin de mantener el orden social.

Pero ante las “situaciones irregulares” que involucran a niños y adolescentes, se optó por recurrir a la institucionalización como mecanismo de control social, como señala Erosa (2000) la idea de protección y defensa social frente al abandono se convirtió en una especie de “trampa” que resultó en un aumento progresivo de la institucionalización de esta población vulnerable. Leopold (2002) sostiene que la falta de conformidad con los estándares es una situación irregular que se interpreta como abandono moral, material o infracción.

Uriarte (1999), hace referencia que el Código del Niño presenta un doble discurso en relación a la noción de “niño en situación irregular”, ya que, por un lado, se protege al niño y,

por otro lado, nos protegemos de él. Surge la interrogante de si realmente se protege a la infancia en peligro o nos defendemos de ella porque la percibimos como una amenaza.

Con respecto a estas estrategias, Uriarte (1999), señala que en 1934 en Uruguay se “consolida una cultura de encierro, que a lo largo del siglo tanto más se ha endurecido cuanto más ausentes han estado las políticas sociales” (p.39). Ante la carencia de políticas sociales orientadas a las situaciones de abandono e infracción se toma como “solución” la institucionalización.

La Convención sobre los Derechos del Niño representa un hito en la protección jurídica de los niños en América Latina. Este tratado ha generado cambios significativos en las políticas de infancia y adolescencia, así como en la percepción de la infancia misma. A partir de esta Convención, ha surgido la “Doctrina de la Protección Integral”, que busca redefinir la conceptualización y las legislaciones relacionadas con la infancia. Esta nueva perspectiva se centra en la defensa y promoción de los derechos de los niños y adolescentes, rompiendo así con la antigua doctrina de la “situación irregular” (García, 1994).

La Doctrina de la Protección Integral constituye un cambio significativo respecto a la antigua Doctrina de la Situación Irregular, redefiniendo las concepciones de la infancia y las legislaciones que la rodean. Este enfoque se basa en los principios establecidos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que incluyen el interés superior del niño, la no discriminación, la supervivencia y desarrollo, y la participación. Estos principios garantizan la integralidad de los derechos de los niños, promoviendo su ciudadanía y protección. A nivel nacional, Uruguay ha adherido a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y se basa en estos principios para diseñar políticas y verificar el cumplimiento de los derechos de los niños. (García, 2008).

La ratificación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño por parte del Estado uruguayo marcó un cambio significativo en las políticas de infancia, que ahora se enmarcan en el ámbito de los Derechos Humanos y se fundamentan en la "Doctrina de la Protección Integral". Este cambio ha influido en el panorama legislativo de América Latina, dando lugar a leyes de segunda generación inspiradas en esta doctrina, con el objetivo de promover y garantizar los derechos de niños y adolescentes. Estas transformaciones han generado un enfoque más orientado hacia el bienestar y desarrollo integral de la infancia. (García, 2008)

En cuanto a los instrumentos implementados por Uruguay para dar efectividad a la Doctrina de la Protección Integral, cabe destacar que el país ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño el 20 de septiembre de 1990 mediante la Ley N

16.137. Esto generó un impulso en la década de los 90, caracterizada por la elaboración de varios Anteproyectos de Códigos sobre la niñez con el objetivo de reformar el Código existente desde 1934. El Parlamento buscaba adecuar la legislación nacional a los compromisos internacionales asumidos al ratificar la Convención. Finalmente, el 7 de septiembre de 2004, el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 17.823, que fue aprobada por la Cámara de Senadores sin modificaciones. Esta ley entró en vigencia a fines de septiembre de 2004 y establece los principios generales para implementar un Sistema de Protección Integral de los Derechos del niño y adolescente, impulsando tanto reformas legislativas como cambios institucionales. (Uriarte et al., 2004)

En este sentido, el nuevo Código de la Niñez y Adolescencia en Uruguay representa un avance significativo en comparación con el marco jurídico anterior en relación a la protección de la infancia. Este código se fundamenta en los principios fundamentales de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los cuales incluyen el interés superior del niño para asegurar el disfrute y garantía de sus derechos, la no discriminación, el derecho a la vida y a vivir en condiciones óptimas, y el derecho a la participación. Esta Doctrina reconoce a los niños y adolescentes como titulares de derechos y enfatiza la corresponsabilidad del Estado, la familia y la comunidad para salvaguardar y garantizar los derechos de la infancia y adolescencia (Uriarte et al., 2004).

Cabe destacar que la construcción de un nuevo sujeto: infancia y adolescencia sujeto de derechos lo establece el art. 1 “es de aplicación a todos los seres humanos menores de dieciocho años de edad”. Dentro del enfoque de la Protección Integral, se considera al niño como un ser integral, abarcando todas las dimensiones interrelacionadas de su vida, como la educación, la salud, la recreación, entre otros. Esto implica la necesidad de cubrir todas las necesidades del niño en dichas áreas para garantizar su bienestar y desarrollo (Leguizamón, 2011).

Mientras que en el art. 2 del Código se reafirma lo antes dicho, “(...) todos los niños y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su calidad de personas humanas”.

El art. 3 del Código refiere al principio de protección de los derechos, estableciendo que “Todo niño y adolescente tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.

Dentro del marco del nuevo Código, se realizó un cambio en la denominación del organismo encargado de las políticas de infancia el Instituto Nacional del Menor (INAME) fue reemplazado por el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), según lo establecido en el Artículo 223. El INAU, de acuerdo con el Artículo 68 del Código de la

Niñez y Adolescencia, es el órgano administrativo encargado de dirigir las políticas relacionadas con la niñez y adolescencia. Tiene la responsabilidad de promover, proteger y atender a los niños y adolescentes del país, así como su vínculo familiar, utilizando todos los recursos disponibles para protección y promoción.

Para garantizar de manera efectiva los derechos de todos los niños y adolescentes, no basta con establecerlos en términos jurídicos. Es fundamental gestionar e implementar políticas universales en áreas como el empleo, la seguridad social, la salud, la educación y la vivienda, dirigidas tanto a las familias como a los niños. De esta manera, se aseguran los derechos de los adultos y los niños, lo que permitirá satisfacer sus necesidades de manera integral. (Uriarte et al 2004)

Para hacer referencia a tener derechos, es necesario señalar los principios contemplados en la Convención de los Derechos del Niño (CDN), sin embargo, hay que destacar que en el ámbito legislativo, es necesario llevar a cabo modificaciones a las leyes vigentes (leyes: de protección a la infancia y adolescencia, educación, salud, justicia juvenil, participación infantil) que permitan adecuar y aplicar la Convención, pero a través de mecanismos de protección efectiva que garanticen al niño la exigibilidad de sus derechos (Cillero, 2016).

En este sentido, la Convención se estructura a partir de principios, estos a su vez representan proposiciones que describen derechos: igualdad, protección efectiva, autonomía, libertad de expresión, en donde, su cumplimiento es una exigencia de la justicia. Estos principios, son derechos que permiten ejercer otros derechos y resolver conflictos entre los mismos. Los conflictos entre principios no se pueden resolver por la lógica derivada de aspectos formales o de reglas, sino de su importancia en la situación concreta y por ello, constituyen un elemento fundamental para la solución de conflictos normativos (Cillero, 2008).

Por ello, los primeros artículos de la CDN establecen los "principios". Siendo los mas destacados los relacionados con el "interés superior del niño", "no discriminación" y "efectividad", los cuales se mencionan a continuación:

- Principio del Interés superior del niño (Art 3.1): De acuerdo a este principio, en todas las medidas relacionadas con la la infancia que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, se considerará el 'interés superior del niño' como un elemento fundamental. Hay que mencionar que este principio se relaciona con el derecho que tiene el niño a expresar sus ideas, opiniones o puntos de vista, en todos los aspectos que le afecten (Cillero, 2016).

El principio del interés superior del niño también actúa como un guía fundamental para abordar conflictos de derechos que pueden afectar a niños y jóvenes. Este principio,

de obligatoriedad expresa para el legislador, los tribunales, los órganos administrativos y los servicios de bienestar tanto público como privados, no se limita a ser un simple lineamiento u objeto social. En lugar de ello, busca efectuar la justicia de manera concreta. Esta particularidad del principio se evidencia en su papel como regla de interpretación y resolución de conflictos entre derechos, como se puede observar en las distintas disposiciones de la Convención que lo aplican, tales como los Artículos 9.1, 20.1, 21, 37 c, entre otros.(Cillero, 2016)

- Principio de la no discriminación. Este posee una doble expresión en la CDN. Uno de ellos es que representa un tratado contra la discriminación, ya que tiene como objetivo asegurar que la infancia y la juventud tengan la titularidad de los derechos que le corresponden a todas las personas y, para su logro, no sólo los reafirma sino que establece las nuevas protecciones en atención. (Cillero, 2016)

- Principio de la efectividad de los derechos. Este se refiere a un compromiso de los Estados a adoptar "las medidas administrativas, legislativas y de otra naturaleza para otorgar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En cuanto a los derechos económicos, sociales y culturales, son los Estados quienes deben adoptar tales medidas con el máximo de los recursos de que dispongan" (art. 4). (Cillero, 2016).

En tal contexto, se puede señalar que el desarrollo integral de los niños demanda una protección social y jurídica, igualitaria, integral y efectiva; que garantice todo lo relacionado con la autonomía del niño en el ejercicio de los derechos; en donde, tal protección están obligados directamente sus padres y el Estado, sin embargo, ello corresponde a la sociedad en su totalidad.

3.2.3 Objetivos y Metas Sanitarias centrados en las personas y perspectiva de derechos (MSP, 2020)

Considerar la salud como un Derecho Humano implica que el Estado Uruguayo asuma explícitamente un conjunto de responsabilidades como garante. Esto requiere actuar de acuerdo con tres obligaciones concretas sobre los objetivos y metas sanitarias centrados en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales, todas ellas dirigidas a garantizar las condiciones para lograr una vida saludable:

- La primera obligación consiste en definir y liderar políticas intersectoriales en materia de salud, fomentando la participación e involucramiento de los usuarios, trabajadores y la sociedad en general, para mejorar los estilos de vida y reducir los riesgos para la salud.

- La segunda obligación es promover la adopción de diversas medidas, tanto legislativas, administrativas, judiciales, programáticas y presupuestarias, que aseguren que las

instituciones relacionadas por el proceso de salud-enfermedad brinden el más alto nivel de calidad en la atención integral de la salud tanto física como mental.

- La tercera obligación es proteger, lo cual implica que el Estado evite la interferencia de terceros que puedan violar o dificultar el disfrute del derecho a la salud. (MSP, 2020)

El derecho a la Salud es inclusivo, por lo que la responsabilidad del Estado no se limita únicamente a la atención sanitaria, sino que abarca los factores determinantes que contribuyen a que las personas puedan tener una vida saludable.

Esto significa que la defensa del Derecho a la Salud implica garantizar el cumplimiento de otros derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, ya que sus violaciones tienen un impacto directo y negativo en la salud y bienestar de las personas.

La observación General Nro 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU establece los criterios que deben cumplirse tanto para la atención sanitaria como para los servicios básicos, los cuales deben ser disponibles, accesibles, de calidad, aceptables ética y culturalmente. En el contexto de los servicios de salud, esto implica:

- Asegurar la existencia de un número adecuado de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud que satisfaga las necesidades sanitarias, siguiendo una lógica del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

- Garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles para todos, sin discriminación, asegurando el acceso a la información y específicamente, al historial clínico de los usuarios.

- Promover que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos, incorporando una cultura de servicio y solidaridad, sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida, e integrando en la práctica y los principios éticos en las interacciones con los usuarios y con todo el equipo de salud.

- Asegurar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean de calidad, mediante la capacitación y evaluación continua del personal, con el objetivo de generar buenas prácticas.

En resumen, la observación general Nro 14 establece los estándares para la disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad ética y cultural de los servicios de salud, promoviendo un enfoque integral y centrado en el respeto a los derechos humanos en el ámbito de la atención sanitaria.

“Los esfuerzos por una atención integral de calidad homogénea, implican fortalecer los servicios públicos y privados de salud en el marco del proceso de complementación y coordinación del SNIS.” (MSP, 2020, p.8).

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2009) señala los esfuerzos realizados en ese periodo (2005-2009) para establecer un Sistema de Salud Integral y coordinado. El objetivo principal era garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para toda la población.

Durante esos años, se implementaron una serie de políticas y reformas con el fin de fortalecer el Sistema de Salud. Se promueve la participación activa de los usuarios y trabajadores de la salud en la toma de decisiones y en la mejora de los servicios. Además, se enfatizó la importancia de la atención primaria como base fundamental del sistema, priorizando la prevención y promoción de la salud.

El MSP (2009) destaca la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual buscaba integrar los diferentes subsistemas de salud existentes en el país. Esto permitió la unificación de los servicios de salud, la coordinación entre diferentes niveles de atención y la implementación de un modelo basado en la atención integral de las personas.

En el marco de estas transformaciones, se implementaron cambios en la financiación de la salud, adoptando un modelo de aseguramiento universal con fondos públicos y privados. Está dicho en el párrafo anterior

Se resaltan los avances logrados en términos de cobertura y acceso a servicios de salud, así como la reducción de las brechas de desigualdad en el sistema. Sin embargo, también reconoce los desafíos y limitaciones que aún persisten en la implementación y consolidación del sistema.

En resumen, se describen los esfuerzos realizados en el periodo de 2005-2009 para construir un Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, con énfasis en la atención primaria, la participación ciudadana y la mejora de la equidad y la calidad en la prestación de servicios de salud.

3.2.4 Programa Nacional de Salud de la Niñez:

La Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010, destaca la importancia de promover una infancia y adolescencia saludable como un requisito fundamental para garantizar la sostenibilidad social, democrática y económica del país. La evidencia científica indica que existen intervenciones factibles y altamente rentables que pueden contribuir a mejorar la salud de los niños. Estas intervenciones enfatizan la importancia de brindar

cuidados centrados en la familia (con un enfoque basado en el ciclo de vida) y en la comunidad, más allá de los centros de atención médica de alta complejidad.

El desafío radica en transformar estas evidencias en esfuerzos programáticos y acciones concretas. Para lograrlo, se requiere el compromiso de la academia, las asociaciones de profesionales y los proveedores de servicios de salud para redefinir el rol y el perfil de los profesionales de acuerdo con los objetivos sanitarios del país.

Es necesario contar con recursos humanos comprometidos para la Atención Primaria en Salud, (APS) capaces de llevar a cabo actividades de prevención y promoción de la salud, y de formar equipos interdisciplinarios que desarrollen acciones integrales e intersectoriales.

El Programa Nacional de Salud de la Niñez busca implementar una serie de acciones dirigidas a mejorar la salud de los niños. Estas acciones incluyen:

1- Mejorar la salud perinatal con enfoque de riesgo y equidad territorial, promoviendo el asesoramiento preconcepcional, actualizando normas de habilitación y acreditación de maternidades y unidades de asistencia neonatal, reorientando los servicios de atención perinatal, desarrollando normas nacionales de atención perinatal e incluyendo visitas domiciliarias en el control del recién nacido.

2- Implementar un Programa Nacional de Atención Integral para niños con defectos congénitos, a través del registro nacional de defectos congénitos, normatizando el diagnóstico, control y tratamiento de dichas patologías, y estableciendo normas para la atención de los niños con defectos congénitos.

3- Fortalecer el Programa Nacional de Atención del niño, asegurando la cobertura de controles y seguimiento para todos los niños de 0 a 12 años, detectando tempranamente alteraciones del desarrollo y proporcionando las prestaciones necesarias para abordar los problemas detectados. Además, se incorpora la salud mental en las prestaciones integrales y se realiza el seguimiento de niños con enfermedades crónicas y de riesgo. También se desarrolla una estrategia nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

4- Apoyar acciones de promoción de salud en el marco del Programa de Escuelas Saludables, abordando temas como la alimentación, estimulación temprana del desarrollo, prevención de accidentes y promoción de hábitos saludables

5- Avanzar en el desarrollo de estrategias integradas e intersectoriales de prevención de acciones.

Giachetto (2010) plantea que para mejorar la salud infantil, es necesario avanzar hacia un Sistema Nacional de Protección Integral a la Infancia, que acompañe, proteja y apoye el

crecimiento y desarrollo de los niños uruguayos. La Convención de los Derechos del Niño (1989) establece que todos los niños tienen derecho a la supervivencia y al pleno desarrollo a través del acceso a la salud, alimentación, cuidado, protección y educación. Es importante mantener un enfoque estratégico a largo plazo en relación a la infancia, que trascienda los cambios de gobierno y priorice las políticas y acciones destinadas a cumplir con los derechos de los niños.

Hay que destacar que la Salud Mental es considerada “un componente fundamental de la salud integral. Constituye un proceso de determinación histórica, social, económica, cultural, psicológica y biológica, vinculado a la concreción del derecho a la vida digna, al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, entre otros derechos inherentes a su condición de persona.” (AAVV, 2015, art 3)

Según la INDDHH(2020):

El desafío de avanzar hacia un sistema integral de protección que incorpore la salud mental desde una perspectiva basada en los derechos humanos requiere acciones claves:

El objetivo central es consolidar e implementar el Plan de Salud Mental 2020-2027 en Uruguay mediante medidas concretas. Esto implica asegurar el funcionamiento efectivo de la Comisión Intersectorial en Salud Mental y la Comisión Asesora, establecer coordinaciones entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay para abordar la salud mental de niños y adolescentes, proporcionar recursos a la Comisión Nacional de Contralor de la Ley de Salud Mental, y fortalecer las acciones del Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente en relación con la salud mental, desempeñando su papel de coordinación e integración de las políticas sectoriales para la atención de la infancia y la adolescencia.

De esta manera, se busca asegurar una atención integral de la Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes, mediante la implementación de mecanismos de coordinación, asignación de recursos y fortalecimiento de las instancias de gobierno y control.

3.3 Infancia y Salud Mental en Uruguay

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad” (OMS, 2013, p. 7).

Actualmente, de acuerdo con las disposiciones del INAU (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) para la protección integral de 24 horas en residencia, los servicios especializados en salud mental se enfocan en brindar atención a las necesidades de cuidado especializado de niños, niñas y adolescentes, ya sea de manera temporal o permanente. Estos servicios se orientan hacia la provisión de atención altamente especializada e intensiva en situaciones de crisis, haciendo uso de recursos sanitarios en los centros de atención a episodios agudos. Asimismo, se ofrecen acciones de acompañamiento y rehabilitación en centros diurnos y en los centros de atención integral en salud mental, como el programa “Medio Camino”. También se disponen recursos de cuidado y acciones de rehabilitación en centros específicos para adolescentes con trastornos mentales severos, conocidos como centros para trastornos mentales crónicos. (INAU, 2019)

Recientemente se implementaron los centros diurnos en INAU para la protección de la salud mental, comenzando en 2013. Actualmente, hay un centro en Montevideo que atiende a 35 adolescentes de 13 a 17 años y once meses. Estos jóvenes viven con sus familias o en centros de tiempo completo del INAU. El objetivo es proporcionar una intervención que promueva la rehabilitación, fomentando la autonomía progresiva de los adolescentes y preparándose para salida del centro y reintegración en su entorno familiar. (INDDHH, 2020)

Por otro lado, los centros de atención en salud mental, originalmente llamados centros “Medio Camino”, surgieron a principios de los años 2000. Estos centros brindan atención residencial terapéutica de forma integral a niños (de 5 a 12 años) y adolescentes (de 13 a 17 años y 11 meses) con trastornos mentales compensados. (INDDHH 2020)

Además, desde 2019 se establece una reducción del tiempo máximo de permanencia en estos centros, pasando de dos años a un máximo de 18 meses. Por último, los centros de episodios agudos ofrecen atención a niños y adolescentes de 9 a 17 años y 11 meses que están experimentando episodios agudos, como intentos de autoeliminación, crisis de excitación psicomotriz, intoxicaciones y trastornos afectivos. (INDDHH, 2020)

Según se menciona, en la actualidad existen procedimientos específicos para derivar a niños, niñas y adolescentes de una modalidad de protección a otra, ya sea dentro de un mismo departamento o entre diferentes departamentos. Estos procedimientos requieren un informe que justifique la solicitud de derivación, el cual debe incluir la opinión y voluntad del niño, niña o adolescente, así como la de su familia o adultos de referencia. En todo momento se debe considerar el interés superior del niño y el principio de autonomía progresiva (INAU, 2020).

Además, se establecen una serie de requisitos para llevar a cabo el traslado una vez que se haya decidido el lugar de derivación. Estos requisitos incluyen: informar al niño sobre los detalles de la derivación y proporcionarle la información que necesite conocer; coordinar con el nuevo equipo de acuerdo a las necesidades específicas; designar claramente a los responsables y establecer las fechas de traslado y recepción en el nuevo centro; buscar la participación de la familia en el proceso, creando los espacios de participación necesarios. (INAU, 2020)

Con la promulgación de la Ley de Salud Mental N° 19.529 en 2017, se destacan diversas transformaciones, como la creación del Área de Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría, la descentralización del servicio, el desarrollo de la atención psiquiátrica en el interior del país y la implementación del Plan Nacional de Salud Mental (2020) por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP). De esta manera se manifiesta el esfuerzo por incorporar la perspectiva de derechos en la infancia y la adolescencia en la definición de los servicios de atención y en la coordinación interinstitucional. En el año 2020, el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) cuyos lineamientos consisten en la Atención Primaria en Salud (APS) así como la creación de unidades de salud mental en hospitales. El PNSM es un instrumento que permite llevar a la práctica las políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud y su disfrute de manera integral y al más alto nivel posible a toda la población de la República Oriental del Uruguay. Tanto en su concepción como en los objetivos y acciones que propone, parte de considerar que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general y que ésta, es un bien público socialmente determinado.

El PNSM (2020) constituye el marco general de la salud mental, dado que permite promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. Siendo considerada la salud mental como una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, la cual se caracteriza por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental. Sin embargo, durante los debates en torno a cuestiones legales,

surgieron diferencias y enfoques divergentes, predominando perspectivas adultocéntricas y biologicistas, lo que obstaculizó nuevamente la inclusión de contenidos que abordan la responsabilidad de los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos y en línea con las etapas de desarrollo que atraviesan (INDDHH, 2020).

El 07 de octubre, se inauguró en el ala pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell el primer Hospital de Día destinado al tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes (NNA) que se encuentren en situaciones agudas o en transición de una hospitalización breve a una atención ambulatoria (MSP, 2021). Este nuevo espacio tiene como objetivo proporcionar apoyo a NNA que cuenten con una red de apoyo familiar o institucional. La hospitalización diurna se encuentra regulada por la Ordenanza 1.488 del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2019), que establece los dispositivos de la red de atención de la nueva Ley de Salud Mental, que incluyen equipos especializados, centros diurnos, casas de medio camino, atención de servicios de emergencia en hospitales pediátricos o generales, unidades de corta estadía y hospitales de día.

De acuerdo a informe publicado por el Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR) y el Centro de Archivo y Acceso a la Información Pública (CAinfo) y la Asamblea Instituyente por la salud mental, según los datos obtenidos por un pedido de informe realizado al INAU se señala que “Se desconocen cuáles son las medidas de fuerza y de contención que se aplican a los niños, niñas y adolescentes en los Centros API (Asistencia Psicoterapéutica Integral), así como también “el listado de psicofármacos habilitados para la prescripción médica en Centros de internación psiquiátrica.” (Techera et al., 2009).

Por otro lado Benavides (2023) hace referencia a los resultados que se obtuvieron en la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (Endis) correspondientes a 2013 y 2018. Esta información permitió realizar investigaciones, en donde se pudo determinar que los trastornos de salud mental constituyen “un problema de salud pública” y que en edades tempranas como la infancia es “un período crítico para el neurodesarrollo y la formación de patrones reguladores emocionales” que impactan en la salud mental. Pero además se estableció que la salud mental y los trastornos vinculados están relacionados con factores prenatales, perinatales y ambientales.

Esta investigación se posiciona como pionera en el ámbito, ya que, según los propios investigadores, en Uruguay existe escasa información sobre la prevalencia de problemas de salud mental en la primera infancia. En consecuencia, uno de los objetivos fundamentales fue generar conocimiento sobre estas afecciones en menores de cinco años, utilizando las

bases de datos de la Endis y explorando la asociación con diversos factores de riesgo. Benavides (2023)

El Ministerio de Salud (2020) propone ciertos objetivos del PNSM para el periodo 2020-2027:

Se propone el diseño de una institucionalización a nivel Nacional de la administración de las políticas en Salud Mental, teniendo en cuenta los distintos niveles de responsabilidad necesarios. Entre las líneas estratégicas se encuentran: fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud Pública (MSP) y fomentar acuerdos institucionales que regulen los recursos y la implementación del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

Se busca fortalecer al área de Salud Mental del MSP mediante la asignación de recursos que permitan la implementación y seguimiento del PNSM. Asimismo, se pretende apoyar y fortalecer a las Direcciones Departamentales de Salud para que puedan aplicar las disposiciones legales y llevar a cabo la implementación del PNSM a través de capacitación y planes a nivel local.

Es necesario proveer a las Direcciones Departamentales de Salud con los recursos necesarios para que puedan ejercer su rol rector para esta implementación.

Además, se propone la creación de equipos técnicos de trabajo intersectoriales a nivel nacional, integrados por los principales actores involucrados y representantes de los usuarios y la comunidad, con el objetivo de implementar y monitorear el plan.

Se promoverá la participación activa de todos los sectores involucrados en el territorio, convocarlos a instancias de consulta ciudadana para recabar sus aportes en el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.

Para asegurar el funcionamiento efectivo de la intersectorialidad, se incluirá la participación de la sociedad civil y la academia en el diseño y seguimiento de la política pública. La coordinación se llevará a cabo en el ámbito del Gabinete Social, a través de la "Comisión Intersectorial en Salud Mental", que estará encargada de garantizar el cumplimiento de la Ley de Salud Mental y abordar propuestas de articulación interinstitucional en salud mental. Además, se establecerá la "Comisión asesora en salud mental", integrada por representantes del Poder Ejecutivo, instituciones académicas, sociedad civil y organizaciones relacionadas.

A nivel local, se prioriza el abordaje de la salud mental en las estructuras intersectoriales de coordinación de políticas públicas.

La promoción y prevención en Salud Mental desde una perspectiva de Salud Pública implica considerar los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, y reflejarlos en

acciones dentro de políticas y planes intersectoriales. Esto requiere cambios tanto en las actitudes y conductas individuales como en los sistemas sanitarios, sociales y ambientales.

Los objetivos para este sector son:

1- Promover la Salud Mental y el bienestar emocional en todas las etapas de la vida de la población uruguaya, así como prevenir los problemas de salud mental. Se pone especial énfasis en las personas en situación de vulnerabilidad, buscando fortalecer factores protectores, reducir los factores de riesgo y fomentar la autonomía y la integración socio-comunitaria al máximo nivel.

2- Lograr una participación activa y responsable de los medios masivos de comunicación (MMCC) en la promoción de salud mental y la prevención del suicidio.

3- Promover hábitos saludables de vida y fortalecer los principales recursos psicosociales en la población de todas las edades, con énfasis en niños, niñas y adolescentes (NNA).

4- Incluir a la familia y/o referente socio-afectivo (RSA) como entorno determinante de la salud del NNA.

5- Fomentar las formas de integración en los ámbitos educativos y recreativos de la comunidad en que se desenvuelve la vida de NNA (escuela, centros deportivos, espacios recreativos, entre otros).

6- Modificar la percepción social de NNA con problemas de salud mental en la población general.

El abordaje de las problemáticas de Salud Mental, incluyendo a personas con trastorno mental severo, debe ser adaptado a lo largo de la vida y considerar las necesidades específicas de poblaciones vulnerables, como personas en situación de violencia, personas con discapacidad, personas mayores, personas privadas de libertad y personas de diversas orientaciones sexuales. Se promueve un enfoque comunitario e interdisciplinario, ajustado a las necesidades individuales y al ciclo vital. Preferentemente, la atención debe brindarse en el ámbito comunitario, a través de una red de servicios que se coordine desde el primer nivel de atención en salud. Se busca garantizar la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales, con claros mecanismos de articulación entre diferentes dispositivos, niveles de atención y sectores involucrados. Se propone el diseño de un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) en forma interdisciplinaria, que detalla los pasos esenciales del abordaje de manera comprensible para todos los involucrados, asegurando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

Objetivos para esta sección:

1- Implementar un sistema de atención comunitaria para personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos.

2- Lograr la equidad en la atención en salud mental para todas las personas usuarias del SNIS desde una perspectiva de derechos.

3- Desactivación progresiva de servicios basados en un modelo asilar y monovalente.

4- Mejorar la calidad de la atención en salud mental con enfoque de derechos humanos.

5- Garantizar la atención de calidad al inicio de la vida y durante los primeros años.

6- Realizar una detección precoz e intervención oportuna de los problemas en salud mental en NNA.

3.4 Medicalización y diagnósticos tempranos

3.4.1 Proceso de medicalización de la infancia

La psiquiatría desde principios del Siglo XX, buscaba identificar posibles señales de anormalidad en la infancia, especialmente en ámbitos como la familia y la escuela. Se categorizaban a los individuos con problemas o dificultades intelectuales como poblaciones inferiores y se consideraban una amenaza para el orden social. La noción de debilidad permitió extender el conocimiento psiquiátrico hacia la infancia, estableciendo intervenciones tanto en el individuo como en el entorno familiar. Los psiquiatras se convirtieron en observadores de la moral y las costumbres familiares, estableciendo pautas de comportamiento e higiene física y mental (Vomero, 2016).

En particular, la clínica psiquiátrica infantil en la primera mitad del siglo XX se enfocaba en dos sujetos principales: el débil mental y el niño díscolo. El primero se refiere a los niños con problemas de aprendizajes asociados a la debilidad mental y el segundo incluye a los niños con dificultades para asumir la disciplina tanto en la escuela como en el hogar, lo que afectaba su propio aprendizaje y el de los demás (Vomero, 2014).

Por otra parte, la psiquiatría se enfocó en identificar comportamientos infantiles que mostraban signos de inadaptación, especialmente en el ámbito educativo. La escuela se consideraba el lugar principal para implementar medidas correctivas en estos niños, con el objetivo de hacerlos dóciles y enseñarles a adaptarse a los mecanismos de regulación. En 1946, se estableció la Clínica de la Conducta, que formaba parte del Servicio de Sanidad Escolar. Las funciones de esta clínica se muestran en la Revista de Psiquiatría del Uruguay y su objetivo era atender a niños escolares que presentan síntomas aparentes de

trastornos de la conducta, irregularidades del carácter, desadaptación o falta de orientación (Beltrán, 2018).

En la búsqueda de soluciones para estos niños, se planteó el tratamiento en reformatorios, como ya se venía implementando desde principio del Siglo XX, como el caso del Reformatorio Educacional de Varones en Suárez creado en 1912. Por su parte, Carrere (1927), expresa que en estas instituciones se encontraban dos grupos de niños: los mentalmente sanos y los que sufren trastornos del sistema nervioso, con características morales propias de la hiper o hipostenia mental. Sin embargo, los niños mentalmente sanos eran escasos en estos establecimientos, predominando los “insoportables por su agitación, los indisciplinados de todo tiempo y aquellos que, debido a su falta de interés, hábitos ociosos y debilidad mental y moral, se perdían en sus sueños”. El psiquiatra debía identificar a estos niños y establecer las medidas necesarias para corregir su comportamiento.

Luego de su ingreso, se sometieron a un periodo de observación para estudiar sus inclinaciones, gustos, modalidades psíquicas y su vocación para el trabajo. Aquellos que no lograban adaptarse a convivir con los demás debido a su inmoralidad, indisciplina y mal ejemplo permanente serían confinados en el “pabellón de los indisciplinados” para su corrección y reforma. Se planificaba un seguimiento personalizado para cada niño, tomando en cuenta sus características personales y su comportamiento, y se determinaban las medidas a adoptar en cada caso. (CDN, 2019; INDDHH, 2019)

3.4.2 Medicalización - patologización de las infancias y adolescencias

En el área académica se han planteado preocupaciones importantes sobre el abordaje de la salud mental en la infancia y adolescencia, especialmente en relación a las respuestas brindadas por los sectores de salud y educación frente a ciertas manifestaciones y conductas de los niños. Se ha expresado inquietud por la forma en que los adultos a menudo interpretan las reacciones de los niños y adolescentes, tendiendo a patologizar dichas conductas, especialmente desde el campo de la salud mental. (CDN, 2019; INDDHH 2019)

En Uruguay, se ha observado y recomendado en los años 2005, 2010 y 2015, por parte de organismos internacionales, la problemática de la medicalización y patologización de la infancia en particular en relación al aumento de diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) y la prescripción de Metilfenidato (conocido comercialmente como Ritalina) para su tratamiento.

A partir de ese momento, se iniciaron actividades en mayo de 2019, estableciendo como meta principal comprender el estado actual de abordaje de la salud mental en la infancia y adolescencia en Uruguay desde una perspectiva basada en derechos.

Entre los objetivos específicos acordados se incluyen los siguientes:

- Definir y esclarecer los conceptos de medicalización y patologización en el contexto de la salud mental de la infancia y adolescencia.
- Analizar los discursos de diversos actores implicados en el tema en relación a las prácticas en salud mental de la infancia y adolescencia.

Recopilar documentos académicos que reflejen las percepciones sobre la infancia y adolescencia en torno a este tema. (CDN, 2019; INDDHH, 2019)

En el siglo XIX, en un contexto de cambios tecnológicos, científicos y políticos, se iniciaron los procesos de medicalización en las sociedades occidentales. Estos cambios incluyeron la consolidación de los Estados-nación, la universalización de la educación primaria, la secularización y la valoración del conocimiento científico como clave para el progreso de la civilización. Se produjo un cambio en el gobierno, pasando del gobierno a través de la familia al gobierno a través de intervenciones sociales y familiares, en las cuales el conocimiento médico desempeñó un papel central. (CDN, 2019; INDDHH, 2019)

Por lo que, surgieron nuevas disciplinas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, como la psicología, el trabajo social, la sociología, la antropología, la demografía y la psiquiatría, entre otros. Estas disciplinas se orientan hacia la comprensión e intervención en las sociedades occidentales modernas, en una lucha constante por la hegemonía en el conocimiento y su aplicación tanto en el ámbito científico como en el mercado y la población en general. La medicalización es considerada como "el proceso por medio del cual las cuestiones de la vida social complejas, multifactoriales y marcadas por la cultura y por el contexto histórico son reducidas a un tipo de racionalidad que vincula artificialmente las dificultades de adaptación a las normas sociales a determinismos orgánicos que se expresarían como enfermedades" (Benglio et al ., 2017, p.18)

Es por ello que, el proceso de medicalización implica que los problemas no médicos sean definidos y tratados como problemas médicos, ya sea etiquetarlos como enfermedades o trastornos. Sin embargo, este proceso no es unidireccional, ya que tanto la racionalidad médica se apropia de fenómenos no médicos como los individuos y colectivos se apropian de la medicina. Todos estamos influenciados por estas lógicas, por lo que es importante que los profesionales de la salud que trabajan con niños y adolescentes sean conscientes de los efectos que sus acciones tienen en su salud y vida diaria. (CDN, 2019; ,INDDHH 2019)

Es fundamental tener en cuenta que los niños están sujetos a las interpretaciones que los adultos les otorgan debido a su dependencia. En el contexto de la medicalización, es posible que se les atribuyan enfermedades o patologías a fenómenos o conductas que son

simplemente expresiones de factores familiares, sociales, económicos o culturales. Esto se conoce como procesos de patologización y se manifiesta a través de la necesidad de diagnosticar o categorizar cualquier conducta que no cumpla con las expectativas de los adultos, y al considerar a los niños que presenten estas conductas como problemáticos, sin tener en cuenta su contexto familiar, social, económico y cultural. (CDN, 2019; INDDHH, 2019)

La medicalización y patologización del sufrimiento en la infancia y adolescencia es una práctica que se encuentra en todos los niveles y contextos en los que se desenvuelven, pero en entornos de extrema desigualdad, profundiza la exclusión social, convirtiéndose en una realidad para los niños. La exclusión social es un proceso multidimensional que afecta a las redes sociales, las condiciones laborales, educativas y el ejercicio de la ciudadanía, así como a las demandas impuestas por la cultura. (CDN, 2019; INDDHH, 2019)

Por su parte Stolkiner (2013) señala que "la medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, como por ejemplo, la reproducción humana." (p.76). Esta autora en su trabajo realiza una reflexión con respecto a la relación entre el proceso actual de medicalización de la vida y la producción de sufrimiento psíquico. Al respecto menciona que la medicalización, es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad, e igualmente en los procesos vitales de salud, enfermedad y cuidado.

"En este contexto, sin desconocer la existencia de prácticas promotoras de salud, las lógicas pedagógicas quedarían supeditadas a las lógicas médicas, en una sociedad uruguaya históricamente medicalizada y medicalizadora." (Benglio et al., 2017, p. 33).

Hay que destacar que el proceso de aprendizaje o la falta de él tienden a ser atribuidos individualmente, colocando la responsabilidad final en el niño, mientras que la institución educativa o los modelos escolares rara vez son cuestionados. En este marco, prevalece la tendencia a diagnosticar al niño como el fin en sí mismo, en lugar de considerarlo como un medio, lo que limita la comprensión y restringe las posibilidades de abordar el problema de manera más amplia y diversa. El diagnóstico se convierte en una mera explicación o justificación de lo que sucede, en lugar de abrir nuevas puertas y complejizar la situación. (CDN, 2019; INDDHH, 2019)

Es necesario cuestionar los diagnósticos categóricos e irreversibles. Caer en concepciones que alertan sobre un supuesto aumento en la incidencia de trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia, sin analizar cómo se construyen y se mantienen socialmente las categorías diagnósticas utilizadas, lleva a adoptar posturas reduccionistas

que debemos superar. La OMS (2021) destaca que la adolescencia es un período crucial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental y que es importante contar con un entorno favorable y de protección en la familia, la escuela y la comunidad en general. Sin embargo, una educación muy severa por parte de los padres, problemas socioeconómicos y problemas graves de otra índole constituyen riesgos reconocidos para la salud mental. Algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida o de una situación de estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. En este contexto, la evaluación psicopatológica genera un impacto en la identidad, ya que el niño, niña o adolescente se ve obligado a considerarse como el único responsable de su sufrimiento y malestar (Bianco y Figueroa, 2008). Sin embargo, la insistencia en el diagnóstico y la atención centrada en este aspecto desvían la atención de lo importante que sería analizar el entorno en el que surgen dichos comportamientos (Dallaire, Gromaire y McCubbin, 2013).

Con respecto a las estrategias que prevalecen en la atención en salud mental (CDN, 2019; INDDHH, 2019) esto es, la medicalización y la patologización, a las que se suma el encierro como estrategia para las situaciones complejas, configuran una combinación que tiende a perpetuar el padecimiento de salud mental y como marca de estigmatización. En este sentido, podría resultar interesante seguir la experiencia recientemente desarrollada por ASSE a partir de la Red de Atención Primaria Metropolitana (RAP) a fin de generar insumos para la incorporación de nuevas formas de atención. Una de las principales características a destacar es la impronta del Área de Salud Mental específica, que tiene un enfoque más integral de la salud. Se apuesta al trabajo interdisciplinario en que los equipos especializados están compuestos por psiquiatras, pediatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y una administración especializada en salud mental. El primer nivel de atención es el más próximo a la población y representa el punto inicial de contacto con el sistema de salud. Su estructura está diseñada para abordar las necesidades de atención más básicas y frecuentes. Esto incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, así como procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con instalaciones de baja complejidad, como consultorios médicos, policlínicas y centros de salud. Aproximadamente el 85% de los problemas de salud más comunes se resuelven en este nivel. Su objetivo es facilitar el acceso a la atención de la población y proporcionar servicios de manera oportuna y eficaz. (Vignolo et al. , 2011)

En suma, los principales puntos destacados por los actores en relación con las acciones, abordajes y estrategias de atención son:

- Se observa una tensión entre una política que tiene como horizonte la desinstitucionalización y la práctica concreta que tiene que dar respuesta a situaciones complejas en las que el Estado no ha generado políticas potentes de intervención.

- Se evidencia una contradicción entre un modelo que propone la integración social para la atención en salud mental y una práctica prevaleciente de encierro por períodos prolongados.

- En este orden de ideas, se plantea una tensión en el modelo de atención comunitaria e interdisciplinaria en contraposición a un modelo que privilegia los tratamientos en clínicas, centrados en la patología y el uso de la medicación psicotrópica.

- Las estrategias de intervención, los enfoques y las distintas acciones que se ponen en evidencia a partir del discurso de los actores mantienen la tónica señalada en diversos informes (CDN, 2019; INDDHH, 2019): prevalece como estrategia el tratamiento farmacológico, sin la inclusión de los niños, niñas y adolescentes en el tratamiento.

Es importante destacar, que cuando la tristeza, la inquietud característica de la infancia, la timidez, la rebeldía adolescente, que se asocian a las personas se transforman en patologías, se manifiesta la patologización. Por lo que cuando se presenta en la infancia, puede estar incentivada por la medicina, pero también por la psicología o por el centro educativo. Cuando un niño fracasa en la escuela, el mismo se atribuye a su vez al TDAH o a sus vínculos familiares. Todo ello se realiza sin revisión previa del proceso complejo del fracaso escolar, entonces el proceso de patologización se encuentra en marcha. "La mayoría de las veces ocurre sin que ninguno de los actores lo perciba, generando una marcha persistente en la subjetividad en construcción del niño, que va a determinar su presente y futuro" (Untoiglich et al., 2013, p.30)

3.5 Institucionalización en la infancia:

La situación de los niños, niñas y adolescentes que residen en internados ha adquirido un notable interés a nivel mundial (UNICEF, 2021). Existe un sólido consenso jurídico que busca proteger los derechos humanos de los niños y garantizarles opciones de cuidado alternativos a la institucionalización. (INAU, 2015).

En primer lugar, es relevante abordar el concepto de institución. Según la definición de la Real Academia Española (RAE), una institución se refiere a un establecimiento o fundación de algo. Además, puede estar relacionada con la noción de un organismo que cumple una función de interés público o benéfico (RAE, 2021). En 1998, Lourau consideraba la institución como la relación entre lo instituido y lo instituyente, que implica nuevas formas de creación y construcción en la sociedad. Por lo tanto, en el proceso de institucionalización, se crea un programa que da origen a la propia institución, la cual está compuesta por formas sociales establecidas y legalmente instituidas (Hormiga, 2015).

En Uruguay, el proceso de institucionalización de la infancia y adolescencia comenzó a principios del siglo XX. En 1934, se promulgó el Código del Niño y se estableció el Consejo del Niño, un organismo encargado del bienestar de los menores de edad. Posteriormente, en 1989, se creó el Instituto Nacional del Menor (INAME). Sin embargo, es importante destacar que es el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) el organismo que está en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, sustituyendo al INAME (INAU, 2021).

De acuerdo al Sistema de Información para la Infancia en 2019, Uruguay registra la tasa más alta de internación de niños en residencias en comparación con otros países de la región. Se reporta que aproximadamente 4930 niños se encuentran bajo sistema de protección, de los cuales 3198 residen en instituciones de tiempo completo y 1732 se encuentran en alternativas familiares. (UNICEF Uruguay, 2021).

Recientemente, el tema de la institucionalización infantil ha empezado a debatirse en Uruguay. Aunque el país ha logrado avances significativos en relación con esta problemática, fue a través de la aprobación de la Ley 18.590 en 2009 que se establece la reducción de la estancia de niños menores de siete años en hogares de cuidado a tiempo completo.

Por otro lado, la institucionalización tiene un impacto negativo en el desarrollo de los niños, especialmente cuando se prolonga en el tiempo, afectando su salud y su desarrollo físico y cognitivo. Se ha observado que por cada tres meses que un niño pequeño reside en

una institución, pierde aproximadamente un mes de desarrollo. A través de investigaciones, se ha evidenciado que los niños que permanecen con sus familias experimentan un mejor desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y rendimiento escolar en comparación con aquellos que han sido institucionalizados (López y Palummo, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2010) sostiene que las instituciones residenciales de cuidado tienen un impacto negativo en la salud y el desarrollo de los niños, y aboga por su reemplazo por otras formas de cuidado. Esto se debe a que, en muchos casos, la falta de atención personalizada en estas instituciones resulta en una falta de vínculo emocional entre los niños y las personas a cargo, así como en una carencia de estímulo e interacción, lo cual puede ocasionar retrasos en el desarrollo. La institucionalización temprana y prolongada tiene efectos perjudiciales tanto en la salud como en el desarrollo físico y cognitivo de los niños, los cuales, en ocasiones, pueden ser irreversibles (López y Palummo, 2013).

En este contexto, los niños institucionalizados son agentes activos en la construcción de sus propias formas de vida, las cuales solo pueden ser comprendidas si nos sumergimos en su rutina diaria. Esta convivencia nos permite describir situaciones de tensión y conflicto que, en su mayoría, se etiquetan como patologías debido a la predominancia de una lógica basada en el déficit. Estas situaciones incluyen dificultades en las relaciones interpersonales, tendencia al aislamiento, indiferencia, agresión física y problemas de conducta, como respuestas negativas, incumplimiento de reglas, escapadas y dificultades en el ámbito escolar, entre otros. Estas dificultades llevan a la implementación de estrategias correctivas y represivas, respaldadas por una psicología que tiende a patologizar la infancia (Di Iorio y Seidmann, 2012).

Según Lecannelier y Hoffmann (2007), la institucionalización en sí misma no es un factor causal directo del riesgo, ya que implica separación y ruptura del vínculo primario y la carencia de relaciones estables. Son ciertas variables y características propias de los centros lo que determinan, en mayor o menor medida, la vulnerabilidad y el daño asociado, lo que significa que son estas variables y características, más que la institucionalización per se, las responsables de causar el daño.

Por otro lado, en relación a los niños y niñas que se encuentran en Sistemas de Protección Social, Casas (1998) señala que el problema abarca tanto el entorno social como la exclusión que experimenta el niño por su parte. El problema va más allá de que el niño o niña realmente tenga un conjunto de experiencias diferentes. A esto se suma que el propio niño o niña percibe estas diferencias y acaba categorizando a sí mismo como alguien distinto. En muchos casos, la falta de experiencia en aspectos socialmente valorados como

importantes afecta significativamente su autoimagen y autoestima. Además, el entorno social también percibe esta diferencia, a veces de manera difusa, comenzando por sus compañeros de edad, lo que conlleva riesgos de estigmatización y activa procesos de exclusión social.

Por lo tanto, para Franchello y Bauer (2014), la institucionalización tiene consecuencias negativas para los niños, niñas y adolescentes que la experimentan, y debe ser utilizada únicamente en casos absolutamente excepcionales y por periodos muy cortos. Permanecer en estas instituciones resulta en retrasos en el desarrollo, por lo que la institucionalización debe considerarse como una medida de último recurso, aplicada de manera excepcional y por el menor tiempo posible. Los conceptos de etiqueta o rotulo están relacionados con la categoría de institucionalización, tal como “...un mecanismo de poder sobre los cuerpos, donde las personas que allí son alojadas, no tienen posibilidades de elegir su propia forma de vida y en las cuales se permanece a un costado de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, compartiendo en el encierro una rutina diaria administrada formalmente...” (Goffman, 1972, p.14).

La comunidad reconoce la necesidad de un enfoque comunitario en la atención de la salud mental, que no dependa exclusivamente del encierro como única solución. Esto requiere cambios organizativos y la definición de competencias claras para fomentar una colaboración intersectorial en la que los agentes comunitarios y sociales jueguen un papel esencial en la atención integral (INDDHH, 2020).

El INAU dispone de diversos centros para el cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en el Sistema de Protección Especial Especializado. Estos abarcan una amplia gama de servicios, desde atención diurna hasta centros especializados para distintos tipos de trastornos. Sin embargo, se observa una distribución limitada de centros y cupos, lo que refleja una oferta comunitaria muy escasa, principalmente concentrada en Montevideo (INDDHH, 2020).

Los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales son admitidos en instalaciones de protección especializada para recibir tratamiento. En estos centros 24 horas, existe un mayor riesgo de experimentar maltratos y abusos debido a condiciones de confinamiento, las medidas sanitarias implementadas y la estigmatización social asociada a quienes enfrentan problemas de salud mental. Dentro de este contexto, se hace imperante considerar la trayectoria de los niños y adolescentes en el Sistema de Protección Especial. Los traslados de un centro a otro, ya sea por motivos de edad o situaciones particulares, tienen un impacto significativo en la construcción de la identidad. Ingresar a un nuevo centro, adaptarse a nuevas reglas, integrarse a un nuevo grupo y desarrollar estrategias de

cuidado y defensa son experiencias sumamente estresantes para los jóvenes en este sistema. Cuando estos cambios se repiten con frecuencia, el impacto en la construcción de la identidad se intensifica y se dificulta la formación de vínculos significativos, elementos esenciales para superar situaciones de abandono y sufrimiento. (INDDHH, 2020).

Es crucial mencionar que este proceso de transición no es homogéneo para todos. Alrededor del 46% de los niños y niñas de entre 7 y 12 años que ingresan a un centro de salud mental ya han pasado por otro centro de 24 horas anteriormente. Además, aproximadamente el 18% de los niños y niñas menores de 12 años han transitado por cuatro o más establecimientos institucionales antes de ingresar a un centro de atención en salud mental. Estos datos resaltan la necesidad apremiante de reflexionar sobre enfoques alternativos que prioricen el derecho de estos niños y niñas a vivir en un entorno familiar (INDDHH, 2020)

A pesar de que la atención en centros de salud mental se concibe como un periodo transitorio, con un límite máximo de dos años en casos de trastornos severos, se observa que una proporción considerable excede estos plazos. La mayoría de los residentes en los centros de trastornos compensados no severos permanecen hasta dos años (79%), pero se registran casos de estancias de tres, cuatro e incluso más de diez años en algunos centros. Este tiempo prolongado de permanencia resulta preocupante, especialmente para aquellos de entre 7 y 12 años. Alrededor del 13% de los menores de 12 años han pasado entre 3 y 9 años en un centro de salud mental, lo que prácticamente representa la totalidad de su vida. El contacto diario con los referentes afectivos es prácticamente inexistente para estos niños, niñas y adolescentes. (INDDHH, 2020).

Las visitas presenciales, tanto en el centro como en el hogar, suelen ser quincenales o menos frecuentes. Estos datos adquieren relevancia dado que el 40.8% de los niños, niñas y adolescentes tienen como plan de egreso la revinculación familiar, y un 10.4% se prepara para una vida autónoma e independiente, donde los apoyos de familiares y referentes afectivos desempeñan un papel fundamental en esta transición (INDDHH, 2020).

El objetivo de estos servicios es fomentar la autonomía gradual de los niños y adolescentes a través de un enfoque integral, que incluye su reintegro en su entorno de referencia, fortaleciendo el entorno familiar, comunitario e institucional, promoción de su participación e inclusión educativa y cultural. La internación en casos de salud mental se considera como último recurso terapéutico para abordar episodios agudos, mientras que la integración en centros diurnos o centros de atención especializada (Medio Camino) se realiza dentro de procesos de rehabilitación. (INAU, 2019).

4. Reflexiones finales

La institucionalización de niños en centros de salud mental, especialmente en edades de 6 a 12 años, plantea la necesidad imperante de implementar políticas públicas preventivas, como destacan el INAU (2019) y el INDDHH (2020). Esta medida refleja la urgencia de intervenir tempranamente en situaciones familiares críticas para proteger los derechos fundamentales de los niños. Los objetivos principales de la institucionalización, según la entrevista realizada, incluyen la rehabilitación y la reintegración social y académica de los niños, así como la reunificación con sus familias siempre que sea posible. Se enfatiza la importancia de abordar esta problemática desde la prevención, dado que la institucionalización suele ser el resultado de situaciones familiares graves y complejas. La literatura internacional respalda esta perspectiva, subrayando la dificultad de revertir estas situaciones una vez que alcanzan un punto crítico.

En el ámbito de las políticas públicas, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (2020) emerge como un instrumento fundamental para garantizar el derecho a la salud mental infantil de manera integral. Se evidencia la necesidad imperante de crear nuevas políticas arraigadas en la prevención, identificación temprana y atención adecuada, dada la carencia de recursos y enfoques efectivos en el primer nivel de atención, que sumen a los ya existentes en el PNA. Los centros de salud mental reciben a niños y adolescentes según la gravedad de su caso y factores socioeconómicos y familiares, proporcionando cuidados y protección necesarios, en línea con INDDHH (2020).

A través de la entrevista realizada hacia un informante calificado del Hospital Pereira Rossell, se pudo recopilar, que existen diversos centros de salud mental en los que internan a los niños y adolescentes según el estado de gravedad de su caso y considerando los factores socioeconómicos y familiares. En cada uno de esos centros se les brinda protección y cuidados necesarios para garantizar su bienestar y desarrollo integral, coincidiendo con lo planteado por INDDHH (2020).

Por otro lado, las condiciones de internación en los centros de salud mental para niños deben asegurar el respeto y la promoción de sus derechos, brindando un entorno seguro y protector donde se respete su dignidad y autonomía, y se fomente su participación activa en decisiones que les afecten, según Cristóforo et al. (2017) y Amador (2012). En ese sentido, se observa que hay diversos centros crónicos para aquellos que necesitan cuidado constante y especial.

De esta manera, surge la necesidad de valorar y reconocer el papel fundamental que desempeñan los centros de salud mental en nuestra sociedad, proporcionando un refugio seguro y un espacio de esperanza para aquellos niños o niñas que más lo necesitan.

Además, se manifiesta la importancia de seguir abogando por una mayor accesibilidad y disponibilidad de estos servicios para garantizar que todos los niños y niñas tengan la oportunidad de recibir el apoyo y la atención que merecen en su camino hacia la salud mental y el bienestar.

La implementación efectiva de un plan de prestaciones en salud mental infantil es fundamental, aunque se requiere una evaluación crítica para asegurar que se adapten a las necesidades individuales de cada niño y estén disponibles de manera equitativa, siguiendo las pautas del INDDHH (2020). Sin embargo, es crucial reconocer que este proceso debe ir más allá de una simple aplicación de medidas estandarizadas, requiriendo una evaluación crítica y constante para asegurar que estas prestaciones se ajusten de manera precisa a las necesidades individuales de cada niño.

La entrevista realizada revela la meticulosa preparación y respuesta de los centros médicos ante situaciones de crisis en el ámbito de la salud mental infantil. Desde protocolos establecidos hasta medidas de contención física, se evidencia un compromiso serio con la seguridad y el bienestar de todos los involucrados. Sin embargo, es importante reflexionar sobre la necesidad de mantener un equilibrio entre la aplicación de estas medidas y el respeto de los derechos y la dignidad de los niños y jóvenes atendidos.

Cabe destacar que el trabajo comunitario también es un componente vital, como lo plantea INAU (2019), ya que la comunidad debe ser un sistema de apoyo que rodea al niño, ayudando a prevenir la necesidad de la institucionalización. Además, el papel de la familia en este proceso es central. La institucionalización no debe ser vista como un abandono de responsabilidades, sino como un último recurso después de haber agotado todos los esfuerzos para fortalecer y apoyar a la familia, según indica INDDHH (2020).

La comunidad puede ser un recurso invaluable al ofrecer redes de apoyo, programas de intervención temprana y espacios de inclusión social que fortalezcan el bienestar emocional y el desarrollo integral de los niños y jóvenes. Para fortalecer la participación comunitaria, es necesario promover la sensibilización y la capacitación en temas de salud mental infantil, así como fomentar la creación de espacios de diálogo y colaboración entre distintos actores sociales, incluyendo organizaciones comunitarias, autoridades locales, profesionales de la salud y educadores. La promoción de la participación activa de la comunidad en la identificación de necesidades, la formulación de estrategias y la implementación de acciones concretas puede contribuir significativamente a la creación de entornos más saludables y solidarios para niños y jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, el reconocimiento del papel central de la familia en la vida de los niños institucionalizados implica la necesidad de fortalecer los lazos familiares y promover la

reunificación familiar siempre que sea posible. Esto requiere estrategias de trabajo comunitario que involucren activamente a las familias en el proceso de rehabilitación y reintegración de los niños, proporcionando apoyo emocional, asesoramiento y recursos prácticos para superar los desafíos que enfrentan (Uriarte et al, 2004; López y Palummo, 2013). La importancia de considerar a la infancia como sujeto de derechos es fundamental. Cada niño tiene el derecho inherente a vivir en un entorno que le permita desarrollarse física, emocional y psicológicamente de manera integral. La institucionalización debe ser la excepción y no la norma, y siempre respetando los derechos fundamentales del niño (Ortega, 2008; Erosa, 2000). En este sentido, es importante promover programas de apoyo familiar, servicios de orientación y asesoramiento, así como la implementación de políticas que garanticen el acceso equitativo a recursos y servicios de calidad para todas las familias.

En el caso del Hospital Pereira Rossell, que debería ser el mismo protocolo en todos los centros de salud mental, se implementa un dispositivo de atención familiar para establecer y fortalecer la relación con los padres o tutores legales de los niños ingresados. Este dispositivo, dirigido por una psicóloga especializada, se encarga de trabajar en colaboración con la familia, buscando su participación activa en el proceso de atención y tratamiento. Se prioriza la presencia de algún familiar durante la estancia del niño en el centro, y se brinda apoyo integral para favorecer la revinculación y el bienestar del niño, reconociendo la importancia de los vínculos familiares en su proceso de recuperación, de acuerdo al entrevistado.

Es esencial que los profesionales de la salud mental y otros agentes comunitarios colaboren estrechamente con las familias para identificar y mitigar los factores de riesgo, promoviendo un entorno familiar seguro y protector para los niños (CDN, 2019; INDDHH 2019). La protección y promoción de los derechos infantiles debe ser un principio fundamental en la formación y práctica profesional de todos los involucrados en el cuidado de los niños institucionalizados. Esto implica una capacitación integral que incluya conocimientos sobre la Convención de los Derechos del Niño, los principios de protección infantil y las mejores prácticas en salud mental infantil.

Además, es crucial que los profesionales estén preparados para trabajar de manera interdisciplinaria y colaborativa, abordando las necesidades físicas, emocionales, sociales y culturales de los niños de manera integral y holística, como lo establece la Ley de Salud Mental (2017). Asimismo, desempeñan un papel crucial tanto en la prevención como en el abordaje de casos. Por lo tanto, los profesionales de la salud, específicamente de la psicología, deben contar con el conocimiento y las habilidades necesarias para abordar las complejidades de la salud mental infantil. En ese sentido, la UDELAR ofrece un plan de estudios para la Licenciatura en Psicología, en el cual se forman dichos profesionales para

contribuir al desarrollo de la sociedad, se desempeñe éticamente en prácticas profesionales y académicas, defendiendo los derechos humanos y aplicando principios deontológicos en su intervención, así como también pueda implementar estrategias de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación en salud mental, que afectan tanto a individuos como a comunidades, participando en el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas para promover el bienestar psicológico integral.

Así como la UDELAR desempeña roles claves en la formación de profesionales sobre la institucionalización en la infancia en centros de salud mental, estos pueden incluir diversas funciones. Por un lado, incluir una educación especializada, donde se ofrezcan cursos centrados en salud mental infantil, destacando prácticas éticas y un enfoque humanizado. Por otro lado, la investigación, para liderar estudios sobre los impactos de la institucionalización y desarrollar mejoras estratégicas de tratamiento y desinstitucionalización. También es importante las colaboraciones prácticas, para conectar con centros de salud mental y así los estudiantes generen experiencia directa. También obtener desarrollo profesional para proveer la formación continua y actualizar a los profesionales del campo.

Otro aspecto clave, sería la concienciación desde UDELAR, en donde organizar eventos y publicaciones para sensibilizar sobre los efectos de la institucionalización.

Por tanto, la UDELAR tiene un papel integral en asegurar que los futuros profesionales estén preparados para enfrentar los desafíos de la institucionalización infantil y promover cuidados efectivos.

5. Referencias

- AAVV. (2015). *Anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay*. Montevideo
- Amador, J. (2012). *Condición infantil contemporánea: hacia una epistemología de las infancias*. Bogotá: revista *Pedagogía y Saberes*, Vol. 37, pp. 73-87.
- Aries, P. (1986). *La Infancia*. En: *Revista de Educación*. N° 28. Madrid. España.
- Ariés, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Editorial Taurus. Madrid. España.
- Ariés, P. (1995). *Ensayos de la Memoria 1943-1983*. Editorial Norma. Santa Fe de Bogotá. Colombia.
- Ballesté, I. (2006). *La infancia en situación de riesgo. Hacia una nueva ley de infancia*. *Revista de Trabajo Social*. Ejemplar dedicado a la infancia. N° 89. 85-99. Barcelona. España.
- Barrán, Jose Pedro (1994) *Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (/860-1920)*. Tomo 2. Ediciones de la Banda Oriental. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. Uruguay.
- Beltrán, M. (2018). *La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950)*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 25-38. Disponible en: <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.3>
- Benavides, F. (2023) *En Uruguay los problemas de salud mental en la primera infancia tienen mayor prevalencia en niños de bajos ingresos*. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2023/3/en-uruguay-los-problemas-de-salud-mental-en-la-primera-infancia-tienen-mayor-prevalencia-en-ninos-de-ingresos-mas-bajos/>
- Benglio et al., (2017) *Grupo de trabajo. Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias*. Informe final. Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.
- Bianco, A., y Figueroa, P. (2008). *Sobrediagnóstico, derechos vulnerados y efectos subjetivos*. *Ethos educativo*.(43), 64-79.
- Blasco, N. (Trad.). (1977). *Una conversación con Philippe Ariès* [Transcripción de radio]. En *Macroscopie*. France-Culture.

- Casas, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales*. Paidós. Barcelona.
- Carrere, J. (1927). *Los médicos psiquiatras y la delincuencia infantil*. Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, 1(2). Grupo de trabajo.
- Comité de Derechos del Niño (2019). Observación general relativa a los derechos del niño en el sistema de justicia juvenil. N°. 24. Disponible en: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler>.
- Cillero, M (2008) *El interés superior del niño* en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño, Justicia y Derechos del niño. UNICEF. N° 9. Segunda edición. Santiago de Chile.
- Cillero, M. (2016) *Infancia, Autonomía y Derechos: una cuestión de principios*. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/cillero.pdf>.
- Cristóforo et al., (2017). *Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión*. CSIC–UDELAR. Montevideo.
- Erosa, H. e Iglesias, S. (2000). *Acerca del concepto y prácticas en torno al abandono y riesgo social*. Serie Materiales de Apoyo: El abandono y su construcción punitiva. Año 1. N°1. Centro de Formación y Estudios del INAME. Montevideo.
- Dallaire, B., Gromaire, P., y Mc Cubbin, M. (2013). Dallaire, B., Gromaire, P. y Mc Cubbin, M. (2013). Medicalización y medicación de sufrimiento: el papel de los enfoques médicos y la medicación en las respuestas hecho a las necesidades de los jóvenes alojados en Auberges du coeur de Québec y de haudière-Appalaches. Revista Canadiense de Salud Mental, 32(4), 59-74.
- Di Lorio, J. y Seidmann, S. (2012). *¿Por qué encerrados? Saberes y prácticas de niños y niñas institucionalizados*. Teoría y crítica de la psicología. Universidad de Buenos Aires (Argentina). Disponible en: <http://teocripsi.com/documents/2IORO.pdf>
- Franchello, C. y Bauer, F. (2014). *Situación de Niños, Niñas y Adolescentes sin Cuidados Parentales en la República Argentina-Relevamiento Nacional*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia 76 (SENAF) y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. UNICEF. Buenos Aires. Argentina.
- García, M. (1994). *Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la doctrina de la protección integral*. Editorial Forum Pacis/ UNICEF. Bogotá,

- García, S. (2008). *Protección especial en el campo de la infancia y la adolescencia. Cambios y continuidades en las políticas de infancia en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay*. Cuadernos de la ENIA.
- Giachetto, G. (2010) *Programa Nacional de Salud de la Niñez: reflexiones y Desafíos*. Archivos de Pediatría del Uruguay.
- Goffman, E. (1972). *Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales*. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- Hormiga, P. (2015). *Estigmatización de la Infancia Institucionalizada*. Tesis de grado. Facultad de Psicología. Universidad de la República del Uruguay.
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) (2020). *La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes*. Informe de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de Uruguay (MNP).
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) (2019). *Informe Anual a la Asamblea General*. Disponible en: https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/publicaciones/INDDHH_Informe_Anual_a_la_Asamblea_General_2019_0.pdf
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). (2015). *Derecho a crecer en familia. Hacia un modelo alternativo a la internación*. UNICEF Uruguay.
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) (2019). *Manual de procedimientos para el sistema de protección integral de 24 horas*. Uruguay.
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. (2019c). *Contratación de servicios de atención integral especializados en salud mental* (Licitación pública n.º 13/018, expediente 44203/018, resolución 1999/2019, acta 2019/0031). Recuperado de https://www.comprasestatales.gub.uy/Resoluciones/acta_693726.pdf
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) (2020). *Modelo de atención del Sistema Integral de Protección a la infancia y a la Adolescencia contra la Violencia*. Uruguay.
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) (2021). *Estudio de población y de capacidad de respuesta en Sistema de Protección 24 Horas de INAU. Relevamiento de recursos humanos y de niños, niñas y adolescentes atendidos*. En colaboración con UNICEF Uruguay. Disponible en:

<https://www.unicef.org/uruguay/media/4476/file/Estudio%20de%20poblaci%C3%B3n%20del%20sistema%20de%20protecci%C3%B3n%2024%20horas%20INAU.pdf>

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). (2023). Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/institucional/historia>

Lecannelier, F. y Hoffmann, M. (2007). *Apego, institucionalización e intervención temprana. Resiliencia y vida cotidiana*. Psicolibros-waslala, pp. 249-268. Montevideo.

Leguizamón, F. (2011). *El Estado y la política de atención referida al adolescente capt(ur)ado por el Sistema Penal Juvenil: Un estudio sobre los Programas de Libertad Asistida en Montevideo, 1996-2004*. Tesis de Maestría de Trabajo Social. UDELAR. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.

Leopold, S. (2002). *Tratos y Destratos. Políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. Tesis de Maestría en Servicio Social. UDELARUFRJ. Montevideo

Leopold, B. (2012). *Los laberintos de la infancia: discursos, representaciones y crítica*. Tesis de Doctorado en Trabajo Social. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.

López, A., Palummo, J. (2013). *Internados. Las prácticas judiciales de institucionalización por protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fundación Justicia y Derecho. UNICEF Uruguay.

Manriquez, P. (1997). *La Convención sobre los Derechos de Niño*. Informe anual.

Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay (2009). *Construcción del sistema integrado de salud en el periodo 2005-2009*. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Construccion_Sist_Nac_Integrado_Salud_2005-2009-Uruguay.pdf

Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay (2019). *Ordenanza 1.488*. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488-019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>

Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay (2020). *Objetivos Sanitarios Nacionales*. Disponible en: <https://fdocuments.ec/document/dr-jorge-basso-ministerio-de-salud-publica-sanitarios-nacionales-cuentan.html?page=1>

- Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027*. Disponible en: <https://www.coursehero.com/file/220088666/Plan-Nacional-Salud-Mentalpdf/>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay (2021). *Hospital de Día ofrece atención ambulatoria a patologías psiquiátricas graves*. Artículo disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/hospital-dia-ofrece-atencion-ambulatoria-patologias-psiquiatricas-graves>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. Equipo de Salud Mental y uso de sustancias. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Salud mental del adolescente*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Los Derechos del Niño en: Derechos del Niño. Políticas para la infancia*. Boletín Informativo de UNICEF/IIN. Tomo 3. Editorial La Primera Prueba C.A.p. 4-16. Venezuela.
- ORTEGA, E. (2008). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Tesis de Maestría en Servicio Social. UDELAR-UFRJ. Montevideo.
- Puerto, J. (1980). *La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia*. Tomado de Jaramillo, L., (2007). *Concepción de la Infancia*. Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación. Universidad del Norte. 8(1), 108-123.
- Real Academia Española (2021). *Diccionario de la lengua española*. 23.^a edición, Disponible en: <https://dle.rae.es/institución>
- Techera et al., (2009). *La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. CSIC. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.
- UNICEF (2021). *Estado Mundial de la infancia. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>
- UNICEF Uruguay. (2012). *Derecho a crecer en familia*. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/derecho-crecer-en-familia>

UNICEF (2005). *Derechos del niño*. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/derechos-del-nino>

Untoiglich, G., et al. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad. Editorial Noveduc, 266 p., 3(2). 163-173. Buenos Aires.

Uriarte, C. (1999). Derecho penal juvenil y teoría de la pena. (2022). Revista De Derecho Penal, 16, p. 577-596. Disponible en: <https://revistas.fcu.edu.uy/index.php/penal/article/view/3390>

Uriarte, C., Silva, D., Salsamendi, J. y Pedernera, L. (2004). *Aproximación crítica al Código de la Niñez y la Adolescencia de la República Oriental del Uruguay*. Fundación de Cultura Universitaria. Montevideo.

Vignolo, J., et al. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 28 de febrero de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tIng=es.

Vomero, F. (2016). Qué significa clasificar en psiquiatría?.. Revista Articulando. Montevideo. Disponible en: www.articulando.com.uy/clasificar-psiQUIATRIA

Vomero, F. (2014). *La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte I*. Revista Articulando. Montevideo. Disponible en: <http://articulando.com.uy/la-psiQUIATRIZACION-DE-LA-INFANCIA-PARTE-I>

6. ANEXO:

6.1 Entrevista a informante calificado del Hospital Pereira Rossell:

1. ¿Cuáles son los principales objetivos de la institucionalización de la infancia en salud mental?

El objetivo en realidad es la rehabilitación, la revinculación con la sociedad en lo académico, lo social y si es posible, con la familia. Lo que ocurre es que cuando un niño o un adolescente es institucionalizado es realmente porque la situación familiar está en un punto ya muy, muy comprometido. Está muy grave ya. Y esto es muy importante tenerlo en cuenta porque los procesos de revinculación, porque se ha hablado mucho de esto, los procesos de revinculación son bastante complejos, este y pocas veces exitosos. O sea que para pensar digamos mejor el tema habría que pensarlo desde la prevención. Ahí está. O sea, habría que prevenir todo este tipo de situaciones, porque lo que dice la literatura internacional es que cuando estas cosas están muy comprometidas ya es muy difícil.

2. ¿A qué tipo de centros ingresan? ¿Y qué condiciones se deben cumplir?

Bueno, también es una pregunta que habría que afinarla un poco. Esto porque en realidad, hay centros de amparo que son de 24 horas, por lo que es común que los niños ingresen a estos centros. Básicamente el criterio justamente es que no cuentan con una familia o referente, digamos está. Después están los centros más especializados, que son los centros estos de medio camino que se llaman Centros de Atención Integral en Salud mental, que es un poco lo que yo te decía, que en general son adolescentes o niños con problemas conductuales, alteraciones de distintos tipos a nivel de salud mental, donde les impide un funcionamiento adecuado, ya sea en la casa o en otro tipo de centros. Entonces el que entra se encuentra para un tratamiento específico de esos problemas, con ese objetivo, un poco de la restitución, la revinculación y reintegración. Después están los centros crónicos, que ya son de larga estadía. O sea que son centros donde niños y adolescentes no cuentan con adultos referentes o una familia referente. En fin, tampoco tienen los medios para vivir en forma autónoma ya. Entonces tiene que pasar a estos centros donde son supervisados, donde se les brinda la protección. Cuidados necesarios para que puedan vivir acorde al potencial que ellos tienen.

3. ¿Cual es el principal motivo de ingreso al centro?

Bueno, esto que te acabo de decir. En el de medio camino son en el caso de adolescentes que es donde yo trabajo, son adolescentes que tienen problemas psiquiátricos, está este

que les impide funcionar en un lugar común porque se exponen a situaciones de riesgo, porque tienen conductas de riesgo para sí o para terceros. Entonces requieren una supervisión, un cuidado especializado y aparte un tratamiento que tienen que tratar estos problemas para que puedan funcionar mejor en la sociedad.

El motivo de los niños es parecido. Es similar también. No es lo mismo. Intentos de autoeliminación.

Tenemos ingreso todos los días y esos son de repente niños, sobre todo adolescentes, que consultan en puerta por intento de autoeliminación, se internan acá están unos días y luego vuelven a sus casas o vuelven a los hogares de donde vienen, pero vuelven, digamos, no es en sí mismo un criterio de institucionalización el intento de autoeliminación.

4. ¿Cómo se selecciona y evalúa a los niños que ingresan?

Bueno en el centro de medio camino, se hace un abordaje, se hace una evaluación integral, una evaluación integral individualizada. O sea, se hace por psiquiatría, por psicólogo, por trabajo social. Se hace un diagnóstico no sólo clínico, sino de situación también, que así se llama y se hace un proyecto que se llama PAI (propuesta de atención individual), en este proyecto se definen objetivos a corto y largo plazo.

5. ¿Cómo se manejan las situaciones de crisis o conflictos dentro del centro?

Hay protocolos claramente establecidos, donde así, esquemáticamente hay toda una primera etapa de contención, de contención verbal, de diálogo, buscando digamos prevenir un desarrollo de una situación más difícil. Después está también la intervención farmacológica. Y finalmente, si en la situación hay un riesgo de que el adolescente se haga daño, haga daño a otros, o entre en una crisis por ejemplo, de romper todo, ahí se toman las medidas de contención física. Hay todo un protocolo de aplicación que tiene que ser por 20 minutos máximo. Si amerita prolongar, debe estar autorizado por psiquiatra. Tiene que ser una indicación psiquiátrica para preservar y proteger.

6. ¿Cómo se aborda la relación con los padres o tutores legales de los niños ingresados?

En general, por lo menos en el centro que estoy yo, lo que se llama un dispositivo de atención familiar está, está más allá de que, por ejemplo, yo como psiquiatra muchas veces entrevisto algún referente, alguna madre o padre, muchas veces hay tíos, abuelos, lo que sea, o sea, algún familiar está, se busca siempre que sea posible este. Pero después está el dispositivo de atención familiar, que es un área cuidada por una psicóloga que se dedica expresamente a trabajar todo lo que tiene que ver con la familia. En general los chiquilines

que tienen referente familiar, más allá de toda la complejidad de esos vínculos, estos procesos son mejores, acompañan a los chiquilines en comparación a los que no tienen familia.

7. ¿Cómo se prepara a los niños para su eventual salida del centro?

Eso se prepara desde el día que ingresan. Desde el día que ingresa, se fija, digamos, un objetivo. Ese objetivo básicamente puede ser un proceso de restitución familiar (Por eso todo el dispositivo de atención familiar, los vínculos, en fin, todo esto) o lo que va hacia un lugar que se llama proyecto autónomo, donde hay algunos programas que trabajan en esto, que son para cuando egresen y tienen ciertas posibilidades de vida autónoma que se les apoya para que puedan continuar el proceso. También pueden ir a un residencial de larga estadía donde digamos ahí continúa su institucionalización.

Pero importa tanto, digamos, dónde van a vivir (la vivienda). La parte de proyectos educativos, laborales, o sea, armar un plan en general, también la salud, donde siguen atendándose y con quién, programas especiales, centros juveniles.

8. ¿Cuánto tiempo promedio dura una internación?

En el centro de medio camino nosotros en el plan, digamos la licitación antes eran dos años, ahora son 18 meses. En realidad, en el centro en el que yo trabajo sí se cumple porque son adolescentes, es algo que evaluó todos los años y andamos ahí dos años promedio. Pero es verdad que hay algunos chiquilines que están más tiempo y otros que están menos tiempo, pero sé que hay otros centros de medio camino que a veces tienen poblaciones con mayor discapacidad o algo así, que están más tiempo. Es medio camino, pero tienden más a hacer algo de cuidados crónicos.

9. ¿La forma de abordaje en los centros es interdisciplinaria? y en ese caso ¿qué disciplinas integran el equipo?

Sí, sí, sí. Es totalmente interdisciplinario y no puede ser de otra manera. En este tipo de centros el abordaje interdisciplinario es fundamental y muy importante. O sea, básicamente las áreas son psiquiatría, psicología y trabajo social. Integral. Hay una reunión del equipo, lo que llamamos la reunión del equipo técnico, que es como el aspecto fundamental del funcionamiento del centro. Rigurosamente todos los jueves, durante varias horas, todos los técnicos analizamos caso por caso la situación. Todas las complejidades de las situaciones. Pero a la vez aparte de estar el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, también están las maestras, fundamental el área pedagógica y ni que hablar toda la dirección y la parte administrativa. Luego están los educadores, que cumplen un rol fundamental. Cada niño o

adolescente tiene un educador referente, que es una persona fundamental en el proceso y que trabaja muy estrechamente con el técnico.

10. ¿Se mantiene comunicación y coordinación con los profesionales de la salud mental del prestador de salud mental del niño?

Durante el proceso básicamente no, lo que pasa que al ser de la órbita del INAU ya, todo lo que es salud mental queda cubierto por ese lado. Lo que se hace es al egreso, se realizan resúmenes de alta y se mandan los informes y todo para el profesional que va a continuar con el tratamiento.

11. ¿Qué otros centros existen para el abordaje de la salud mental en infancia?

Bueno, hay muchos dispositivos. Depende de las áreas. Está por ejemplo los famosos DIME para todo lo que tienen que ver con las dificultades de aprendizaje, después están todos los centros psicopedagógicos, y los centros integrales (psicopedagoga, psicomotricista, fonoaudióloga). En la infancia siempre hay un abordaje interdisciplinario que es fundamental y de esos hay muchos. Acá en el hospital está el hospital de Día también.