

Repensando el bienestar: ¿cómo afecta el contexto social a nuestra salud mental?

Propuestas desde la experiencia de la sociedad civil organizada



Índice

03	Introducción
06	Salud mental en Chile
07	2.1 <i>Contexto General</i>
12	2.2 <i>Justificación</i>
13	2.3 <i>Propuestas</i>
15	Comunidades educativas
16	3.1 <i>Contexto General</i>
19	3.2 <i>Justificación</i>
20	3.3 <i>Propuestas</i>
23	Niñez y adolescencia
24	4.1 <i>Contexto general</i>
27	4.2 <i>Justificación</i>
28	4.3 <i>Propuestas</i>
32	Residencias de protección de niñas, niños y adolescentes
33	5.1 <i>Contexto General</i>
34	5.2 <i>Justificación</i>
36	5.2.1 <i>Programa</i>
37	5.2.2 <i>Principales Resultados y aprendizajes a la fecha</i>
39	5.3 <i>Propuesta</i>
40	Personas con discapacidad
41	6.1 <i>Contexto General</i>
44	6.2 <i>Justificación</i>
46	6.3 <i>Propuestas</i>
48	Personas mayores
49	7.1 <i>Contexto General</i>
54	7.2 <i>Justificación</i>
55	7.3 <i>Propuestas</i>
58	Personas privadas de libertad
59	8.1 <i>Contexto General</i>
63	8.2 <i>Justificación</i>
65	8.3 <i>Propuestas</i>
66	Contextos de emergencia y desastre
67	9.1 <i>Contexto General</i>
70	9.2 <i>Justificación</i>
71	9.3 <i>Propuestas</i>
73	Consideraciones finales
75	Glosario
79	Referencias

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental es entendida como un “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. (OMS, 2022, párr. 2)

Esta ha tomado peso en la agenda pública de los distintos países y de la academia con especial fuerza en los últimos dos años como la otra o próxima pandemia tras el COVID-19. Un estudio realizado en 34 países, señala que la salud mental se convirtió en la segunda preocupación de las personas a nivel mundial en materia de salud, posicionándose incluso por sobre patologías como el cáncer y el estrés, y Chile no está ajeno a ello: un 62%, es decir, 6 de cada 10 encuestados en nuestro país cree que la salud mental es una prioridad sanitaria (IPSOS, 2022).

No obstante, la salud mental no es una temática nueva, pues ha sido visibilizada y situada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde mediados del siglo XX dentro de la salud pública y la responsabilidad de los Estados. A través de los años, se distinguen tres etapas que reflejan los cambios de paradigmas en salud mental: la primera ligada al carácter manicomial; la segunda basada en la lógica hospitalocéntrica; y una tercera basada en

los principios del modelo de atención comunitaria en salud mental que se ha ido profundizando en nuestra sociedad hasta la actualidad (Minoletti, Rojas, y Sepúlveda, 2011).

En Chile, desde los años noventa, se han llevado a cabo una serie de transformaciones en la comprensión y estrategias de atención de los trastornos y patologías de salud mental. Específicamente, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría presentado en el año 2000, introdujo el enfoque comunitario en la materia incorporando, además, la interdisciplinariedad, interinstitucionalidad, intersectorialidad y la participación social como aspectos importantes en la intervención y recuperación de la persona. (Gatica-Saavedra, Vicente & Rubí, 2020).

El modelo comunitario, es considerado por el Ministerio de Salud (MINSAL) (2017) como un modelo respetuoso de los derechos humanos de los pacientes, debido a que las personas dejan de ser entendidas como sujetos receptivos de intervenciones y son reconocidas como sujetos titulares de derechos con capacidades para exigir la protección de sus derechos en los diversos aspectos que afecten su nivel de salud mental y, por tanto, su bienestar.

Desde el año 2017 se encuentra vigente un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, el cual,



busca adaptarse a la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y tiene como objetivo corregir las brechas pendientes en cuanto a la implementación del modelo en el plan anterior. Asimismo, en el ámbito legislativo, en el año 2021 fue promulgada la ley N° 21.331 “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”. A estos hitos en materia de salud mental, se suma la incorporación de esta temática de forma prioritaria en el programa de Gobierno 2022 - 2026 que se ve reflejada en un aumento presupuestario para el año 2023.

Si bien todo lo anterior muestra un importante avance en esta materia, no ha sido suficiente. Actualmente, siguen existiendo brechas significativas que se profundizan por la desigualdad social y económica del país, un contexto sociopolítico y sanitario tensionante, y una demanda en aumento producto de una mayor prevalencia de patologías y trastornos de salud mental, que nos convocan a seguir trabajando por las transformaciones necesarias. En particular, se hace especialmente presente la necesidad de abordar la situación de personas en situación de vulnerabilidad y grupos de especial protección, que históricamente tienen una mayor dificultad para acceder a una atención de salud oportuna y de calidad.

Por ello, resulta primordial repensar el bienestar y preguntarnos ¿Cómo afecta el contexto social a nuestra salud mental? con el fin de buscar respuestas entendiendo la salud mental como un derecho humano fundamental para el desarrollo personal y comunitario. Así nace este documento, con la intención de visibilizar las problemáticas de salud mental presentes en diferentes grupos de personas, además de realizar propuestas que promuevan un abordaje intersectorial y colaborativo, ya que todos y todas somos corresponsables de la construcción de una sociedad que promueva el bienestar integral de todas las personas.

El presente documento es producto de un proceso de co-construcción llevado adelante entre los meses de marzo y octubre de 2022 por las Mesas de Políticas Públicas y proyectos MovidosxChile, JxI y JxR de la Comunidad de Organizaciones Solidarias, abordando así el estado actual de la salud mental en Chile, sus principales desafíos y propuestas para su abordaje, que se desarrollan a lo largo del documento a través de los siguientes capítulos:

- Salud Mental en Chile
- Comunidades Educativas
- Niñez y Adolescencia
- Residencias de protección para niñas, niños, y adolescentes
- Discapacidad e inclusión
- Personas Mayores
- Personas privadas de la libertad
- Contexto de emergencia y catástrofe



Como Comunidad de Organizaciones Solidarias, red de más de 240 organizaciones de la sociedad civil que trabajan para la superación de la pobreza y exclusión social, creemos en el actuar colaborativo para la construcción de un país más justo, equitativo y sostenible. Por ello, esperamos que este documento sea de utilidad y considerado tanto por el poder ejecutivo y como el poder legislativo, aspirando con ello contribuir al reconocimiento de la salud mental como un derecho social que debe ser garantizado en pos de aumentar el bienestar de nuestra sociedad.



Repensando el bienestar:
¿cómo afecta el contexto social a nuestra salud mental?

02. Salud mental *en Chile*



II. SALUD MENTAL EN CHILE¹

2.1 Contexto General

Chile afronta hoy un difícil panorama en materia de salud mental. De acuerdo con el estudio “Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC”, levantado por la Asociación Chilena de Seguridad y el Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Universidad Católica, durante la pandemia por COVID 19, en el periodo de mayores contagios, 1 de cada 3 personas en Chile presentaba problemas de salud mental o tenía la sospecha de padecerlos (Asociación Chilena de Seguridad, 2022). Sin embargo, los datos del último sondeo de este estudio -mayo 2022- ponen de manifiesto que parte importante de esos problemas de salud mental son independientes de la pandemia, evidenciando que en el contexto de la disminución de casos y el avance de las campañas de vacunación, esa proporción ha bajado solamente hasta alcanzar a 1 de cada 5 personas y afirmando que síntomas como la sensación de soledad y la ansiedad siguen teniendo una importante prevalencia (Asociación Chilena de Seguridad y Centro

UC de Encuestas y Estudios Longitudinales, 2022).

Lo anterior nos permite afirmar que la problemática de vivir en una sociedad que experimenta altas tasas de problemas de salud mental no surgió con la pandemia, sino que es una constante que se presenta en nuestro país desde hace varios años. A partir de la última Encuesta Nacional de Salud realizada en nuestro país en 2016-2017, se puede observar que “un 6,2% de las personas tiene depresión en Chile y un 15,8% se encontraría en “sospecha de depresión”, lo que significa que presenta síntomas de tristeza (disforia) y la falta de interés o capacidad de disfrute (anhedonia) (Ministerio de Salud (MINSAL), 2018a).

Asimismo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chile es uno de los países con mayor carga de morbilidad atribuible por enfermedades psiquiátricas en el mundo. Así lo plantea el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, donde un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están

¹ El presente capítulo fue construido colaborativamente por la Mesa Salud de la Comunidad de Organizaciones Solidarias, mesa que nace en el año 2019 con el propósito de incidir para que se garanticen los principios básicos reconocidos en la carta de derechos y deberes de los pacientes. Actualmente la Mesa Educación está conformada por las siguientes organizaciones: Corporación Renal Infantil Mater, Corporación Yo Mujer, Corporación Oncomamás, Fundación Chile Sin Cáncer, Fundación Debra (Niños Piel De Cristal), Fundación De Ayuda Al Niño Oncológico Casa De La Sagrada Familia, Fundación Dkms Chile, Fundación Gantz, Fundación Inspira, Fundación Las Rosas, Fundación Huella Gestión Social, Fundación Sonrisas y Ong. Psicólogos Voluntarios de Chile.



determinados por condiciones neuropsiquiátricas. Lo anterior implica que, en comparación con otras condiciones de salud, el conjunto de psicopatologías explica la mayor parte de pérdida de AVISA, seguidas por las Enfermedades Digestivas (15,8%) y Enfermedades Cardiovasculares (12,1%). (Ministerio de Salud, 2008)

El Ministerio de Salud a su vez (Ministerio de Salud, 2019, 2) sostiene que aproximadamente “1.800 personas mueren al año en el país por suicidio y por cada uno de estos, alrededor de 20 personas realizan un intento”. Si bien se observa que el mayor número de suicidios en el país se presentó en 2008, las tasas ajustadas de mortalidad sugieren una tendencia al descenso de estos datos y luego a la estabilidad a partir de 2013 con valores alrededor de los 10 casos por cada 100 mil habitantes.” (Ministerio de Salud, 2021) No obstante lo anterior, es preciso destacar que el suicidio, continúa siendo tema de gran preocupación en la salud pública, particularmente en las personas mayores donde se presentan números más elevados.

Las licencias médicas por enfermedades mentales son otro aspecto que permite evidenciar la problemática de salud mental en Chile, ocupando desde el año 2008, el primer lugar entre las causas de licencia médica y con un fuerte incremento a partir de la pandemia (Superintendencia de Salud, s.f.). Un reportaje realizado por Gallardo y Cárcamo (2022) evidencia que en 2020 se

registraron 1,7 millones de licencias médicas tramitadas por problemas de salud mental, lo que significó un aumento del 19,3% de dichas licencias respecto a los registros de 2019. Es preciso destacar que del total de estas licencias el 78% correspondió a Fonasa.

Los trastornos de salud mental afectan de manera diferencial a los grupos poblacionales, lo que dependerá de las características sociodemográficas de cada uno. En particular, se observa que las psicopatologías se presentan más frecuentemente en mujeres y en personas con nivel educacional bajo (MINSAL, 2018a; Jiménez, Reyes y Rojas, 2021). La OMS sostiene que “la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.” (Organización Mundial de la Salud, 2022)

A su vez, dependiendo del grupo etario, las psicopatologías presentan características y condiciones diferentes. En la población adulta, según Vicente, Saldivia y Pihán (2016) los trastornos de ansiedad, depresión mayor y consumo de alcohol ocupan los primeros lugares en prevalencia, mientras que, “casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida” (Vicente, Saldivia y Pihán, 2016). En el grupo de niñas, niños y



adolescentes, por su parte, la mayor prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico corresponde a aquellos de ansiedad y disruptivos que alcanzan el 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas).

Pese a estas cifras, Chile continúa presentando un significativo déficit en políticas públicas en la materia. Si bien, desde el año 2000, a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se buscó instalar un modelo comunitario en la cual la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud se articulan considerando las dinámicas relaciones y vínculos de las personas y sus comunidades, plan que consiguió aumentar la dotación de personal en salud mental y desinstitucionalizar pacientes de hospitales psiquiátricos insertando las camas psiquiátricas en hospitales generales, los años han evidenciado las dificultades de instalación del modelo.

Una de las razones en esta política no logró sus objetivos, se observa al comparar el presupuesto fiscal destinado a financiar acciones de salud mental con el promedio mundial: si bien para el año 2023 se proyecta un aumento de este presupuesto alcanzando el 3,6% del total del presupuesto en salud, lo que significa un aumento de aproximadamente un 1,6%, esta cifra continúa siendo menor al 5% que se propuso como meta en el Plan Nacional y que se estableció de acuerdo recomendaciones de la OMS (Jiménez et al, 2021).

Sumado a lo anterior, se presenta una clara falta en la promoción de profesionales dedicados al tratamiento de salud mental y en particular a la atención a través de los servicios públicos y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). De acuerdo con datos de Fonasa publicados por la Unidad de Investigación de BioBioChile, en 2020 existían únicamente 2.438 psiquiatras en Chile, de los cuales, 1.922 atendían a adultos y 516 a niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la investigación mencionada identificó que de este total de psiquiatras solo 53 trabajaban en Modalidad Libre Elección, es decir, que solo se podía acceder al servicio de 53 psiquiatras en todo el país a través de la compra de un bono en establecimientos privados en convenio con Fonasa. Esta falta de profesionales se veía agudizada en regiones como Tarapacá, Atacama, Ñuble y Los Ríos donde en 2020 no existía acceso a ningún psiquiatra con convenio de Fonasa, o en otras como Arica y Parinacota, Aysén, Magallanes, Maule, O'Higgins, La Araucanía y Los Lagos, donde sólo contaban con un psiquiatra con convenio. (González, 17 de octubre de 2021)

En materia de cobertura de atención de salud mental, también se observa un déficit significativo en el país. En relación al tratamiento de las 85 patologías de salud que actualmente cubre el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), sólo cinco (5,9%) corresponden a



psicopatologías: depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias, trastorno afectivo bipolar y demencias². (Jiménez et al. 2021). Asimismo, si comparamos la cobertura de atención en la materia con la de otros países, también da cuenta de aquella falta de inversión: mientras que en Chile alcanza aproximadamente a no más de un 20% de la población, en países de medianos ingresos la cobertura llega a un 50%. (Jiménez et al. 2021)

Con respecto a la cobertura de la atención ambulatoria, se propone en nuestro país como centro especializado para este nivel de atención a los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), instituciones que tienen como objetivo “otorgar una atención de calidad en salud mental ambulatoria especializada, a las personas que presenten una condición de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, sus familias y comunidades” (Ministerio de Salud, 2018b, 52). Dentro de sus pilares fundamentales, está realizar una atención de forma articulada e integrada con la atención primaria y otros puntos de la red para mejorar y recuperar la salud mental de las personas. Estas instituciones, trabajan en tres líneas de acción: programa de adicciones, programa adulto y programa infante-juvenil.

Un aspecto positivo de los COSAM es que se encuentra inserto de la comunidad, por lo

² Si bien estas cinco psicopatologías están incluidas dentro del Plan AUGGE/GES, es preciso destacar que la cobertura de la esquizofrenia, la depresión y el trastorno bipolar es garantizada únicamente para

tanto, debería brindar una atención coherente y pertinente con las fortalezas y debilidades que se encuentran en las personas y su territorio. No obstante, dentro de los aspectos negativos se encuentra una amplia variabilidad en cuanto a la composición de los equipos y prestaciones de un centro y otro, también al destinar una sola institución para salud mental se deja de lado el principio de atención integral en salud. (Gatica-Saavedra, Vicente y Rubí, 2020)

Puntualmente, la oferta de la atención ambulatoria entregada por los COSAM en nuestro país se presenta insuficiente en relación con los parámetros internacionales. Según estándares de la OMS, debería existir un centro de atención por cada 40 mil habitantes, pero en Chile existe un COSAM por cada 140 mil personas, con una concentración en las grandes zonas urbanas, lo que excluye a las personas que viven en la ruralidad o en urbanizaciones más pequeñas. (Hartung, 23 de agosto de 2020)

A esta falta de cobertura de la atención en salud mental en establecimientos públicos, se observa que una clara dificultad para acceder a la misma a través del seguro público de Salud (FONASA) o las aseguradoras privadas (Isapres), lo que obligan a muchos de quienes buscan un

personas mayores de 15 años, mientras que tratamiento asociado al consumo perjudicial de drogas y alcohol, se garantiza solo para menores de 20 años.



tratamiento para su psicopatología acceder a ellos de forma particular.

Mientras que los planes de las Isapres presentan en las consultas y tratamiento de psiquiatría y psicología una cobertura notablemente inferior que las enfermedades físicas, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (o CAEC) de Isapres y FONASA tampoco incluye dentro de su cobertura las hospitalizaciones o tratamientos de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo. (Errázuriz et al., 2015)

En términos de la calidad de los servicios de salud mental, un estudio realizado en el año 2018, reporta que el 47% de los usuarios y usuarias entrega razones espontáneas de insatisfacción que refieren principalmente a los largos tiempos de espera, la mala disposición por parte de los profesionales de la salud, la escasa dotación de personal, las atenciones de corta duración y la mala atención entregada. (Baeza et al., 2020). Lo mencionado demuestra que, hoy en día existen cifras que apuntan directamente a una evaluación negativa de los servicios y atención en salud. Esto es de suma relevancia, pues tanto el trato recibido como la relación médico-paciente son elementos clave en la obtención de buenos resultados en salud. Tal como señalan Baeza et. al. (2020) las experiencias positivas ayudan a la adherencia a los tratamientos y a las indicaciones médicas, lo cual facilita que las

personas adquieran un rol activo en pos de mejorar su salud.

En los últimos años finalmente, la salud mental ha ido tomando relevancia en la agenda legislativa, acelerada en gran medida por el estallido social y la pandemia. En el año 2021 se promulga la ley 21.331 “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”, cuya finalidad, establecida en su artículo 1, es “reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral”.

En particular, esta ley se destaca por la mirada que presenta respecto a la hospitalización psiquiátrica, entendiéndose su artículo 11 como “una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria” y “que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles, dentro del entorno familiar, comunitario o social de la persona, con una visión interdisciplinaria y restringida al tiempo estrictamente necesario”.

Adicionalmente, la ley regula debe promoverse la mantención de los vínculos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares y su entorno social y que los plazos de hospitalización debe ser el menor tiempo



posible y de manera definida en el establecimiento hospitalario de la red pública más cercano al domicilio.

Sin embargo, es preciso destacar que si bien la ley estipula que la prescripción de la hospitalización debe ser firmada por dos profesionales de distintas disciplinas, siendo uno médico cirujano, y que este debe ser de preferencia psiquiatra, esto no se presenta como obligatorio.

Por último, si bien sin duda la promulgación de esta ley fue un avance significativo en materia de política pública, se puede reconocer en su lectura que su aproximación a la salud mental existe desde una lógica de patología y no, como plantea la OMS (2018), entendiendo la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición que de manera muy concisa, presenta una visión amplia respecto a la salud, entendida más allá de la patología e incluyendo su promoción y prevención.

2.2 Justificación

A partir de lo ya expuesto, la necesidad de contar con políticas públicas que garanticen presupuesto, infraestructura y personal suficientes para tratamientos eficaces se presenta entonces como urgencia para abordar la problemática de salud en general y de salud mental en particular. Lo anterior

considerando que las psicopatologías no solo afectan la calidad de vida de los individuos, sino que también aumentan el riesgo de enfermedades físicas y significan un costo económico y social tanto para las personas como para el país.

Un informe de la OCDE (OECD, 2021) publicado en 2021, señala que a partir de estimaciones de Australia se estima que los costos totales de la mala salud mental ascienden al 4% del PIB, el 45% de los cuales son costos indirectos. Así mismo este documento destaca a partir de un informe de la Investigación de la Comisión Australiana de Productividad se identifica que reformas al sistema de salud mental como el enfoque en la promoción y la prevención, la mejora del acceso a la atención y la integración de los servicios, y la promoción de la recuperación podrían traer mejoras en la calidad de vida valoradas en 18.000 millones de AUD anuales, y una mayor participación económica valorada en 1.300 millones de AUD.

Asimismo, a nivel personal también se presentan costos económicos importantes. Vivir con una psicopatología no solo significa altos costos por el propio tratamiento si no que, a su vez, se ha observado que las personas con trastornos de salud mental presentan dos veces más ausentismo para desarrollar sus actividades habituales que aquellos que sin trastornos y en particular, según un informe elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y



la Salud en el Trabajo, entre el 50 y el 60% del ausentismo laboral es ocasionado por situaciones de estrés (Galvis, 2018).

De esta manera se puede observar como la relación entre salud mental y pobreza se presenta como un círculo vicioso, donde los trastornos mentales generan altos costos en las personas, contribuyendo a una profundización de la situación de pobreza, mientras que son los aspectos de la pobreza como el bajo nivel educacional, malas condiciones de habitabilidad y nutrición, entre otros, los que en muchas ocasiones se presentan como factores asociados a las causas de los mismos trastornos.

De aquí la importancia de considerar una mirada más integral del cuidado de la salud mental con un enfoque de curso de vida, considerando las distintas etapas desde la gestación hasta la muerte de un ser humano, desde lo promocional y preventivo hasta tratamiento y cuidados paliativos.

Junto a las medidas de prevención, también cobra relevancia promover instancias que fortalezcan las habilidades socioemocionales desde los espacios educativos a fin de promover y prevenir desde la niñez las enfermedades en salud mental, reducir los estigmas que existen en torno a ella y/o a los síntomas que pueden surgir en las personas con afectación psíquica o mental (como angustia, ansiedad, frustración, etc.) que dificultan a la hora de solicitar ayuda aumentando la sintomatología. De acuerdo con lo

propuesto por la OCDE, países como Finlandia e Islandia que se han centrado en la enseñanza de habilidades socioemocionales en las escuelas, y programas en línea para apoyar la salud mental de los jóvenes en Australia, Noruega y los Países Bajos, han tenido impacto positivo en salud mental. (OECD, 2021)

2.3 Propuestas

- Acceso a tratamiento
 - Aumentar la disponibilidad de horas de profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que atienden a través de la atención pública y mediante copago FONASA.
 - Promover la distribución equitativa de profesionales de la salud mental a lo largo del país.
 - Promover la formación de psiquiatras en universidades de todas las regiones del país.
 - Aumentar cobertura AUGE/GES a un mayor número de psicopatologías considerando todas las edades de los beneficiarios.
 - Promover aumento en la cobertura en la atención en salud mental que ofrecen las aseguradoras privadas.



- Diseñar e implementar nuevas salas de atención que generen una sensación de seguridad, comodidad y garantizar la privacidad.
- Implementar una política pública de salud de contención en salud mental, entendida como el procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, con líneas enfocadas en abordar la problemática desde un nivel individual, familiar y social.
- Fortalecer la implementación del enfoque comunitario de manera igualitaria en los diferentes territorios del país a través de una formación a la totalidad de funcionarios y funcionales del área de la salud.
- Facilitar la colaboración público-privada generando espacios de articulación a nivel territorial entre los distintos actores que trabajan en temáticas de salud mental: centros de atención primaria, COSAM, escuelas, organizaciones de la sociedad civil, centros médicos privados, entre otros.
- Aumentar progresivamente el presupuesto en salud mental hacia un 5,1% del gasto total en salud, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS en 2011.
- Diseñar e implementar una política de promoción de la salud mental de carácter interministerial con el fin de alcanzar a toda la población según su contexto donde participen al menos los Ministerios de Desarrollo Social y Familia, Educación, Mujer y Trabajo.
- Promover acciones para la erradicación de estigmatización asociada a los trastornos de salud mental.
- Realizar campañas públicas sensibilizando sobre los trastornos de salud mental con el fin de disminuir prejuicios y discriminaciones en distintos contextos de la vida cotidiana.
- Incluir en el currículum académico formaciones en habilidades socioemocionales e información sobre los trastornos de salud mental.



03. Comunidades educativas



III. COMUNIDADES EDUCATIVAS³

3.1 Contexto General

La salud mental de los distintos actores de la comunidad educativa se vio gravemente afectada con la pandemia. Si bien antes de 2020, ya existía preocupación por la prevalencia de los trastornos mentales en nuestro país, luego de la experiencia vivida estos años, hoy se observan síntomas de psicopatologías en estudiantes de todos los niveles y en otros miembros de dichas comunidades, como docentes y directivos.

Los niños, niñas y adolescentes fueron una de las poblaciones más afectadas por las cuarentenas, situación que les obligó a dejar de asistir a las escuelas y a participar a través de la modalidad de clases virtuales desde sus hogares. Este grupo también afrontó dificultades adicionales, ya que su capacidad de responder al estrés vivido

dependía en gran medida de la salud mental y habilidades parentales de sus cuidadores.

Un estudio publicado en marzo de 2021, sobre los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de estudiantes de pre-kínder a cuarto básico en Chile, mostró dentro de sus hallazgos un incremento en síntomas como el estar triste y desganado, incluso para hacer cosas de su gusto, junto con cambios en el apetito. Por otra parte, el estudio también señaló que un 20,6% de los estudiantes pasó de no presentar síntomas, a presentar al menos uno de los considerados en la medición (Halpern, Larraguibel, Montt y Rojas-Andrade, 2021).

En el caso de los adolescentes y jóvenes, y previo a la pandemia, según datos de la Novena Encuesta Nacional de Juventud, el 10,4% de los jóvenes se hallaba frecuentemente desganado, mientras el 11,5%, con problemas para dormir. También,

³ El presente capítulo fue construido colaborativamente por la Mesa Educación de la Comunidad de Organizaciones Solidarias, mesa que nace en el año 2018 con el propósito de promover un cambio de enfoque donde la política educativa se construya desde una mirada con el estudiante en el centro, que contemple la intersectorialidad e interrelación de los distintos niveles.

Actualmente la Mesa Educación está conformada por las siguientes organizaciones: Corporación Amigos Del Lago Ranco, Corporación Educacional Emprender, Corporación Empresas Del Maipo, Corporación Forja Chile, Corporación Formando Chile, Corporación Simón De Cirene, Fundación Educacional Chile Dual, Fundación Eres, Fundación Por Una Carrera, Fundación Portas, Fundación Soymás, Ong. Good Neighbors Chile y Ong. Innovacien.



datos de la misma medición señalaban que el 43,7% de ellos consideraba que era nada o muy poco probable costear atenciones psicológicas o psiquiátricas (Instituto Nacional de la Juventud, 2019). Por su parte, y frente al escenario de pandemia en la región, UNICEF levantó la Encuesta de Salud Mental (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños, 2020) para adolescentes y jóvenes entre 13 y 29 años residentes en América Latina y el Caribe. Los primeros resultados de este sondeo revelaron que el 27% había sentido ansiedad y el 15%, síntomas depresivos en la semana previa al levantamiento. A su vez, 3 de cada 4 encuestados y encuestadas señalaron haber sentido la necesidad de pedir ayuda en relación a su bienestar (UNICEF, 2020). El análisis cualitativo de los resultados de la encuesta, donde se excluyó a los mayores de 24 años, mostró que un 12% de los encuestados declaró no contar con estrategias para afrontar la situación de pandemia (Restrepo, 2022).

Por su parte, la salud mental de jóvenes que estudian en la educación superior también supone un aspecto de preocupación, incluso previo a la pandemia. Este tema ha sido abordado insuficientemente pese a los problemas señalados por los mismos estudiantes y sus representantes, como el Centro de Estudiantes de Arquitectura de la Universidad de Chile, quienes en el año 2019 ya reflexionaban sobre la necesidad de hablar de la problemática y los factores que inciden en esta. La falta de integralidad en la

mirada hacia los estudiantes y sus necesidades, la alta exigencia y sobrecarga académica, el fomento de la competitividad, la cultura del sufrimiento y el esfuerzo, junto con la falta de respuesta a la creciente diversidad del estudiantado, ya eran señalados por los mismos estudiantes como aspectos que incidían negativamente en su salud mental (Centro Estudiantes Arquitectura Universidad de Chile, 2019). Asimismo, datos de la Encuesta de Inclusión en Educación Superior 2021, levantada por Fundación Portas entre sus becados, quienes pertenecen a la primera generación de sus familias en ingresar a la educación superior, mostraron que los trastornos de salud mental eran señalados como la principal razón por la que los encuestados habían pensado en abandonar sus estudios (Fundación Portas, 2021).

Finalmente, y considerando el contexto COVID-19, los hallazgos de un estudio publicado en 2021 que contó con la participación de 2.411 estudiantes de primer año, mostraron que 3 de cada 4 estudiantes percibieron empeoramiento de su ánimo comparado con el tiempo previo a la pandemia, identificando mayores síntomas depresivos y ansiosos en mujeres (MacGinty, Jiménez-Molina y Martínez, 2021).

Por su parte, la docencia ha sido señalada como una profesión altamente afectada por el estrés laboral y Síndrome del Burnout, asociado al agotamiento crónico. Esto debido a las altas exigencias del día a día



que implican solucionar conflictos individuales y grupales, responder a las exigencias de padres y apoderados, afrontar la desmotivación que muchas veces manifiestan los estudiantes e incluso trabajar fuera de sus horarios (Jiménez, Jara y Miranda, 2012). Adicionalmente, cabe señalar que la salud mental de los docentes no sólo es relevante considerando su propio bienestar, sino que también las implicancias que las afecciones en este ámbito de la salud pueden tener dentro del aula, en las interacciones con sus estudiantes y en el fomento del bienestar de estos últimos.

Los altos niveles de desgaste y sobrecarga laboral de profesores y profesoras, si bien han sido expuestos previo a la pandemia, se han agudizado al considerar los desafíos que esta ha supuesto para la labor docente, dejando ver a nivel mundial las difíciles condiciones en que los profesionales de la educación han tenido que responder a este escenario, en el que se han visto en la necesidad de desarrollar nuevas habilidades acordes al trabajo virtual, asumiendo nuevas responsabilidades y destinando mayor tiempo a mantener el contacto con las familias (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2021). En este contexto, un estudio levantado por Fundación Chile, Circular HR y EducarChile (2020), cuyo objetivo fue medir el impacto del teletrabajo en el bienestar docente, ahondó en los niveles de engagement -entendido como un estado de activación positiva relacionado con el trabajo- y

agotamiento laboral -como estado opuesto al anterior- bajo el nuevo marco de trabajo virtual. Los resultados mostraron que los docentes, en comparación con otros profesionales, presentaban menores niveles de engagement y mayores niveles de agotamiento, tanto previo a la pandemia, como durante esta. El nivel de agotamiento también resultó ser mayor en las docentes, en comparación con sus pares hombres, esto debido a la multiplicidad de roles que suelen asumir las mujeres al interior de sus hogares y, por consiguiente, a la sobrecarga que ello significa.

Ahora, considerando el contexto de necesidad en que se encuentra Chile y sus comunidades educativas frente a la salud mental, es preciso reconocer algunos de los obstáculos que impiden la correcta implementación de acciones que fomenten el bienestar y prevengan los trastornos de salud mental del estudiantado y los docentes. En esta línea, un estudio cualitativo publicado en el año 2018 (Rojas-Andrade y Leiva, 2018) donde participaron distintos profesionales ejecutores de dichas intervenciones, identificó tres categorías principales de factores contextuales que dificultan la intervención en salud mental y bienestar; condiciones políticas, condiciones escolares y condiciones familiares.

Dentro de las condiciones políticas se levantaron aspectos como la falta de reconocimiento del problema por parte de



las autoridades, la falta de articulación adecuada de las intervenciones -lo que genera sobre intervención y problemas de coordinación de acciones-, y la falta de financiamiento, que se traduce en déficit de materiales y recursos humanos. Respecto a las condiciones escolares, el modelo educativo centrado en aspectos cognitivos-académicos, muchas veces deja fuera el trabajo en salud mental. Así mismo, la agenda escolar ofrece poca disponibilidad horaria y de instalaciones para trabajar estos temas, y a ello se suma la alta sobrecarga que enfrentan los docentes, lo que impacta negativamente en el rol que estos pueden cumplir en torno a las acciones en salud mental. Finalmente, dentro de las condiciones familiares se encuentra la falta de participación y compromiso parental como una de las grandes barreras para avanzar en salud mental escolar, ya que las acciones impulsadas por los equipos profesionales no siempre reciben refuerzo en los hogares de los estudiantes por diversos factores sociales.

3.2 Justificación

Los contextos educativos, principalmente las escuelas, se han convertido en uno de los escenarios más importantes para niños, niñas y adolescentes al ser el espacio en donde pasan más tiempo, comparten con otras personas y desarrollan diversos tipos de habilidades, capacidades y herramientas (Martínez, 2007). A partir de esto, es que

UNICEF plantea que las escuelas deben trabajar para ser significadas por sus estudiantes como el escenario que no sólo se limite al trabajo en torno a los ejes académicos, sino que se convierta en un espacio emocionalmente positivo para el desarrollo de habilidades socioemocionales, resolución de problemas, construcción de lazos significativos y crecimiento en competencias que promueven el trabajo respecto a sí mismo. A propósito de lo anterior, no se puede obviar la correlación que existe entre salud mental y educación, al ser este último el contexto que promueve la formación de hábitos saludables y el fortalecimiento de capacidades para el bienestar (UNICEF, 2005 en Macaya y Vicente, 2020).

En la actualidad, existe consenso de que los programas y acciones en los contextos educativos han evolucionado cada vez más desde la consideración de la salud física, para incluir enfoque y preocupación en torno a la salud mental. Las escuelas e instituciones se presentan como un espacio favorable para realizar intervenciones convenientes para el bienestar de cada estudiante al favorecer el desarrollo de factores protectores (Dowdy, et al, 2010). Por lo tanto, desplegar estrategias de salud mental trae como consecuencia el aumento de habilidades sociales y emocionales, el descenso del comportamiento disruptivo y mejora en el rendimiento escolar (Macaya y Vicente, 2020). Sin embargo, la implementación de estos programas,



acciones y estrategias se enfrenta a numerosos desafíos que se deben tener en cuenta.

Uno de estos desafíos consiste en la falta de coordinación entre las instituciones educativas y de salud en el área de salud mental, sobre todo cuando los datos dan cuenta que las escuelas e instituciones educativas se convierten en el espacio en donde se detectan mayoritariamente los problemas de esta índole (Macaya y Vicente, 2020). Si bien, los servicios y herramientas para trabajar la salud mental dentro de estos establecimientos son escasos, el rol que vienen a cumplir está más asociado a la prevención y promoción del bienestar, junto a una identificación e intervención temprana para quienes se consideran en una situación de riesgo e intervenciones más intensivas para estudiantes con dificultades de mayor calibre (Rossen y Cowan, 2014).

Por último, es importante destacar que se ha evidenciado que la participación de niños, niñas y adolescentes en programas, acciones e intervenciones con foco en la salud mental y el desarrollo de competencias que promuevan el bienestar personal, conlleva cambios favorables en su concentración, desempeño y rendimiento escolar, respuestas impetuosas, dependencia emocional, relaciones entre pares y en los niveles de disfunción psicosocial (Leiva et al, 2015). Estas mejoras y progresos, a su vez, no sólo se observaron en estudiantes, sino que también en

docentes y familiares partícipes de estos programas e intervenciones, lo que da cuenta de la importancia de la participación de todos los actores de la comunidad educativa (Leiva, et al, 2015).

3.3 Propuestas

A partir de la información levantada en este documento y desde nuestra experiencia en terreno, realizamos las siguientes propuestas:

- Fortalecer un estándar mínimo de financiamiento, cobertura y gobernanza de salud mental acorde a las necesidades de los establecimientos.
- Contar con un diagnóstico cuantitativo a nivel nacional del estado de la salud mental y del bienestar subjetivo en general, de las y los participantes de las comunidades educativas, con el fin de tener un diagnóstico preciso a nivel estatal que permita implementar políticas públicas globales.
- Promover la realización de diagnósticos participativos de tipo cualitativos en cada escuela con el fin de entregar información específica para las consideraciones a nivel del contexto de cada comunidad escolar en particular.
- Priorizar la realización de espacios para el bienestar de todas y todos los



educadores dentro de su jornada laboral.

- Las y los educadores, en sus roles de profesores, auxiliares, inspectores, directivos y otros profesionales de la educación en los distintos niveles educativos, son clave para el acompañamiento de las y los estudiantes. Por esto, proponemos que el cuidado, enfocado en el bienestar y en el cuidado colectivo de los equipos de trabajo sea un imperativo en cada escuela, considerando que estos espacios sean realizados periódicamente.
- Promover la sensibilización y formación de equipos directivos para el acompañamiento docente. De manera que sea a través del liderazgo de los equipos directivos que se da continuidad y progresión al cuidado colectivo, siendo éstos capaces de catalogar los principales estresores que gatillan malestar en sus comunidades, permitiéndoles tomar medidas pertinentes y a tiempo, fortaleciendo la autonomía del equipo directivo.
- Incorporar un enfoque transversal de lo emocional y social en el currículum.
- Mantener objetivos prioritarios establecidos en los planes y programas educativos incluyendo lo socioemocional.
- Definir mínimo de horas para el trabajo de habilidades socioemocionales.
- Fortalecer el proceso de transición que viven los y las estudiantes al ingresar a la educación superior, otorgando apoyo a través del desarrollo de habilidades para la vida académica en nuevos estudiantes, las cuales permitan afrontar los desafíos académicos con herramientas que promuevan el bienestar y el autocuidado.
- Mejorar los canales de información utilizados por las casas de estudios superiores en la difusión de su oferta programática interna de apoyo a la salud mental, evitando la falta de consulta por desconocimiento de parte de los y las estudiantes.
- Propiciar un proceso de reflexión respecto a la carga académica en las carreras en educación superior, transitando hacia mallas que eviten la sobrecarga, respondan a la diversidad del estudiantado y permitan abordar las exigencias académicas considerando la salud mental como un eje transversal en la formación profesional.



- Promover iniciativas estudiantiles en torno a la salud socioemocional, el acompañamiento y las relaciones sanas y positivas, así como la sensibilización y formación de liderazgos estudiantiles en el acompañamiento a otros ante la presencia de sintomatología de trastornos de salud mental.
- Incentivar la vinculación de las comunidades educativas con otros organismos públicos y privados que acompañen en el desarrollo de actividades promoción y contención de salud mental al interior de los

establecimientos educativos. Resulta importante la realización de una convocatoria abierta a todas las instituciones que quieran colaborar con las comunidades educativas en la materia y el involucramiento de los colegios en su selección.

- Fortalecer equipo de convivencia escolar en División Educación General (DEG) del MINEDUC para una mayor y mejor articulación y orientación a las comunidades.



04. *Niñez y adolescencia*



IV. NIÑEZ Y ADOLESCENCIA⁴

4.1 Contexto general

Las estadísticas epidemiológicas, la carga por enfermedad neuropsiquiátrica⁵, el bajo gasto público, las brechas de atención sanitaria y la escasa oferta pública en programas promocionales y preventivos, son antecedentes de un escenario altamente complejo para la salud mental infanto juvenil en Chile.

La evidencia da cuenta que la carga de psicopatologías en Chile, es superior a las reportadas en Latinoamérica y el Caribe y similares a las de Estados Unidos y Canadá. (MINSAL, 2008). Respecto a la población infanto-juvenil representa un 30,3% en población en el rango de 1 a 9 años y un 38,3% en la población de 10 a 18 años.

Cabe subrayar que las problemáticas relacionadas a la salud mental infanto-juvenil, requiere a su vez, relevar las

condiciones psicosociales y sus efectos en la salud mental de las mujeres durante la etapa perinatal y puerperio. En Chile, cerca del 30% de las mujeres embarazadas, experimenta síntomas de depresión y/o ansiedad (Jadresic, 2014). Considerando solamente los trastornos depresivos, la prevalencia llega en esta población al 7,5% (ELPI, 2017). En este marco, estudios nacionales como internacionales, refieren que tanto la depresión como la angustia durante el embarazo y los antecedentes depresivos previos, constituyen los factores de riesgo más relevantes para la depresión post parto (Jadresic, 2014). En Chile, esta alcanza al 12,8% (ELPI, 2017), siendo los factores asociados: "la disconformidad respecto del propio cuerpo con posterioridad al parto, un alto nivel de sobrecarga relacionada con el cuidado del bebé, los antecedentes de violencia intrafamiliar, una pobre relación interpersonal con la pareja o

⁴ El presente capítulo fue elaborado por la Mesa Niñez de la Comunidad de Organizaciones Solidarias en la Región Metropolitana. Esta Mesa creada en el año 2010, tiene como objetivo contribuir al diseño y mejoramiento de las políticas públicas dirigidas a garantizar los derechos de las niñas, niños y adolescentes y sus familias a través de la promoción, prevención y reparación. Actualmente la Mesa está conformada por 19 organizaciones de la sociedad civil: Corporación Atrapasueños, Corporación Simón De Cirene, Corporación Sociedad Activa "United Way Chile", Maria Ayuda Corporación De Beneficencia, Fundación Chilena De La Adopción, Fundación Encuentro, Fundación Ideas Para La Infancia, Fundación Sentido, Fundación Regazo, Ong. Good Neighbors, Fundación Abrazame, Aldeas Infantiles SOS, Fundación América Solidaria, Fundación Infancia Primero, Fundación Cinco Pielas, Fundación Mi Casa, Fundación Santa Ana, Fundación Para La Confianza y Observatorio Niñez y Adolescencia.

⁵ El estudio de la carga de la enfermedad es una métrica que combina los daños letales prematuros que ocasionan los problemas de salud con sus consecuencias en términos de discapacidad, de manera que hacen posible identificar aquellos problemas de salud que sin ser causas de muerte son causa de importante morbilidad, comorbilidad y discapacidades. (Gómez Dantés H et al., 2011)



con el padre del recién nacido, y el nivel socioeconómico” (MINSAL, 2017, p.13).

Según la evidencia internacional (MINSAL, 2017), la depresión durante la gestación y el post parto⁶, está asociadas con problemas en niños y niñas en distintos ámbitos de su desarrollo, tales como, dificultades a nivel psicomotor y emocional, lenguaje, cognición, apego, funcionamiento interpersonal, problemas conductuales, malnutrición, alteraciones neuroendocrinas, entre otras. A su vez, da cuenta que la percepción de disfunción familiar, presencia de trastornos psiquiátricos, pertenecer a un hogar uni-parental, historia de abuso sexual, maltrato y deserción escolar, son factores que aumentan la probabilidad de manifestar algún problema de salud mental (ELPI, 2017).

En términos epidemiológicos, son escasas las investigaciones actualizadas que den cuenta de la prevalencia de patologías neuropsiquiátricas en población infanto-juvenil. El estudio “Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitaria” (Vicente et al., 2012), evidencia que un 38,3% de la población entre 4 y 18 años presenta manifestaciones compatibles con un diagnóstico de salud mental; esta prevalencia alcanza un 43,3% en las mujeres

⁶ Utilizamos aquí los términos de depresión pre y post parto en consideración de las estadísticas epidemiológicas existentes, sin embargo, resulta relevante destacar que el DSM-V, reemplazó esta distinción y utiliza el concepto de “periparto”, aplicable a episodios depresivos que se inician en el embarazo

y un 42,9% en el grupo de 4 a 11 años. Los diagnósticos que alcanzan mayor prevalencia son: el Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH), con un 15,1% en toda esta población y un 23,9% en niñas y niños entre 4 y 11 años; y los trastornos de ansiedad (fobia social y trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación) cuya prevalencia es de 21% en la población de 4 a 11 años.

En términos comparativos, un estudio orientado a conocer los porcentajes de felicidad y bienestar emocional en infantes de 16 a 40 meses en Chile, Polonia, Corea del Sur y Estados Unidos, suma antecedentes alarmantes. El informe da cuenta que Chile presenta los indicadores más altos en relación con la afectividad negativa: miedo, tristeza, frustración, en comparación con los otros países incluidos en la muestra (Krassner et al, 2016).

Respecto a la población preadolescente y adolescente (12 a 18 años), el mismo estudio señala que el 15,7% de ese grupo etario presenta sintomatología compatible con un trastorno ansioso, 12,8% con un trastorno del comportamiento disruptivo y 10,1% con trastorno por consumo de sustancias, siendo el abuso y dependencia de alcohol las más prevalentes (4,0 y 3,6%,

o en las cuatro semanas después del parto. Esto ya que se ha constatado que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza en el embarazo, lo que da cuenta de la continuidad de los síntomas anímicos perinatales (Jadresic, 2014)



respectivamente). En este mismo grupo etario, son preocupantes las cifras de suicidio adolescente, respecto al cual, si bien las cifras de mortalidad se han estabilizado durante los últimos años, es la tercera causa de muerte en jóvenes y adolescentes entre 15 y 19 años. Silva y otros (2017) reportan un 14,3% de intentos de suicidio en adolescentes entre 13 y 18 años.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental y su vinculación con las condiciones y estilos de crianza de madres, padres, cuidadoras y cuidadores, los resultados de la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI, 2017), muestran que el 95% de las cuidadoras y cuidadores principales de niñas y niños son sus madres y que 75,8% de las cuidadoras y cuidadores principales no cuenta con apoyos en esta tarea. Además, en relación a los métodos de crianza utilizados, sólo un 31,7% de niños y niñas, entre 5 y 12 años recibe exclusivamente métodos de disciplina no violentos, mientras que entre un 62,5 y un 63,1% de adultos de los hogares utilizan sólo métodos de disciplina violentos. Así también, respecto a las series anteriores de la encuesta, los hogares monoparentales han ido en aumento, en particular en los quintiles I y II de ingreso, factor que se asocia a un incremento en la probabilidad de problemas de salud mental en niñas, niños y adolescentes. Todo lo anterior, introduce las variables de género y condición socioeconómica como las claves a la hora de analizar la problemática de salud mental

en niñas, niños y quienes están a cargo de su crianza (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Al igual que en el resto del mundo, en Chile la pandemia por COVID-19 ha causado efectos en la salud mental de la población y muy en particular en la de niñas, niños y adolescentes. A la fecha, distintos estudios entregan evidencia en torno a los complejos efectos de la suspensión de las actividades escolares, la interrupción de las interacciones sociales presenciales, la sobreexposición a pantallas y el estrés sostenido vinculado con la duración prolongada del aislamiento y el miedo a contagiarse, entre otros, lo que ha mermado la salud mental y el bienestar de niñas, niños y adolescentes (Educación 2020, 2020).

A su vez, respecto a las competencias parentales en el contexto de pandemia, un estudio realizado por Saldías (2021), hace referencia a la disminución de las prácticas de crianza positiva de madres, padres, cuidadoras y cuidadores de niños y niñas entre 8 y 12 años. En cuanto al impacto de la pandemia en la salud mental de las familias, el estudio publicado por Sáez (2022), caracteriza variables psicosociales de las familias y estudiantes de educación básica de las comunas del sur de Chile durante el primer año de la pandemia, dando cuenta que un 71% de los padres y madres refieren que sus hijas e hijos presentan conductas ansiosas y/o agresivas, y un 67% refiere



requerir asesoramiento por parte de algún especialista en salud mental.

En relación con la respuesta del sistema público a la temática de salud mental, cabe consignar que el gasto público en salud mental en Chile es reducido, representando en el año 2021, sólo el 2,10% del gasto total en salud, cifra muy inferior a países con similar o superior nivel de desarrollo. Otro elemento que contribuye a que en materia de salud mental nos enfrentemos a un escenario complejo, son las dificultades de acceso a la atención en salud mental por parte de niñas, niños y adolescentes. Según el estudio de Vicente y otros (2012), existe un 66% de niñas, niños y adolescentes que requieren atención sanitaria y no la reciben en ningún servicio público, mientras que un 85% no recibe ningún tipo de atención en el sistema sanitario formal. La misma investigación reporta, que son los servicios educativos donde se accede principalmente en busca de ayuda por problemas de salud mental, seguido por los servicios ambulatorios. La brecha asistencial es aún mayor en población infanto-juvenil bajo el sistema de protección especializada, alcanzando el 88,9% (MINSAL, 2017). Cabe señalar, que en el caso de las Garantías Explícitas en Salud (GES), de las 85 patologías cubiertas, sólo 5 corresponden a Salud Mental (depresión y trastorno bipolar en personas mayores de 15 años, esquizofrenia, abuso/dependencia de alcohol y drogas para menores de 20 años, y

Alzheimer), quedando fuera de cobertura, gran parte de la población infanto-juvenil.

4.2 Justificación

El diagnóstico en salud mental infanto-juvenil presentado aquí a grosso modo, permite visibilizar con extrema claridad, la profundidad, gravedad y urgencia de una problemática que se inicia incluso desde la etapa perinatal, la cual se ve fuertemente afectada tanto por las condiciones psicosociales en que viven las personas que desean maternar y/o son gestantes, como por la falta de acceso a una evaluación precoz o de tamizaje en salud mental durante la etapa perinatal.

Si bien, Chile adolece de investigaciones robustas y actualizadas sobre salud mental de manera general y en particular en la población infanto-juvenil, las existentes arrojan cifras alarmantes en cuanto a la carga de psicopatologías en este segmento. Además, estudios comparativos internacionales en la primera infancia, han posibilitado iluminar un delicado escenario en que los más pequeños de nuestro país, aparecen con datos epidemiológicos de escala mundial. Y que, por cierto, no mejoran en la población adolescente.

El diseño de políticas y programas, orientados a la atención de esta problemática, presenta la necesidad de un abordaje multidimensional e intersectorial,



que permita levantar una oferta programática que incluya de manera consistente, la promoción y prevención en su universalidad y que cuente con enfoques y metodologías de intervención afines al problema.

Entre estos enfoques y metodologías, se destacan aquellos que consideren la transversalidad y relevancia de la perspectiva de género. En particular resulta necesario abordar: a) la brecha socioeconómica que aqueja a las mujeres de manera general y la sobrecarga en los cuidados por mujeres que son madres en su mayoría, lo que impacta negativamente en el vínculo parento filial y en los estilos de crianza; y, b) la violencia intrafamiliar, maltrato o abuso que afectan a mujeres y niñas, causando estragos en quienes la viven.

Por otra parte, y en relación a los determinantes sociales de la salud, resulta fundamental, destacar la necesidad de una mirada promocional y preventiva en salud mental que logre visibilizar la alta morbilidad de trastornos que presentan niñas, niños y adolescentes hoy (junto a una proyección muy compleja para ellas y ellos en el futuro en tanto adultos), que no se limite a una comprensión neurocientífica, sino que se amplíe a una perspectiva que integre lo familiar y comunitario. Es decir, niñas, niños, adolescentes, familias o quienes crían y cuidan, necesitan participar de su comunidad activamente y contar con

espacios, y condiciones para ello, a fin de afianzar redes de apoyo, confianza y cuidado en un amplio sentido, lo que podría impactar favorablemente en la salud mental de todas y todos ellos.

Por último, es relevante integrar la perspectiva de urgencia en el diseño de políticas públicas en materia de salud mental de niñas, niños y adolescentes, ya que, la pandemia reveló con fuerza una crisis en los distintos ámbitos de su vida, tales como: la pérdida de sus espacios de socialización y educación habituales, y la afectación de sus familias en términos sociales y económicos, lo que significó un impacto severo e inconcluso en su desarrollo integral, provocando el inicio de sintomatologías o trastornos en salud mental.

4.3 Propuestas

Propuestas generales

- Elaborar un diagnóstico claro sobre la salud mental infantojuvenil en Chile que considere:
 - Construcción conjunta entre Estado, academia y organizaciones de la sociedad civil, para lograr un diagnóstico representativo y actualizado.
 - Recolección de información a través de instrumentos



actualizados que permitan tener datos robustos y comparables.

- Consideración de prevalencia de psicopatologías, factores de riesgo y protectores, así como acceso y utilización de servicios.
- Inclusión de niñas, niños y adolescentes como informantes claves respecto a su propia salud mental y de informantes múltiples (familia, colegio, servicio de salud).
- Análisis de oferta pública y privada orientada a atención de niñas, niños y adolescentes.
- Crear una política de salud mental en el marco de la Ley N° 21.430 De garantía y protección integral de derechos de NNA y sus reglamentos con programas y proyectos articulados entre sí.
 - Instalar dispositivos preventivos, incluidos aquellos para el fortalecimiento de las habilidades y competencias parentales, para todo el ciclo vital de niñas, niños y adolescentes para disminuir la incidencia y evitar la agudización de trastornos de salud mental y sus repercusiones, además de evitar la estigmatización y patologización.
 - Dirigir el diseño de implementación de las Oficinas

Locales de Niñez hacia la prevención y promoción, dotándolas de presupuesto propio.

- Aumentar la cobertura para atenciones de niñas, niños y adolescentes tanto en urgencia psiquiátrica como en cupos de hospitalización según diagnóstico.
- Potenciar la formación inicial y continua de profesionales especialistas en salud mental infanto-juvenil, con mayores estándares de calidad definidos desde las exigencias a las instituciones de educación superior que los forman.
- Promover investigaciones públicas y privadas en torno a la salud mental de niñas, niños y adolescentes con el objetivo de educar y tomar decisiones en base al conocimiento empírico y evidencias científicas.
- Incorporar y potenciar el uso de metodologías psicoterapéuticas desde APS que favorezcan el involucramiento de la comunidad, las escuelas, el trabajo terapéutico grupal y la participación de adultos significativos.

Propuestas en etapa perinatal y primera infancia:

- Garantizar prestaciones y diseñar protocolos para la evaluación precoz, monitoreo y acompañamiento



psicosocial de todas las personas que se encuentran en la etapa perinatal y de puerperio por profesionales de la Salud Mental.

- Aplicar screening o cuestionarios estandarizados para pesquisar, por ejemplo, sintomatología depresiva en la madre, así como desarrollar y cruzar con entrevistas clínicas desde el campo psicosocial, que permitan un tamizaje en profundidad en torno a la salud mental materna, el vínculo con su hija o hijo y condiciones sociales.
- Asegurar que estas evaluaciones sean efectivamente integrales y que no se limiten a derivaciones de otros profesionales.
- Asegurar que las y los profesionales de salud mental puedan apoyar la primera acogida de gestantes/puérperas en los servicios de salud de atención primaria u hospitalaria contando con redes de derivación según complejidad.
- Desarrollar esta modalidad de atención desde la gestación y hasta, al menos, los dos años de edad de la hija o hijo.
- Realizar primeras evaluaciones de pesquisa con niñas y niños mayores de

2 años, de manera integrada por los equipos de salud y salud mental infantil, en atención primaria.

- Fomentar la creación y apoyar el fortalecimiento de espacios comunitarios ya existentes orientados al cuidado de la primera infancia, en los territorios locales, ya sean autogestionados como ofertados por el Estado, municipios u organizaciones de la sociedad civil.
 - Articular estas instancias con los sectores de salud, educación y comunitaria local, o, ser entes derivantes a la red de salud mental.
- Fomentar la implementación de programas de apoyo a la crianza y fortalecimiento de habilidades y competencias parentales

Propuesta etapa segunda infancia:

- Incorporar en el sistema de garantías explícitas en salud GES las psicopatologías más prevalentes en niños y niñas, como los trastornos por déficit atencional e hiperactividad y los trastornos ansiosos, asegurando atención oportuna y de calidad.
- Fortalecer dispositivos de política pública que favorezcan la creación de espacios de encuentro comunitario



(bibliotecas, espacios deportivos, cafés literarios, salas de teatro), que potencien experiencias al aire libre y el vínculo con la naturaleza para las infancias; tales dispositivos deben considerar el componente de equidad, priorizando poblaciones que por sus características socioeconómica tienen menor acceso.

- Fortalecimiento de políticas de conciliación vida-trabajo y corresponsabilidad parental que favorezcan la generación y mantenimiento de vínculos positivos, espacios de disfrute y goce entre adultos y niños.
- Promover un debate público en torno a los medios de comunicación y la influencia de sus contenidos en la salud mental de niños y niñas. En particular en lo referente a hipersexualización de la infancia, exposición a contenido violento y sexual.

Propuesta etapa de adolescencia:

- Trabajar un programa de prevención en salud mental enfocado en autolesiones, consumo de sustancias y otras situaciones de riesgo, dirigido a adolescentes.
- Diseñar un plan de capacitación a docentes, educadores y otros adultos vinculados de manera cotidiana a

adolescentes, respecto a la relevancia de la salud mental, características evolutivas de este rango etario, su cuidado y estrategias de abordaje.

- Potenciar programas de inicio temprano en prevención de conductas de riesgo durante la adolescencia, con foco en el involucramiento parental.



05. *Residencias de protección* de niñas, niños y adolescentes



V. RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES⁷

5.1 Contexto General

Se estima que para el año 2022, cerca de 4.000 niñas y niños han sido separados de sus familias de origen y derivados a residencias de protección debido a graves vulneraciones en sus derechos.

Sabemos, además, que las personas que han vivido graves vulneraciones y malos tratos reiterados en la infancia, van desarrollando traumas complejos, los que requieren de un acompañamiento especializado (sensible al trauma) para poder desarrollarse integralmente.

Asimismo, hoy en día existen cerca de 5.900 adultos que trabajan en el sistema residencial (Sename, 2019), divididos en 4 perfiles principales: 1) directores/as de residencias, 2) profesionales ligados al área social (duplas psicosociales), 3) educadores de trato directo y 4) otros profesionales. Según la misma fuente, el 36% de los funcionarios en residencias cuenta sólo con educación media, un 30% educación técnica y sólo un 34% con educación universitaria (cifra que se concentra en directores de residencias y duplas psicosociales,

principalmente); lo que da cuenta de una ausencia de formación especializada.

La situación actual residencial en Chile, por lo tanto, presenta grandes brechas con relación al abordaje de la salud mental de niñas, niños y adolescentes que, en su gran mayoría, han vivido un trauma complejo:

- Los equipos residenciales no cuentan con formación especializada teórico-práctica en trauma complejo para el abordaje de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.
- Los equipos residenciales requieren acompañamiento clínico, entendido como el análisis de cada caso con la supervisión reflexiva de una persona experta que permita una coordinación interna coherente de todas quienes intervienen en su cuidado, con una mirada sistémica y sensible al trauma.
- El área específica de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en residencias de protección, carece de programas probados, con evidencia

⁷ Este capítulo fue elaborado por Juntos x la Infancia, proyecto que nace en 2017 de la alianza entre la Comunidad de Organizaciones Solidarias, la Corporación 3xi y la Confederación de Producción y Comercio (CPC) con el propósito de contribuir a la calidad de vida de niñas, niños y adolescentes de residencias de protección (ex Sename y actual Servicio de Protección especializada: "Mejor Niñez").



empírica, que aborden la problemática de trauma.

Estas brechas resultan especialmente graves teniendo en cuenta que avances de las neurociencias constatan que las experiencias adversas sufridas por niñas y niños expuestos a malos tratos afectan tanto la estructura del cerebro (disminución de tamaño cerebral y número de neuronas) como la función del cerebro (disminución de conexiones neuronales) (Pollak, et al., 2000). De esta manera, se afectan las funciones ejecutivas, la capacidad de regulación emocional y conductual, lo que predispone a niñas, niños y adolescentes a presentar graves trastornos de salud mental.

La falta de formación con foco en trauma complejo y la carencia de acompañamiento clínico especializado, tiene como consecuencia una ineficaz respuesta a las necesidades de salud mental específicas de niñas, niños y adolescentes, por parte de los equipos de las residencias.

La problemática de salud mental en residencias muestra cifras alarmantes. En el “Proyecto Piloto de Residencias Infante Adolescentes” del Hogar de Cristo, se constata que el 60% de los adolescentes había sufrido algún tipo de maltrato, el 77% había sufrido maltrato psicológico y un 52% abuso sexual; mientras que el 47% tenía un diagnóstico psiquiátrico y el 43% consumía algún medicamento psiquiátrico (Hogar de Cristo, 2020).

Por su parte, el Ministerio de Salud condujo una evaluación de niñas, niños y adolescentes en residencias de protección, concluyendo que un 27,9% presentaban trastornos de salud mental grave tales como ideación e intento suicida, autoagresiones, depresión grave, trastorno bipolar, consumo perjudicial, esquizofrenia y trastorno de conducta grave (MINSAL, 2017, en SENAME 2019).

Si bien la evidencia científica nos muestra los potentes efectos que tiene el trauma en el neurodesarrollo de niñas, niños y adolescentes, también señala que existe la neuroplasticidad cerebral. Es decir, un cerebro dañado puede cambiar en respuesta a la experiencia y a la estimulación del contexto. Por lo tanto, para afectar positivamente el desarrollo de niñas, niños y adolescentes que han sufrido trauma complejo, se requieren intervenciones oportunas por cuidadores especializados que permitan potenciar que los contextos provean el máximo de seguridad física, emocional y vincular para evitar que los individuos entren en estados de supervivencia. (Perry, 2009; Teicher, 2002).

5.2 Justificación

Actualmente, desde el programa Juntos x la Infancia, en conjunto con la consultora Vincularnos, y financiado a través del “Fondo Transforma” de la Fundación Colunga Hunneus, se está desarrollando el Programa



de Formación, Habilitación en competencias y Acompañamiento clínico para el adecuado abordaje de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en cuatro residencias de protección.

Este programa busca aportar con la solución a este problema, impactando directamente a 140 funcionarios de las residencias de protección de 4 residencias ubicadas en las regiones de Valparaíso, del Bío Bío y Metropolitana. Los usuarios indirectos serán 146 niñas, niños y adolescentes que viven en esas residencias, quienes, en su gran mayoría, presentan trauma complejo debido a graves vulneraciones de sus derechos y malos tratos.

El programa para el abordaje de la Salud Mental nace en respuesta a las brechas existentes en relación a la falta de formación con foco en trauma; la ausencia de acompañamiento clínico (supervisión reflexiva y coordinación interna del equipo en torno a los casos), con mirada sistémica y sensible al trauma, de los equipos en residencias; sumado a la ausencia de un marco común compartido por los distintos profesionales y disciplinas que participan tanto en los cuidados como en el tratamiento de niñas, niños y adolescentes que viven en residencias de protección (escuela, consultorio, etc.).

La gran innovación del programa consiste en instalar una mirada comprensiva, sensible al trauma, de los síntomas de salud mental de niñas, niños y adolescentes, que cambie las

preguntas “¿Qué hay de malo en ti? ¿Cuál es tu trastorno?” por “¿Qué te pasó?” Creemos que esta mirada despatologizante, que comprende las actitudes de niñas, niños y adolescentes como una consecuencia, es más justa y respetuosa con el sufrimiento de niñas, niños y adolescentes.

Como forma de aplicar este cambio de paradigma, el equipo de salud mental detrás del programa, desarrolla una nueva forma de evaluación diagnóstica para niñas, niños y adolescentes que viven en residencias, el “Modelo de Evaluación Comprensivo Multiaxial”.

Este modelo de evaluación busca ir más allá del diagnóstico psiquiátrico categorial de la salud mental, integrando en la evaluación los conocimientos actuales en neurodesarrollo y trauma, vínculo y apego. De esta forma, este modelo busca favorecer una comprensión etiológica (diagnóstica) más profunda, que a su vez oriente intervenciones ajustadas a las necesidades específicas de cada niña, niño o adolescente. Esta propuesta, de organización y visibilización de la información (antecedentes, sintomatología, entre otros), permite ampliar la mirada más allá de la conducta. Esta mirada, al ser compartida por todo el equipo interviniente, permite una interpretación común que facilita y enriquece cada una de las intervenciones.

El Modelo de Evaluación Comprensivo Multiaxial integra distintas disciplinas que



están en la vanguardia en cuanto al estudio del trauma. Este nuevo paradigma en el abordaje de la salud mental de niñas, niños y adolescentes permite:

- Integrar grandes avances teóricos de las últimas décadas en diferentes áreas del desarrollo infantil y la salud mental (genética, epigenética, neurociencias y neurodesarrollo, trauma, teoría del apego, desarrollo de la regulación emocional, entre otras).
- Entregar una comprensión de la vivencia de niñas, niños y adolescentes que da cuenta de la complejidad etiológica de la psicopatología (como alternativa al modelo de diagnóstico y clasificación actual centrado en la identificación de síntomas y lo psicopatológico).
- Construir un marco común compartido por los profesionales y las distintas disciplinas que participan en los cuidados y tratamiento de niñas, niños y adolescentes que viven en residencias. En la instancia de acompañamiento clínico se convoca a todos los funcionarios de la residencia y a otros profesionales vinculados con la red de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de una supervisión reflexiva de los casos, donde se analizan las conductas y dificultades de niñas, niños y

adolescentes desde esta nueva mirada.

- Relevar el rol de los recursos y necesidades particulares de cada niña, niño y adolescente, y sus cuidadoras y cuidadores, dentro de su plan de intervención (v/s los tratamientos actuales que suelen limitarse al uso de fármacos y a abordajes conductuales, sin una clara comprensión del origen de la sintomatología).

5.2.1 Programa

Objetivo general: Validar un modelo de intervención orientado a mejorar la calidad de los cuidados, diagnósticos e intervenciones de salud mental con foco en trauma, a través de un programa de formación y acompañamiento clínico a equipos de 4 residencias de niñas, niños y adolescentes en la región Metropolitana, de Valparaíso y del Biobío

Objetivos específicos:

- a. Fortalecer los conocimientos de los equipos de residencia en trauma complejo, apego, neurodesarrollo y desregulación emocional, lo que permite una mejor comprensión de los diagnósticos de salud mental de niñas, niños y adolescentes en residencias.
- b. Instalar una estrategia de evaluación comprensiva sensible al trauma que favorezca el diseño e



implementación de intervenciones ajustadas a las necesidades particulares de niñas, niños y adolescentes, por medio del acompañamiento clínico.

- c. Instalar habilidades de supervisión y acompañamiento clínico en el equipo técnico de la organización, lo cual asegure la sostenibilidad de la intervención.
- d. Evaluar el proceso y los resultados de la implementación del programa con el fin de ajustar y validar un modelo escalable.

Este programa tiene una duración de 2 años por residencia y 3 pilares de intervención:

- Cursos de Formación: talleres sincrónicos en modalidad online basados en los principios del aprendizaje del adulto (docencia en grupos pequeños, presentaciones audiovisuales, lectura personal y aplicación a casos). En 2,5 horas de duración, se promueve la participación activa. El objetivo principal es fortalecer los conocimientos de los equipos para una mejor comprensión de los diagnósticos de salud mental, estableciendo un marco teórico común que facilite el desarrollo de planes de intervención atingentes.
- Acompañamiento Clínico: reunión sincrónica en modalidad online de 2,5 horas. Se revisa en profundidad el

caso de una niña, niño o adolescente con una pauta diseñada en base al Modelo de Evaluación Comprensivo Multiaxial y participan todos los miembros del equipo residencial que tengan relación directa con la niña, niño o adolescente. Se entrega material escrito o sugerencias de archivos audiovisuales para profundizar los temas que requieren mayor formación. El objetivo es instalar una estrategia de evaluación comprensiva, sensible al trauma, que favorezca el diseño e implementación de intervenciones ajustadas a las necesidades de cada niña, niño o adolescente.

- Talleres de formación de supervisores clínicos: sincrónicos en modalidad online, dirigidos a 2 profesionales por residencia, uno de la organización a la que pertenece la residencia y otro del equipo intersectorial del servicio de salud correspondiente, cuyo objetivo es instalar habilidades de supervisión reflexiva que favorezca la sostenibilidad de la intervención.

5.2.2. Principales Resultados y aprendizajes a la fecha

Resultados Preliminares mayo a julio 2022:

- Los funcionarios de las residencias declaran tener mayor claridad de su rol y mayor claridad en las estrategias de



intervención con niñas, niños y adolescentes, después de los acompañamientos clínicos.

- Al evaluar satisfacción de los equipos, vemos que las personas que presentan casos en los acompañamientos clínicos, posee una valoración positiva de los mismos: La "metodología de la sesión" se evalúa con nota 6.9 como promedio, el componente de "opinión general" se evalúa con nota 6.2, promedio; y la "relación con facilitadores" y "temas abordados" se evalúan con un 6.8 en promedio.
- Respecto al registro de crisis de niñas, niños y adolescentes en residencias, los resultados preliminares muestran una tendencia a la disminución de las crisis durante los 3 meses de implementación del Programa. Cabe señalar, que debemos seguir observando este indicador durante el año, para ver si la tendencia se mantiene y considerar el contexto.
- Con respecto a los talleres de formación se puede ver que la asistencia disminuye en el tiempo, es decir, la asistencia promedio del taller 1 es significativamente mayor que la del taller

Aprendizajes:

- Visibilizar la relevancia que tiene el contacto y el conocimiento de cada residencia, conocer la dinámica y el modo de proceder (de su funcionamiento, dinámicas, cultura, valores, sellos...), ya que son muy diferentes entre sí y desde ahí la relevancia de generar más instancias entre relatoras y directoras de residencia, así como la presencialidad de los acompañamientos clínicos, intercambios de experiencias y buenas prácticas entre residencias, y rol de coordinación.
- Incorporar temáticas extras a los acompañamientos clínicos cuando es necesario. (abordar niñas, niños y adolescentes con Trastornos del Espectro Autista o TEA, comprender la adolescencia y otros), así como generar instancias de seguimiento de los acompañamientos, dada las necesidades específicas de cada residencia y por ende el cumplir con las expectativas de la contraparte siendo fundamental la flexibilidad y la coherencia para el logro de las metas.
- Incorporar de forma paralela las instancias de Cuidado de Equipos, ya que no solo permite generar un espacio de contención, sino que permite conocer y vincularnos con



los equipos, lo que fortalece la relación y por ende su adherencia y fidelidad al modelo. Estos espacios son un complemento base para el desarrollo del programa, y busca no solo generar una instancia de cuidado sino que instalar y relevar este tema en los equipos, así como entregar herramientas y estrategias para el abordaje del desgaste emocional y del trabajo de la coordinación de los equipos propiciando un buen clima laboral. (alto porcentaje de ausentismo por licencias médicas asociadas a salud mental)

- El registro de crisis se fortaleció como herramienta, este busca visibilizar las desregulaciones que ocurren semanalmente en cada residencia, esta permite no solo cuantificarlas, sino que contar con los antecedentes que permitan generar estrategias de prevención de las crisis o que las crisis sean menos intensas o seguidas en el tiempo, para ello se considera el relato de la crisis y otros antecedentes no solo el hecho puntual en sí mismo.
- Engranaje del programa al modelo específico de cada residencia, que se incorpore de forma coherente y consistente a las dinámicas y modos que ya están en funcionamiento en las residencias.

- Trabajar con todo el equipo es fundamental, incorporar a los diferentes roles en esta experiencia permite generar no solo un lenguaje común, sino que también permite una mejor coordinación, comunicación y clima en los equipos, considerando que de una u otra forma, todos quienes trabajan en residencias inciden en la vida de niñas, niños y adolescentes.

5.3 Propuesta

A partir de la experiencia teórico-práctica del proyecto Juntos por la Infancia con la implementación del Programa de Formación, Habilitación en competencias y Acompañamiento clínico para el adecuado abordaje de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en residencias de protección, se propone escalar progresivamente el modelo de intervención hasta su implementación en todas las residencias del país.



06. Personas con *discapacidad*



VI. PERSONAS CON DISCAPACIDAD⁸

6.1 Contexto General

En Chile, según el II Estudio Nacional de la Discapacidad, realizado en 2015, existen 2.606.914 personas con discapacidad mayores de 18 años, lo que representa un 20% de la población adulta total. Un 64,4% de ellas son mujeres. A su vez, en el caso de niños, niñas y adolescentes entre 2 y 18 años, un 5,8% se encuentra en situación de discapacidad, equivalente a un total de 229.904 de personas. Al consultar por afecciones de salud mental, este estudio expuso que más de la mitad de las personas con discapacidad declaró presentarlas: mientras que, en los niños, niñas y adolescentes, un 54,6% presenta trastornos mentales y de comportamientos en las personas adultas este número asciende a 59% (SENADIS, 2016).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, define que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación

plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006).

El modelo biopsicosocial (Engel, 1977), plantea que la discapacidad es el resultado de la interacción entre una persona y factores biológicos, psicológicos y sociales. Es decir, desde este enfoque no se ve la discapacidad como un atributo inherente o condición que las personas tienen, sino desde la comprensión de un constructo social relacional entre la sociedad y el sujeto, en el cual, existe una interacción positiva o negativa dependiendo del conjunto de barreras o facilitadores del entorno (Brogná, 2006).

Siguiendo esta línea, el modelo considera distintos factores que inciden en la vida del sujeto, conocidos como determinantes de salud y que repercuten directamente en la salud de la persona, como por ejemplo, las condiciones de vida, educación, situación económica, estilo de vida, el ambiente, entre otros. Es por esto que Louro (2003) plantea que es necesario considerar antecedentes que resaltan la correspondencia de la familia

⁸ El presente capítulo nace de la colaboración de la Mesa Discapacidad e Inclusión de la Comunidad de Organizaciones Solidarias. Esta Mesa nació con el propósito de colaborar a nivel público y privado en la inclusión social de personas con discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos. Actualmente esta Mesa está conformada por 14 organizaciones de la sociedad civil: Corporación De Padres Y Amigos Por El Limitado Visual (CORPALIV), Corporación Para La Inclusión De Personas Con Discapacidad Visual Y Sordociegas (CIDEVI), Fundación Best Buddies Chile, Fundación Crescendo, Fundación Cristo Vive, Fundación Descúbreme, Fundación Rostros Nuevos - Hogar De Cristo, Fundaciones Del Mundo Nuevo (Fondacio), Fundación Down Up, Fundación Eres, Fundación Incluir, Fundación Luz, Fundación Misión Batuco y Fundación Ronda.



y de las condiciones y barreras presente en el entorno en que viven.

Refiriéndose al tema de salud mental, Martorell, Ayuso, Novell, Salvador-Carulla & Tamarit (2011), sostienen que las personas con discapacidad intelectual tienen una mayor vulnerabilidad que les condiciona alta probabilidad de padecer psicopatologías destacando que de un 20% a un 40% de las personas con discapacidad intelectual sí las presentan. Asimismo, también se puede observar que a nivel mundial existe una alta prevalencia de discapacidad generada por trastornos mentales y neurológicos, como resultantes de las psicosis funcionales, demencias, epilepsias, discapacidad intelectual, trastornos derivados del abuso de sustancias y depresión (SENADIS, 2015).

En particular, si se analiza la salud mental de las personas con discapacidad siguiendo el modelo biopsicosocial, se pueden observar diferentes razones por las que este grupo se encuentra más expuesto a presentar psicopatologías. En primer lugar, algunos autores han identificado que las “alteraciones biológicas que generan una discapacidad intelectual son a la vez factores de vulnerabilidad para la enfermedad mental” (Martorell et al., 2011, 30). Tal es el caso de la relación entre el Síndrome de Down y la depresión donde la misma alteración en el par 21 podría causar alteraciones en los receptores serotoninérgicos

Por otro lado, también se ha estudiado que las personas con discapacidad se enfrentan a continuos factores estresores que incrementan hasta seis veces más las probabilidades de tener un trastorno de ansiedad que las personas sin discapacidad. (Brown y Hooper, 2015; Hassiotis et al., 2011). Entre ellos, cabe destacar la aceptación de las diferencias entre sus iguales, baja autoestima, incorporación a un empleo, situaciones de abuso, estigma social, controles médicos (Álvarez et al., 2019; Gil y Medina, 2017). A ello se debe agregar que, si bien la discriminación se puede apreciar como una variable transversal a toda la sociedad, ya que una de cada diez personas en Chile se ha sentido discriminada al menos una vez en el último año, cuando se observa ese porcentaje en las personas con discapacidad, sea esta severa o leve, un 31,1% y un 18,9% ha expresado haberse sentido discriminado, respectivamente (SENADIS, 2016). De este modo, se observa una relación directa entre la discapacidad y la percepción de discriminación. En particular la discriminación a personas con discapacidad mental o intelectual suelen asociarse al estigma de que pueden ser conflictivas, peligrosas o impredecibles provocando incluso una autoestigmatización de la persona objeto de discriminación, y como consecuencia “una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima” (López et al., 2008, p.61). Esta situación a su vez, favorece el aislamiento, dificulta la petición de ayuda



y se constituye como un factor de estrés, aumentando el riesgo de recaídas en la psicopatología e incluso de suicidio. (López et al., 2008)

No obstante, es preciso destacar que no solo existen barreras sociales sino también facilitadores de la inclusión siendo el más importante el o la cuidadora y el núcleo familiar. En su mayoría las personas cuidadoras son familiares, usualmente mujeres, que se dedican a tiempo completo al cuidado y que no reciben remuneración (Alfonso, Roca, Cánovas, Acosta & Rojas, 2015, citado en Arias, Cahuana, Ceballos & Caycho, 2019). Específicamente, un 70,4% son de sexo femenino y 29,6% masculino, donde el 55,6% tiene una edad entre 31 y 40 años y el 77,8% del total de los cuidadores son los padres de la persona dependiente (Cobos, 2019).

La discapacidad no solo tiene efectos psicológicos y emocionales en la persona con discapacidad, sino también su persona cuidadora y su grupo familiar. La llegada de un niño o niña con discapacidad alude a cinco grandes etapas que atraviesa la familia ante la llegada del bebé con discapacidad, y estas son: conmoción, negación, tristeza, aceptación y reorganización (Mineduc, 2002). Esta situación también aumenta el estrés familiar, pues, aumentan las exigencias de cuidado, existe una falta de conocimientos por parte de la familia para el manejo de la situación, hay una disminución de ingresos

al tener que optar por el rol de cuidador o cuidadora, además de falta de apoyo y comprensión de los que rodean a la familia, y por tanto aparición de aislamiento social. (Martorell et al., 2011).

En nuestro país, el año 2008 se ratificó la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), comprometiéndose así a “asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad” (Convención sobre los Derechos De Las Personas Con Discapacidad, 2006).

Desde entonces, la creación de políticas públicas orientadas a la implementación de este mandato no ha sido extensa. Se destaca la promulgación de la ley N°20.422 que “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”, cuyo objetivo es “Asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y la eliminación de cualquier forma de discriminación fundada en su discapacidad” y la ley N°21.015 que incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral.

La Ley N°20.422 permite incorporar la noción de barreras con las que lidian las personas con discapacidad, ya que,



menciona que “teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

En particular, en relación con la salud mental de este grupo se promulga en 2021 la Ley N°21.331 “Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de la Personas en la atención de Salud Mental”, la cual, tiene como objetivo reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con trastornos mentales, discapacidades psíquicas o intelectuales. A pesar de que esta se presenta como un importante avance en la materia y aborda el derecho a la libertad personal, integridad física y psíquica, cuidado sanitario e inclusión social y laboral, su foco principal es el abordaje de la psicopatología de manera individual dejando fuera el rol de prevención y promoción de la salud mental en los diversos grupos etarios y su entorno.

6.2 Justificación

A partir de la definición ya presentada de la Convención Internacional de las Personas Con Discapacidad (2006) respecto a las personas con discapacidad, es posible afirmar que la interacción entre la persona con discapacidad y su entorno determina la

esencia de lo que significa la discapacidad; un término estacionario, modificable y que opera bajo la estrecha relación entre la persona y el ambiente que lo rodea.

Por ello es que se concluye que las barreras existentes en el entorno influyen en el bienestar de las personas en situación de discapacidad, y ante ello, en el deterioro de la salud mental, resultando pertinente comprender esta correlación entre discapacidad y salud mental en base a tres dimensiones relacionales de la persona; individual, familiar y social. Lo anterior, permite visibilizar la necesidad de abordar la salud mental de personas con discapacidad desde el modelo biopsicosocial, incluyendo a los factores sociales como barreras que influyen en el desarrollo y obtención de bienestar de las personas en sus diversas esferas relacionales siempre considerando el apoyo y el tránsito a la vida independiente.

Según plantea SENADIS (2015), el contexto de las personas con discapacidad quedaría configurado por un “entorno discapacitante”; no obstante, sus relaciones con dicho entorno podrían cambiarlo en la medida que se articulan las acciones favorables para ello. En la búsqueda de este cambio, resulta necesario que la sociedad en su conjunto comprenda la discapacidad desde un enfoque de derechos, haciendo énfasis en transitar desde la necesidad de que la persona en situación de discapacidad se adecúe al contexto en el cual se desenvuelve, a esta nueva forma de



comprender la discapacidad que sea el contexto el que se adapte para permitir la participación al interior de los diversos ámbitos de inclusión en los cuales se quiera desenvolver (SENADIS, 2015).

Un aspecto fundamental resulta el diseño e implementación de políticas públicas inclusivas en diferentes niveles de intervención. A un nivel estructural, la armonización legal de nuestro país a los tratados internacionales se presenta como una política necesaria de importancia. La promulgación de una Ley de Salud Mental, tal como han hecho varios países latinoamericanos, permite reunir en un solo cuerpo legal las distintas normativas que tienen impacto sobre las personas que tienen enfermedades mentales y/o discapacidad mental, y permite resguardar el amplio espectro de Derechos, incluidos el Derecho a la Salud, el Derecho a vivir insertos en la comunidad y el Derecho al ejercicio pleno de su capacidad jurídica (con ajustes y apoyos razonables), entre otros.

Otro ejemplo de políticas inclusivas es la creación de políticas orientadas a concientizar y capacitar a la sociedad en general, partiendo por las instituciones educacionales, laborales y de salud. Este último punto es sumamente relevante, ya que según lo mencionado en el Art N° 25 de las observaciones realizadas por el comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas a nuestro país, el personal médico no está

capacitado respecto a los derechos de las personas con discapacidad. Lo mismo sucede en el ámbito educacional, la falta de conocimiento de la legislación respectiva, genera la vulneración de derechos de las personas con discapacidad; lo que afecta directamente la salud mental de las familias y las personas con discapacidad, ya que no les permite el pleno ejercicio de sus derechos. Lo anterior, sin embargo, debe ir acompañado de la eliminación de las barreras físicas y comunicacionales en los establecimientos de salud, educativos y laborales que no permiten la inclusión de las personas con discapacidad y solo aumentan su aislamiento social.

Como ya se adelantó, el contexto familiar también juega un rol determinante en el desarrollo, autonomía y participación en la sociedad, dado que la vinculación positiva de la familia, es un factor esencial en el buen pronóstico de las intervenciones y en el desarrollo físico, social y emocional de las personas con discapacidad desde la primera infancia (Mahoney & Perales, 2012), ya que, los contextos próximos a los y las niñas influyen directamente en su desarrollo integral considerando lo emocional. De esta forma el ambiente familiar, las actitudes parentales, las estrategias de afrontamiento, así como el apoyo formal e informal con que cuentan las familias, pueden actuar como barreras o facilitadores de la conducta y desarrollo de las personas con discapacidad favoreciendo o dificultando su inclusión temprana en la sociedad y como



consecuencia su bienestar general. Por consiguiente, es fundamental poder entregar herramientas educativas, económicas, psicológicas y de acompañamiento a las familias para que sea un determinante positivo.

Por último, aludiendo al diagnóstico y tratamiento de salud mental de personas con discapacidad, es importante establecer que las psicopatologías pasan más desapercibidas y en ocasiones se manifiestan de manera distinta en personas con discapacidad intelectual. Es por esto, que es necesario promover la formación de profesionales y técnicos de la salud en derechos humanos, inclusión social y modelo biopsicosocial dejando atrás el modelo biomédico (Martorell et al., 2011). Junto con esto, en la atención de casos se deben incluir test estandarizados para la evaluación, diagnóstico y tratamiento, ya que, esto genera respaldo y se avanza realmente en la inclusión de las personas, independiente del diagnóstico y situación social.

6.3 Propuestas

- Implementar una política de promoción y tratamiento de salud mental orientada a personas con discapacidad y sus familias por medio de acciones intersectoriales desde el modelo biopsicosocial.

- Apoyar a las familias u otras personas significativas de personas con discapacidad a través de talleres o acciones orientadas al empoderamiento, fortalecimiento, parentalidad y autocuidado, a lo largo del ciclo de vida de la persona con discapacidad.
- Potenciar el involucramiento de la familia completa en el desarrollo de la persona con discapacidad con discapacidad más allá de una madre, padre o tutor.
- Hacer seguimiento y evaluar aumento de apoyo económicos a personas con discapacidad y sus familias en situación de vulnerabilidad.
- Potenciar el tejido social que apoya a la salud mental de las personas con discapacidad y sus familias, considerando a las fundaciones, centros diurnos, corporaciones, organizaciones comunitarias para establecer acciones público- privadas en el territorio pertinente.
- Promover el vínculo entre familias de personas con discapacidad fomentando el acompañamiento y apoyo entre pares.
- Modificar la actual legislación en materia de accesibilidad, eliminando todo tipo de barreras que impidan el



- acceso universal de las personas con discapacidad.
- Capacitar y concientizar al personal médico y educacional, con respecto a la discapacidad y legislación relacionada.
 - Diseñar una red intersectorial de diagnóstico, contención y atención en salud mental articulada para personas con discapacidad y sus familias.
 - Realizar una estrategia de difusión accesible de esta red en establecimientos de salud, educativos y otros vinculados a personas con discapacidad que permita identificar los dispositivos de la red según corresponda.
 - Promover la formación, abordaje e investigación de la salud mental en personas con discapacidad.
 - Impulsar una armonización normativa del país a estándares Internacionales con la tramitación y aprobación del Proyecto de ley para eliminar la discriminación en contra de personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial, y consagrar su derecho a la autonomía. De esta forma, se sustituye la interdicción por mecanismos de apoyo graduados para la toma de decisiones y pleno ejercicio de sus derechos.
- Modificar la ley 21.331
 - Incorporar un capítulo sobre prevención y promoción de la salud mental en los diversos grupos etarios (niños, niñas, jóvenes, adulto y persona mayor).
 - Incluir test y protocolos estandarizados para el diagnóstico y evaluación de psicopatologías.
 - Ampliar la intervención en salud mental a todo el núcleo familiar de la persona con discapacidad.



07. *Personas mayores*



VII. PERSONAS MAYORES⁹

7.1 Contexto General

La salud mental de las personas ha emergido en la agenda pública en el último tiempo como consecuencia de los largos períodos de confinamiento e implicancias de la pandemia por Covid19. Las personas mayores, por ser consideradas uno de los grupos de mayor riesgo de complicación con la enfermedad, fueron particularmente afectadas no sólo por el miedo a la enfermedad, sino también por la estigmatización social (Hernández Rodríguez, 2020).

Sin embargo, los índices de depresión, ansiedad y demencias en este grupo presentaban valores alarmantes incluso antes de la pandemia. En 2019, un 40% de las personas de 60 años y más en Chile ya presentaba síntomas de ansiedad y un 24% presentaba síntomas de trastornos depresivos (Herrera et al., 2021). Trastornos que, a su vez, tenían menor prevalencia en hombres que en mujeres mayores, y se presentaban con frecuencia con mayor

irritabilidad, estrés o apatía en los hombres, síntomas que pueden no estar siendo captados en las pruebas de tamizaje que se utilizan hoy en día en Chile (Aravena, Gajardo y Saguez, 2019).

En relación a demencias, la prevalencia de estas condiciones en nuestro país es de un 7,1% para las personas de 60 y más años, es decir afectan a más de 200 mil personas mayores. (Ministerio de Salud [MINSAL] y Servicio Nacional de Adulto Mayor [SENAMA], 2020)

A estas cifras, el Ministerio de Salud (2019) agrega, que este grupo etario tiene una de las mayores tasas de suicidios del país, siendo esta de un 12,5 por cada 100.000 habitantes. Su prevalencia aumenta en el grupo de personas mayores de 80 años llegando a 15,1 por 100.000, con una tasa de 38,7 por 100.000 en varones.

Con la pandemia, tanto el bienestar subjetivo como la salud mental de las personas mayores se vieron severamente afectadas: para el otoño de 2021 quienes presentaban

⁹ El presente capítulo fue elaborado por la Mesa Personas Mayores de la Comunidad de Organizaciones Solidarias. Esta Mesa nace en 2008 con el propósito de visibilizar a las personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad como sujetos de derechos, instando al Estado y a la sociedad civil a trabajar en el fortalecimiento y ampliación de los servicios que estas personas requieren. Actualmente esta Mesa está formada por 16 organizaciones de la sociedad civil: Corporación Simón De Cirene, Fundación Adumay, Fundación Cerro Navía Joven, Fundación Conecta Mayor UC, Fundación de beneficencia de los SS.CC, Fundación de beneficencia Hogar de Cristo, Fundación Edades, Fundación Grandes, Fundación Juan Carlos Kantor "AMANOZ", Fundación Las Rosas, Fundación Más, Fundación Pro Bono, Fundación Red ELEAM, Fundación Revivir, ONG. Good Neighbors Chile y ONG. Pather Nostrum.



síntomas depresivos alcanzaron el 38% y quienes presentaban síntomas de ansiedad un 52% (Herrera et al., 2021). A ello se añade, qué si bien en las mediciones realizadas luego del estallido social, el porcentaje de personas mayores satisfechas con su vida¹⁰ ya había presentado una baja llegando a un 68%, con la pandemia esta baja fue sostenida hasta alcanzar a menos de la mitad de las personas mayores (45% satisfechos/as) (Herrera et al., 2021). Lo anterior producto en gran medida de no sólo tener que lidiar con los sentimientos de vulnerabilidad asociados a los riesgos que la enfermedad representaba para este grupo, sino también, como consecuencia del confinamiento estricto, tener que abandonar tareas cotidianas¹¹ y alejarse de sus familias y comunidades¹².

A lo anterior se puede agregar que según la encuesta nacional realizada por Red ELEAM, la Universidad Gabriela Mistral y la Universidad San Sebastián el 2020, el 61% de los residentes presenta demencia y un 14% depresión (Red ELEAM et al., 2021)

¹⁰ La Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Herrera et al., 2021) mide la percepción de bienestar subjetivo a través de la pregunta de satisfacción de la persona con su vida en general.

¹¹ Según el Observatorio del Envejecimiento (2021, 3), tener que delegar tareas básicas para mantener el confinamiento “incrementa los sentimientos de dependencia, considerado como un factor de riesgo para enfermedades de salud mental. Además, la dependencia obligada a la que debieron someterse las personas mayores con el confinamiento puede

Factores que afectan la salud mental en la vejez

A lo largo de la vida, son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. En el caso de las personas mayores, además de las causas de estrés con que convive gran parte de la población, ellas se enfrentan a estresores particulares y específicos que impactan gravemente en su salud mental aumentando el riesgo de padecer cuadros depresivos, ansiedad y/o estrés (Gallardo-Peralta et al., 2015; Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021; Sandoval Garrido et al., 2016), sentimientos de soledad o aislamiento (Gerino et al., 2017), inactividad (Tiexeira et al., 2013), estereotipos negativos ligados a la vejez (Barranquero y Ausín, 2019), pérdida de independencia (Laguado et al. 2017), hábitos saludables de actividad física (Choi et al., 2019) y alimentación (Molfino et al., 2014; Wong, 2017), entre otros.

Uno de los factores más influyentes en la salud mental de las personas mayores es el aislamiento social y la sensación subjetiva de soledad. De acuerdo, con la Quinta

persistir incluso en etapas más avanzadas de desconfinamiento, debido a la incertidumbre y miedo existente respecto al futuro de la pandemia y también por la inseguridad de no saber si físicamente pueden retomar sus actividades previas”.

¹² En Chile, según datos de la encuesta CASEN 2017, 459.686 adultos mayores vivían solos (13,7%), y del total de hogares donde residen personas mayores (2.104.365), 227.991 personas mayores viven solo con otro adulto mayor (10,8%). (MDS, 2017)



Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Herrera, Fernández y Rojas, 2020), el 43,5% de las personas mayores percibe algún grado de soledad. De acuerdo a estos datos, poco más de un tercio de la población encuestada señaló sentir falta de compañía y casi un cuarto señaló sentirse aislado y/o excluido de los demás. Las mujeres y las personas que presentaban un bajo nivel de educación fueron quienes presentaron índices más altos en torno a la sensación de soledad. El mismo estudio, observó que el sentimiento de soledad aumenta en personas sobre 70 años.

Cabe destacar que vivir solo no es sinónimo de una mayor sensación de soledad; de hecho una persona puede vivir sola y no sentirse sola o aislada socialmente o, por el contrario, puede sentirse sola mientras está con otras (National Institute on Aging, 2021). Según la Quinta Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Herrera, Fernández y Rojas, 2020), un 10% de las personas mayores no tiene ningún familiar con quien se sienta suficientemente cómodo para conversar de asuntos familiares y un 8% no siente a ningún familiar cercano como para llamarlo si necesita ayuda. Por último, este estudio también estima que un 54% de las personas mayores tiene un alto riesgo de aislamiento social.

El uso de teléfonos inteligentes, internet y otras tecnologías pueden apoyar un envejecimiento saludable por la capacidad de conectividad con otras personas que

estos significan. Si bien, según la Encuesta de Calidad de Vida de las Personas Mayores Chilenas durante la Pandemia (Herrera et al., 2021) el acceso a estas tecnologías aumentó considerablemente en ese período, para otoño 2021 sólo el 58% de las personas mayores utilizaba un teléfono inteligente. Esto resulta de gran importancia considerando que este mismo estudio evidenció que sólo un 33% de quienes usaron un smartphone manifestaron sentirse aislados, en comparación con el 51% de aislamiento reportado entre los que no usan un smartphone.

Al igual que el aislamiento social, otro de los factores que tiene una importante influencia en la salud mental de las personas mayores es el deterioro físico y la dependencia funcional. Con el proceso de envejecimiento, el cuerpo experimenta un deterioro que significa un mayor riesgo de padecer enfermedades y una mayor probabilidad de ser hospitalizado como consecuencia de aquellas, al mismo tiempo que se dan escenarios de mayor dependencia funcional, siendo esta más marcada en la medida que la edad es mayor (Laguado et al. 2017). La dependencia funcional en particular genera asimismo un impacto negativo en la calidad de vida de las personas mayores, disminuyendo su posibilidad de vinculación y participación social, aspectos esenciales para un envejecimiento activo y saludable y las hace más proclives a otros problemas como son: el abuso de sustancias como el alcohol y los medicamentos



(benzodiazepinas y fármacos para dormir), el maltrato, la depresión, ansiedad, la alteración cognitiva, etc. Diversos estudios por ejemplo han demostrado que a mayor depresión o ansiedad mayor dependencia funcional, y de igual forma, a menor función cognitiva mayor grado de dependencia (Durán-Badillo et al., 2021; Rodríguez, Cruz-Quintana y Pérez-Marfil, 2014).

Otro de los factores que afecta directamente la salud mental en la vejez es la pérdida de roles y ocupaciones que ocurren tras el retiro de la actividad laboral (Zentina, 1999), evento vital que pone a prueba aspectos como el autoconcepto, el uso del tiempo, la autorrealización en actividades significativas, la percepción de autoeficacia, y el equilibrio ocupacional; en tanto, nuestra sociedad aún carece de oportunidades de desempeño significativas, diversas y al alcance de las personas mayores.

A la fecha, en nuestro país se observa una falta de programas y modelos innovadores que favorezcan la reinserción laboral flexible y desarrollo de roles para quienes quieran incorporarse a la fuerza laboral, el emprendimiento y la psicoeducación en la importancia de seguir trabajando un proyecto de vida, aprovechen el potencial de personas que, tras terminar su vida laboral, disponen en promedio de 15 o 20 años de vida saludable y autonomía para seguir contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

La actividad física y la alimentación también son fundamentales para mantener la salud

física, mental y autonomía de las personas mayores. Según la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario de 2010 (Universidad de Chile, s.f.), las personas mayores de 65 años tienen una menor ingesta de calorías, proteínas y lípidos respecto a sus requerimientos, lo que genera déficit en la ingesta nutricional total, en parte como consecuencia de los altos niveles de pobreza que se observan en este grupo (). Esto, sumado a las interacciones que pueden ocurrir por el consumo elevado de medicamentos y las posibles patologías previas existentes, pueden generar un déficit importante de micronutrientes críticos para la prevención en salud mental. Estudios como el de Molfino, Gioia, Rossi Fanelli y Muscaritoli (2014) han demostrado que las personas mayores con demencias presentan bajos niveles de EPA (ácido eicosapentaenoico) y DHA (ácido docosahexaenoico), de la misma manera ha evidenciado que la suplementación de ácidos grasos omega-3 mejora la escala de depresión geriátrica y el funcionamiento cognitivo de personas mayores de 65 años. El déficit en la ingesta de vitamina B12 por su parte puede generar manifestaciones neuropsiquiátricas como cambios conductuales, depresión, psicosis, debilidad, entre otros (Wong, 2017). En cuanto a la actividad física, está no sólo es relevante para mantener la capacidad física y funcional, sino para su efecto a nivel mental. Se ha demostrado que su práctica logra disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión al generar sensación de bienestar



y calma, esto por su efecto estimulante en la síntesis de nuevas neuronas, disminución de la neuroinflamación, liberación de endorfinas, dopamina y serotonina. (Choi et al., 2019)

Por último, es preciso recordar que el edadismo es una de las formas de discriminación más habitual en Chile y el mundo. El que puede entenderse como la combinación de estereotipos (creencias), prejuicios (sensaciones) y conductas (acciones) discriminatorias hacia las personas en base a su edad cronológica, lo que tiene consecuencias graves y amplias para la salud y el bienestar de las personas: se calcula que 6,3 millones de casos de depresión en todo el mundo son atribuibles al edadismo (Chang et al., 2020). Asimismo, estas conductas de discriminación también repercuten en la visión que las propias personas mayores tienen sobre su envejecimiento el auto-edadismo o edadismo autoinfligido, con conductas poco saludables o de riesgo (Chang et al., 2020). El edadismo frecuentemente es acompañado del maltrato hacia las personas mayores, el cual puede ser físico, sexual, psicológico, emocional, económico, estructural y/o material, lo que de acuerdo con la OMS (2017) hoy es experimentado por una de cada diez personas mayores en el mundo.

Atención de salud mental en personas mayores

A pesar de las cifras y estudios antes mencionados donde se puede observar la importante prevalencia de psicopatologías en las personas mayores, en Chile la salud mental de este grupo no se ha abordado de manera focalizada y con la cobertura que se requiere: según datos de la encuesta CASEN del 2017, sólo el 2,4% de las personas mayores de 60 años y más había recibido atención de salud mental en los últimos 3 meses antes de la realización de la encuesta. En relación a demencias, estas alcanzan aproximadamente 200.000 personas mayores, durante el 2018, observándose que de estas sólo ingresaron 6.000 diagnosticadas a los programas de salud mental (MINSAL y SENAMA, 2020).

En la actualidad, en materia de política pública, existen sólo dos estrategias de salud mental destinadas a este grupo etario: el Plan Nacional de Demencia y desde 2019, el GES Alzheimer y otras demencias. Lo anterior significa que el resto de las patologías de salud mental deben ser atendidas desde los programas de salud mental vigentes para el total de la población adulta (no mayor), programas cuyos profesionales no cuentan con las competencias necesarias para un adecuado abordaje de los problemas de salud mental de las personas mayores. (MINSAL y SENAMA, 2020)



7.2 Justificación

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que se presenta con particular fuerza en nuestro país. Según los resultados de la última encuesta CASEN (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSyF], 2021), en Chile habitan 3,8 millones de personas por sobre los 60 años, lo que representa un 19,4% de la población total del país. Sin embargo, la tasa de envejecimiento de la población continúa aumentando progresivamente y las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sostienen que, para 2050, en cifras absolutas, el grupo de los mayores de 60 años se aproximará a los 7 millones de personas, un 32% de la población total. (Ministerio de Desarrollo Social [MDS], 2017)

Hay que destacar que este proceso de envejecimiento no sólo implica modificaciones en el tamaño de la población, sino también cambios graduales en la estructura etaria y la pirámide demográfica. Actualmente el 70,74% de las personas mayores se encuentran en el grupo etario entre 60 y 74, donde un 15,1 % tiene 80 años y más, lo que nos permite plantear que nuestro país presenta hoy una vejez joven, proyectándose que para 2050 el porcentaje de personas mayores entre 60 y 74 se reducirá al 57,6%, mientras que el porcentaje que refiere al grupo de 80 años y más aumentará hasta alcanzar un 28% (INE, s.f.).

Este aumento proyectado en la esperanza de vida en nuestro país, convierte la vejez en

una de las etapas más largas de la vida y pone énfasis en el desafío de avanzar hacia políticas públicas que garanticen un envejecimiento digno, activo y saludable con estándares adecuados de bienestar social.

El aumento en las psicopatologías como: demencia, depresión y ansiedad que se observan en la vejez, no sólo afectan la salud mental de las personas mayores, sino que también pueden significar pérdidas significativas a nivel físico, aumentando el riesgo de enfermedades (Cuadra-Peralta, Cáceres y Guerrero, 2016), acelerando el deterioro cognitivo y la dependencia en las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria; y eventualmente, la dependencia (Azpiazu Garrido et al., 2002). Un ejemplo se observa en las personas mayores con cardiopatías donde la coexistencia de depresión no tratada puede empeorar la enfermedad preexistente. Adicionalmente, la evidencia científica apoya la tesis de que las personas con historia de depresión tienen un mayor riesgo de padecer demencia, demostrando que los individuos con historia previa de depresión tienen casi el doble de riesgo de desarrollar demencia que aquellos sin historia de depresión. Además, se ha constatado que esta asociación es más fuerte cuando la depresión aparece en la adultez mayor (Deví et al., 2015). Todos estos datos muestran la importancia de prevenir la depresión por las implicancias que ello conlleva.



Por último, es preciso destacar que las alteraciones a la salud mental y física que afectan la movilidad o autonomía de las personas mayores, aumentan la posibilidad de desarrollar dependencia y con ello, la necesidad de contar con una figura cuidadora. Las personas cuidadoras en su mayoría no reciben remuneración económica ni cuentan con la formación necesaria para realizar esta tarea o apoyos del Estado para realizar la tarea. Asimismo, presentan una sobrecarga de trabajo principalmente determinada por la extensión de la jornada y la percepción de ser imprescindible en su realización, lo que afecta en gran medida su salud física y mental (Fernández y Herrera; 2020).

7.3 Propuestas

Mesa Técnica SENAMA-MINSAL

- Reactivar la mesa de trabajo público-privada en temas de salud mental organizada por SENAMA y MINSAL con participación de expertos, representantes de la academia y organizaciones de la sociedad civil entre otros.
- Recoger los aportes realizados por la Mesa Técnica de Salud Mental para Personas Mayores creada en 2019 por SENAMA y MINSAL y hacer seguimiento de sus propuestas.

Atención de Salud Mental a Personas Mayores

- Incorporar más profesionales del área de salud física y mental especializados en personas mayores en los centros de salud, aumentando horas y la extensión de las intervenciones destinadas a salud mental de personas mayores en atención primaria.
- Promover la formación en psicogerontología y prácticas en esta área, aumentando cursos optativos durante la carrera de grado o la creación de posgrados en esta especialidad.
- Incorporar el enfoque de derechos, de curso de vida y la atención centrada en la persona en toda propuesta de salud mental orientada a personas mayores.
- Realizar capacitaciones periódicas en conocimientos gerontológicos de salud mental a los profesionales socio sanitarios (Ej. en APS, ELEAM, Centros día, etc.), en temáticas como: diagnósticos diferenciales específicos, atención no discriminatoria o edadista, habilidades para el trabajo con personas mayores, etc. para promover espacios amigables con las personas mayores

Aislamiento social y soledad



- Incorporar en el Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) la medición de la soledad y el aislamiento social a partir de la escala ESTE II, junto con el uso global de la información recopilada en las distintas dimensiones, en los planes de intervención de las personas mayores.
- Diseñar e implementar una política de monitoreo a personas en situación de aislamiento social y/o con diagnósticos de patologías de salud mental.
- Detectar e incentivar la integración social de personas mayores que viven solas con su comunidad en sus barrios, favoreciendo el intercambio intergeneracional y la creación de redes de apoyo entre vecinos.
- Brindar apoyo emocional focalizado para quienes viven solos o no disponen de red social de apoyo desde servicios sociales de los Municipios.
- Favorecer la inclusión digital de personas mayores, asegurando capacitación adecuada, conectividad y diseño inclusivo en todos los niveles.
- Crear servicios y entornos que incluyan a las personas mayores, como por ejemplo comunidades que cuidan, ciudades amigables para las personas mayores, incentivando el envejecimiento positivo.

- Realizar catastro a nivel municipal Identificar los territorios con una mayor cantidad de personas mayores aisladas o solas.

Concientización

- Concientizar a la población general sobre los retos económicos y de salud pública que se producen a partir de la falta de tratamiento de demencias y depresión en el colectivo de personas mayores.
- Impulsar la psicoeducación en la población acerca de las demencias, para lograr una prevención y diagnóstico oportuno, y acercamiento de las personas con quejas cognitivas a la red de salud.

Prevención de suicidio

- Potenciar acciones preventivas sobre el suicidio en personas mayores que contemplen la actuación en varios ámbitos y la participación de diversos agentes de la sociedad-

Inclusión digital

- Promover la inclusión digital de personas mayores como vía de vinculación con su comunidad y territorio, ampliando la comprensión del concepto, ya que hoy se asocia principalmente al acceso de tecnologías, pero la inclusión necesita tanto del acceso a TIC, como la



conectividad y adquisición de habilidades digitales.

Inclusión laboral

- Favorecer la permanencia y reinserción laboral de aquellas personas que desean seguir trabajando luego de la edad de jubilación, diseñando programas flexibles y adaptables a sus necesidades e intereses.
- Favorecer la capacitación para su inserción laboral y apoyo al emprendimiento.

Hábitos saludables

- Replantear el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), incorporando nuevas y variadas fórmulas de alimentación complementaria y aumentando y mejorando su difusión.
- Modificar el nombre y envase de los alimentos del PACAM, para quitar el estigma que tienen las personas mayores frente al consumo de los mismos.
- Potenciar acciones educativas para personas mayores en torno a la alimentación y la actividad física y sus beneficios sobre la salud mental en establecimientos de atención primaria.

- Establecer una planificación coordinada entre los centros de atención primaria y los municipios en talleres de actividad física, estimulación cognitiva, etc.

Edadismo

- Contribuir a revertir la percepción negativa que existe sobre los mayores, la vejez y la salud mental a través de programas de sensibilización con el fin de generar un cambio de mirada hacia la salud mental que permita disminuir los estigmas asociados.



08. Personas *privadas de libertad*



VIII. PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD¹³

8.1 Contexto General

La salud mental se ha instalado en la agenda pública en los últimos años, no solo en Chile, sino a nivel mundial, en particular a raíz del impacto y significado experiencial colectivo a nivel global que tuvo la pandemia por Covid-19. En esta misma línea, un análisis específico fue el evidenciado en el Informe de Amnistía Internacional de 2021 que da cuenta de las graves dificultades que debieron enfrentar los recintos penitenciarios de distintos países¹⁴ en el contexto de pandemia, enfatizando en los problemas del hacinamiento, falta de inversiones, abandono de los servicios de salud penitenciarios, falta de implementos de aseo, falta de equipos de protección, aislamientos prolongados, y prohibición de visitas de familiares (Amnistía Internacional, 2020-2021). Situación que ha significado un peligro en el bienestar de la salud mental de las personas detenidas producto de la desconexión del mundo exterior y la falta de preocupación e interés de parte de la institucionalidad del Estado.

El informe emanado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) de 2019 enuncia que la población mundial privada de libertad llega a los 11,7 millones de personas, dando cuenta que en los últimos veinte años la población aumentó sostenidamente en un 25%, de esta cifra el 93% son hombres y agrega que desde el año 2000 el número de mujeres ha ido creciendo a un ritmo acelerado del 33% más que el de los hombres que solo llega a un 25%. En el caso de América Latina, se evidencia que por cada 100.000 habitantes hay 267 que están encarceladas, situando a la región en el segundo lugar de personas privadas de libertad en el mundo, siendo solo sobrepasada por América del Norte con 577 personas por cada 100.000 habitantes, lo que habla de altas tasas de encarcelamiento basadas en la retención presunta a personas detenidas sin sentencia con un 36% en América Latina y El Caribe de acuerdo con indicadores de 2019. En este marco, Chile es el país con más alta tasa con 220 personas privadas de libertad por cada 100.000 habitantes (GENCHI, 2019).

¹³ Este capítulo fue elaborado por Juntos por la Reinserción, proyecto desarrollado por la Comunidad de Organizaciones Solidarias en alianza con la Corporación 3xi y la Confederación de Producción y Comercio (CPC), que busca construir y consolidar una red de colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, empresas y otros actores de la sociedad, que promueva la disminución la reincidencia delictual mediante la reinserción socio-laboral de personas en conflicto con la ley, trabajando todas las aristas del perfil de reincidencia: psico conductual, capacitación, colocación y acompañamiento laboral.

¹⁴ Países como Bulgaria, Egipto, Nepal, República Democrática del Congo, Irán, Turquía, Camboya, Sri Lanka, Francia, Estados Unidos, entre otros.



A nivel mundial existe el acuerdo en la literatura e investigaciones especializadas que los centros penitenciarios constituyen un espacio de transformación de los sujetos e incide negativamente en la salud, debido a los constantes hechos de violencia, problemas de adicción y estrés, forjando una amenaza en la calidad de vida para las personas privadas de libertad y constituyéndose en una 'socialización carcelaria' que difiere de la socialización típica o deseable (Wacquant, 2000; Arensburg, 2002). Como consecuencia de aquello se evidencia la existencia de mayores probabilidades de encontrar personas con trastornos de salud mental en los recintos penitenciarios, llegando a afectar a nueve de cada diez personas con un nivel de probabilidad entre cuatro a seis veces más que la población en general, así como de sufrir trastornos psicóticos, depresión severa, y trastorno antisocial de personalidad (Andersen, 2004; Brugha et al., 2006; Mundt et al., 2013; Saavedra & López, 2013).

En Chile, el deterioro de las condiciones penitenciarias ha sido una constante en los últimos años de acuerdo a los datos entregados en el Estudio de las Condiciones Carcelarias del INDH (2019) de acuerdo a los estándares internacionales de los Derechos Humanos en la Privación de Libertad. De acuerdo con el estudio de las 83 unidades del sistema penitenciario observadas existe un aumento en la población de un 106,4%, de las cuales 45 tienen un porcentaje de

hacinamiento superior al 100%, mientras que 19 de las cárceles tienen una clasificación de hacinamiento crítico llegando a tener una sobre población de un 140% (INDH, 2019), un ejemplo de ello es lo que ocurre en el CDP de Limache que llegó a un 189% (LEASUR, 2018).

A su vez, destaca que las principales dificultades de la sobrepoblación penitenciaria están en las condiciones de habitabilidad, evidenciando que los mayores problemas están en el acceso a agua potable, servicios higiénicos, calefacción y aspectos de salubridad revelando presencia de plagas, aseo e higiene (INDH, 2019: pp.103-121). Lo que junto al propio sistema de encierro genera claramente un deterioro no solo de la Salud Física, sino también de la Salud Mental de la población.

De acuerdo con el Ministerio de Salud desde el 2007 se levantaron las alarmas respecto a la problemática y relevancia que tiene la calidad de la salud mental en las personas privadas de libertad, el "Estudio de Evaluación de la Población de Imputados y Condenados con Problemas y Trastornos mentales", destaca la prevalencia de trastornos mentales en las personas imputadas en un 34,1% y de 23% en aquellos que se encuentran cumpliendo condena, de estas las personas adultas recluidas presentan entre trastornos frecuentes derivados del consumo de sustancias ilícitas en un 12,2%, trastornos de ansiedad en un 8,3% y afectivos en un 8,1% (MINSAL, 2017).



El estudio sobre la “Prevalencia de Trastornos mentales en personas recluidas en cárceles en Chile y necesidades de atención” realizado en 2010, enuncia las dificultades que se dan en la salud mental en las personas privadas de libertad. Del total de la muestra, un 26,8% presentó trastorno mental en los últimos 12 meses, donde los más prevalentes fueron los trastornos adictivos con un 12,6%, los trastornos de ansiedad con un 8,3% y trastornos afectivos en un 8,1%. De la misma manera, el estudio consigna que los trastornos depresivos mayores son más altos en hombres privados de libertad con un 6,1% que en la población en general quienes tienen alrededor de un 3,7%. En el caso del abuso de drogas ilícitas se da un efecto similar por cuanto se establece que los hombres tienen un mayor nivel de consumo con un 3,5% y las mujeres un 2,6%, mientras que en la población en general ese nivel llega a un 0,6% en los hombres y un 0,1% en las mujeres (Alvarado, 2010).

El estudio destaca que la prevalencia de los trastornos mentales llega a un 26,8% en la población recluida, siendo un indicador similar a la población en general, aunque se diferencia debido a la elevada comorbilidad y frecuencia del riesgo de suicidios en esta población específica dada la complejidad de los casos y la dificultad de realizar diagnósticos a tiempo al interior de los recintos penitenciarios, evidenciando que aunque se llevó a cabo un 55,2% de atención en los casos confirmados de trastornos, la

frecuencia de identificación de los problemas de salud mental llega solo a un 13,4%. Para Saavedra & López (2015) la población penitenciaria podría bordear una tasa del 33,5% de riesgo suicida, lo que se evidencia en los datos presentados en el Estudio “Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015” (2017) que realizó un análisis de 132 suicidios consumados de un total de 162, donde el 97,7% de suicidios fueron de hombres en edades entre 16 y 74 años, donde el 66,7% se dio en los ingresos previos a la prisión, el 65,1% ocurrió en el primer año de ingreso y donde el 43,2% reportó estado depresivo como desencadenante del suicidio, siendo el principal método fue el ahorcamiento con un 97% (Ceballos et al., 2016).

En esta misma línea argumentativa, los estudios sostienen que la población podría presentar hasta dos tercios de alguna patología psicológica y una prevalencia constante debido a una mayor estadía en el tiempo de reclusión, señalando indicadores que dan cuenta de esta postura, evidenciando que 9 de cada 10 internos o internas presentarán algún trastorno psicótico y depresión severa, inclusive podría llegarse a generar 10 veces más en el trastorno antisocial de la personalidad, siendo este último uno de los prevalentes de mayor desarrollo de la población con un 42% (LEASUR, 2018).

Si bien, uno de los principales factores que condice en la afección de la salud mental de



las personas privadas de libertad, es la experiencia del encierro y asignación de una estructura institucional que enfatiza en la disciplina de los tiempos cotidianos de quienes están en los recintos carcelarios, estos no son los únicos. Uno de ellos, es el problema de la estigmatización en relación a lo social, esto debido a la conformación de una construcción imaginaria de lo que son 'supuestamente' las personas privadas de libertad y en el cómo debe ser la relación con ellos a partir de esos supuestos. Por otro lado, encontramos también una estigmatización vinculada a la autovaloración de la autoestima, que son los estereotipos y prejuicios que se forman de ellos mismos a partir de su vínculo con los otros (Chang et al, 2018).

En tal sentido, al igual que pasa en la población en general que padece de trastornos de salud mental fuera de los centros penitenciarios, las personas privadas de libertad que cuentan con un diagnóstico de este tipo también sufren de la estigmatización debido a su condición. Dicha estigmatización se relaciona con el imaginario de que las personas privadas de libertad diagnosticadas con psicopatologías son personas agresivas, peligrosas o impredecibles, lo que suele provocar no solo una mayor exclusión de este grupo a partir de situaciones de discriminación, sino también generar un aislamiento propio y una resistencia en solicitar ayuda, lo que puede propender en la resistencia a recibir tratamiento. (López et al., 2008).

Por otro lado, un punto no menor a señalar es lo que evidencia el Estudio de Condiciones Carcelarias desde 2018 del INDH, respecto a falta de profesionales especialistas para el tratamiento y acompañamiento en salud mental. Destaca que al momento del ingreso de una persona a un centro penitenciario personal de salud realiza una evaluación donde, entre otros aspectos, determina en base al testimonio de la propia persona si esta presenta alguna psicopatología o si se observan ideaciones suicidas o dolencias en el ámbito mental. Sin embargo en muchos de estos centros aún no existe, o resulta escaso, personal especialista destinado a continuar con el tratamiento de estas afecciones (INDH, 2018; INDH, 2019). Según la experiencia de organizaciones como Fundación Ítaca, en ocasiones se observa que profesionales psicólogos y psicólogas tienen una doble función – clínica y pericial – que puede dificultar la posibilidad de las personas privadas de libertad a contar con prestaciones que contribuyan a mejorar su salud mental. Esta doble función profesional deja de lado la responsabilidad del Estado e institucionalidad de garantizar a las personas el debido acceso a salud mental especializada que posibilite diagnósticos acordes con las afecciones en cada caso particular.

De acuerdo con lo anterior, el INDH observa en su informe que en algunos establecimientos el profesional del Área Técnica atiende casos urgentes o se hace un



espacio de tiempo para brindar atención (INDH, 2018). Un ejemplo es lo que ocurre en el CCP Parral donde no hay psicólogos y psicólogas, por lo que una vez a la semana (los días jueves) viaja uno desde la ciudad de Linares para asistir a la sesión del Consejo Técnico y así evaluar la aprobación de las visitas íntimas. En esta población penal hay dos pacientes diagnosticados y con tratamiento psiquiátrico, allí la paramédica analiza bajo ciertos parámetros a los afectados y con ello se le alerta al psicólogo que viene una vez a la semana su condición. Dicha situación alerta que no existe garantía en los tratamientos de las personas privadas de libertad, puesto que no es función de la técnica realizar esta función.

Finalmente, la atención de salud mental que recibe esta población también se ve afectada por la vinculación entre el recinto penitenciario y la red de salud externa, como ocurre en el caso de la necesidad de un psiquiatra en el CDP Arauco, dado que el procedimiento es solicitar una hora al profesional que está en Concepción o reservar una hora en el sistema público. Desde el penal se argumenta que esta última opción es demasiado engorrosa, debido a que la persona privada de libertad debe, en primer término, ser evaluada por un médico o médica general, quien determina si es pertinente su derivación al COSAM, para luego esperar en promedio seis meses para concretar dicha consulta con él o la psiquiatra, lo que conlleva a una larga temporalidad para realizar los tratamientos.

En el caso del acceso a la farmacología asignada, está en determinadas situaciones son proporcionadas por las familias o por la red externa de salud, las que son entregadas dosificadamente a los internos e internas desde la enfermería de la respectiva Unidad Penal, dejando de lado el debido seguimiento del tratamiento el cual es necesario a la hora de generar una estabilidad en la salud mental de los pacientes (INDH, 2018).

8.2 Justificación

El derecho a la salud consagrado en los instrumentos internacionales de derechos humanos y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definido como un estado de bienestar físico, mental y social, siendo ese logro de goce de salud, un derecho fundamental de todo ser humano, y que debe estar garantizado en un acceso oportuno y de calidad. En esta línea, la Salud Mental constituye un estado de bienestar en el cual el individuo comprende sus propias aptitudes, afronta las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013). En el caso específico de las personas privadas de libertad al ser una población vulnerada debido a la característica del encierro, exclusión y marginalidad, se hace imprescindible garantizar el acceso a tratamientos en salud mental desde la generación de herramientas concretas que



posibiliten una mejora en su calidad de vida. En tal sentido, desde hace algunos años se ha propuesto una nueva mirada en esta perspectiva, enfatizando en ya no generar un tratamiento penal de la miseria, obedeciendo a un aumento en la cantidad de virulencia de los delitos, sino más bien enfatizando en poder comprender el papel que le cabe al Estado en el manejo de los problemas asociados a la marginalidad y la pobreza (Wacquant, 2000). Por ello, se hace imprescindible generar nuevas estrategias y herramientas que se encaminen a un diagnóstico preventivo, de seguimiento e inclusión de esta población, no solo en el proceso de encierro, sino también tras el cumplimiento de las penas.

El Plan Nacional de Salud Mental 2010-2025 ha incorporado en la agenda pública políticas en esta materia, buscando articular a una amplia red de servicios integradas a la red de salud, con la finalidad de poder pesquisar a tiempo los casos, generar acceso y calidad en los servicios. Sin embargo y como lo hemos mencionado anteriormente, persisten las brechas en esta materia, como las altas tasas de trastornos ansiosos, depresión, abuso y dependencia de sustancias ilícitas, al igual que altas tasas de trastornos mentales y suicidio. En el caso de la Salud Mental de las personas privadas de libertad ello se hace aún más evidente, producto de su aislamiento de la sociedad y su dependencia del Estado e instituciones gubernamentales en el acceso a diagnósticos y tratamientos que deben

otorgarles, como lo hemos evidenciado en el apartado anterior, varias instituciones en sus diferentes informes dan cuenta de la mala calidad y garantías en el acceso a la salud mental de esta población, la cual por más que esté espiando sus errores con la sociedad no debe quedar marginados de los derechos consignados en los acuerdos internacionales, así como el Estado no puede dejar de garantizar la prevención, respuesta y recuperación de su salud mental.

En palabras de la psicóloga y académica de la Universidad de Chile Svenska Arensburg:

“lo primero que hay que pensar no es la salud mental del individuo por separado, sino que las condiciones que supone el encierro carcelario, las que agravan ciertas condiciones de salud mental que venían de antes o bien, a propósito de esas condiciones de encierro donde se vulneran derechos con hacinamiento, acceso a sanitarios, etc. se desarrollan patologías psiquiátricas” (Entrevista Diario UCHILE, 2014)

En línea su reflexión, se puede afirmar desde una mirada global de la salud mental de las personas privadas de libertad, que la prisión y el tiempo que se permanece en ella genera un impacto en el ámbito psicosocial de los individuos, que a la larga podría atentar contra la reinserción. Ante esta situación, se presenta con urgencia la necesidad de pensar en soluciones integrales en salud



mental de quienes delinquen, incluyendo la promoción, prevención y atención oportuna.

8.3 Propuestas

- Generar un núcleo especializado de profesionales de orientación clínica al interior de los centros penitenciarios que permitan ampliar la disponibilidad y diversidad de servicios de atención en salud mental más allá de las instancias de evaluación o periciales. Lo anterior debe considerar distintas modalidades y un aumento de la frecuencia en la atención de psicoterapia y seguimiento para las personas privadas de libertad según sus necesidades.
- Promover espacios de bienestar e intervenciones que contribuyan al desarrollo de habilidades socioemocionales de las personas privadas de libertad como: actividades deportivas, recreacionales, artísticas, culturales, etc.
 - Incorporar los talleres como parte de la oferta programática estable de los centros penitenciarios para personas adultas y jóvenes, ya sea por ejecución directa o a través de redes con organizaciones de la sociedad civil.
 - Permitir la participación de todas las personas adultas y jóvenes

privadas de libertad que permanezcan en el centro penitenciario sin distinción.

- Establecer protocolos para determinar si es beneficioso para el paciente conocer su diagnóstico o no. Y, de ser necesario comunicarlo y realizar un acompañamiento que le permita la comprensión y evite la estigmatización o juicios morales respecto de sí mismo.
- Aumentar plazas en programa SENDA al interior de los recintos penitenciarios de jóvenes y personas adultas orientados al tratamiento por dependencia clínica a la droga.
- Establecer una mesa de trabajo interdisciplinaria e intersectorial que aborde esta problemática, donde participen representantes del Servicio de Reinserción Juvenil, Atención Primaria de Salud, Organizaciones de la Sociedad Civil, entre otras.
- Considerar la experiencia comparada en relación a tratamientos por trastornos de salud mental, en particular trastornos por consumo de droga para definir una modelo de intervención en cárceles chilenas. Se propone en particular considerar experiencias en contextos similares al chileno y adecuar sus metodologías a la situación nacional.



09. Contextos de *emergencia y desastre*



IX. CONTEXTOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE¹⁵

9.1 Contexto General

Actualmente, por consenso internacional en la gestión del riesgo de desastres, nos referimos a los antiguamente llamados “desastres naturales”, solo como desastres, relacionándolos con las amenazas, los riesgos, y las vulnerabilidades propias de cada comunidad.

Las emergencias y los desastres son perturbaciones graves del funcionamiento de una comunidad que exceden su capacidad para hacer frente con sus propios recursos. Pueden ser ocasionados por amenazas naturales o antrópicas y diversos factores o causas de fondo que actúan desde la génesis en los desastres, como los sistemas políticos y económicos de una sociedad en un contexto y tiempo determinado, pudiendo agravar o no, el grado de exposición y vulnerabilidad de un territorio.

De esta forma, para que una amenaza natural como un aluvión, o un terremoto, se convierta en desastre, dependerá de las capacidades propias de la comunidad, para afrontar dichas amenazas. Es así, que muchos desastres se generan a nivel global y también en Chile debido a la alta vulnerabilidad existente en los territorios,

generando innumerables emergencias, desastres y catástrofes. Estas últimas, están relacionadas con la necesidad de soporte internacional, debido a que la capacidad nacional resulta insuficiente para hacer frente a la amenaza; como lo ocurrido en Chile con el terremoto y tsunami del año 2010, conocido como el terremoto del 27F, que impactó a gran parte de la zona centro sur del país.

La existencia de desastres y emergencias en América Latina han estado determinados por factores sociales como: la vulnerabilidad política, gobiernos débiles, dictaduras, existencia de programas y políticas paternalistas, y nulas o inexistentes políticas para el manejo y la reducción de desastres (Barrales et al., 2013). Nuestro país, en particular, se caracteriza mundialmente por poseer un alto grado de exposición a amenazas naturales y de origen antrópico o generadas por los humanos. Las que más lo caracterizan internacionalmente son los terremotos, siendo el terremoto del año 1960 en Valdivia reconocido como el mayor sismo del que se tenga registro a nivel global, y que al mismo tiempo originó un tsunami que afectó las costas de Chile y de otros países de la costa del pacífico. Sin embargo, aquí también se observan tsunamis,

¹⁵ Este capítulo fue elaborado por Movidos x Chile. Movidos x Chile, proyecto de la Comunidad de Organizaciones Solidarias que nace en 2017, es una red articulada de organizaciones que promueve el actuar coordinado en preparación y respuesta en desastres, impulsando la participación responsable de todos frente a esta realidad país.



inundaciones, incendios forestales, trombas marinas, aluviones, avalanchas, erupciones volcánicas, temporales de lluvias y tormentas de arena.

Actualmente, debido al cambio climático que ha evolucionado hacia una crisis climática global, sus repercusiones se confirman también en Chile a través de diversos fenómenos, uno de estos son las sequías que se encuentran asolando a diversas zonas del país, afectando particularmente a las comunidades que habitan sus territorios, la agricultura y la ganadería. Se debe considerar que las sequías o las llamadas “Megasequías” pueden transformarse en emergencias con carácter más permanente en los territorios, lo que afecta a las comunidades a todo nivel, tanto social, económico, político y sanitario. Desde hace más de una década que el país se encuentra constantemente perjudicado por las sequías de grandes proporciones que tienen efectos perjudiciales más permanentes.

Así, la “Megasequía” en Chile se caracteriza por un déficit mayor en las precipitaciones anuales, entre un 20% y un 40%, con repercusiones en los volúmenes de agua en los embalses, la disminución de la acumulación de nieve, los niveles de agua subterránea, la pérdida de agua en diversos lagos del país (Ministerio de Obras Públicas

¹⁶ El texto más reciente de este manual es el del año 2018. Los usuarios principales del Manual Esfera son los voluntarios y profesionales humanitarios, que

[MOP], 2022). Por tanto, ya no sólo dialogamos sobre amenazas esporádicas que pueden afectar a la población, como un terremoto, sino también con fenómenos que están presentes de manera constante y que afectan a los territorios, y sus habitantes, obligándolos en varias ocasiones a buscar lugares más lejanos para relocalizarse o continuar sufriendo los daños de las sequías en sus territorios originales, todo esto afectando de sobremanera, la salud mental de las personas.

Salud mental y emergencias

En Chile, luego del terremoto y tsunami del 2010, y posterior a las 75 recomendaciones que entrega Naciones Unidas al país para fortalecer la débil política y estructura de gestión del riesgo a nivel nacional, es que se comienza a trabajar paulatinamente en líneas de acción que permitan proteger la salud mental en las emergencias. Es así, como el año 2019 se publica el “Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres”, modelo que en Chile fue diseñado con el apoyo de Japón debido a la vasta experiencia en las temáticas de reducción del manejo de desastres.

A nivel internacional, el Manual Esfera¹⁶ fue desarrollado en 1997 por un grupo de profesionales humanitarios representantes

trabajan en la gestión, planificación y ejecución de las intervenciones humanitarias en los territorios afectados por desastres o conflictos (Manual Esfera, 2018).



de diferentes organizaciones no gubernamentales, el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, con el fin de garantizar una mejor coordinación y eficiencia en la entrega de la asistencia humanitaria, haciendo hincapié en que las personas afectadas por un desastre o por un conflicto bélico tienen derecho a vivir con dignidad. Es con este Manual que se crean estos estándares mínimos para la ayuda humanitaria en los distintos sectores, como albergues, salud, seguridad alimentaria, agua higiene y saneamiento.

Lo relativo a la salud mental se encuentra dentro del Manual en la norma sobre Salud; donde se señala que “Todas las personas tienen derecho a recibir atención de salud apropiada en el momento oportuno” y que las crisis humanitarias tienen efectos importantes para la salud y el bienestar de las poblaciones afectadas; siendo así que los primeros auxilios psicológicos (PAP) son cruciales en las fases iniciales de una emergencia y que son importantes para tratar el estrés agudo en las personas. Por tanto, la relevancia de capacitar a los voluntarios y profesionales humanitarios en las formas de impartir los PAP (IBID) cobra vital importancia.

Se entiende como Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) a la ayuda inmediata que se ofrece a las personas afectadas ante una emergencia o crisis, empleando las técnicas o pasos necesarios para ofrecer una adecuada contención. Esta, no se trata de

una intervención clínica, sino de una respuesta básica, humana y de apoyo a las personas que sufren. Incluye escuchar atentamente, evaluar y garantizar las necesidades básicas, fomentar el apoyo social y proteger contra daños adicionales.

PAP no es intrusiva y no se trata de presionar a las personas para que hablen sobre su malestar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012) o relaten la historia de los acontecimientos, sino que, por el contrario, se trata de una escucha activa y fraterna sin realizar prejuicios, y conectando con los recursos y servicios disponibles para cubrir las necesidades requeridas, siempre que la información sobre aquellos sea fidedigna. Es relevante mencionar que PAP no es algo que sólo pueden realizar profesionales de la salud mental, sino que, por el contrario, cualquier persona que adquiera esta herramienta puede utilizarla en caso de una emergencia tanto para sí mismo, como para con otros.

Por último, es fundamental considerar que los voluntarios y voluntarias y profesionales humanitarios que imparten los PAP deben ocuparse de la propia salud mental. Las emergencias son complejas y tienden a aumentar la ansiedad, la angustia y el estrés de todos y todas quienes la vivencian. Por lo mismo, es importante que quienes imparten PAP tengan momentos diarios de recreación, tales como, escuchar música, leer, salir a caminar y las sesiones de diálogo



con los compañeros de equipo al final de la misión o del día laboral.

9.2 Justificación

Existen consensos internacionales en que la relación entre las emergencias, los desastres y la salud mental es un área de la ayuda humanitaria que aún queda muy por debajo entre las prioridades. En contextos de emergencia, tradicionalmente se identifican necesidades a resolver de manera inmediata, como agua, albergues y alimentación. Sin embargo, el apoyo psicosocial a las comunidades y los primeros auxilios psicológicos dentro de las primeras horas posteriores a la emergencia también son vitales para así poder prevenir efectos secundarios perjudiciales en las personas, como lo es el trastorno por estrés post traumático.

Se entiende que la exposición a un evento potencialmente traumático, como son las emergencias y los desastres, se asocian a una experiencia llamada estrés. “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986). Por tanto, el estrés se relaciona con la persona y su interacción con la situación amenazante y las estrategias propias de afrontamiento.

La mayoría de las personas que viven una experiencia de emergencia sufren algún tipo de malestar mental cuya gravedad en muchos casos logra disiparse con el tiempo. Sin embargo, una gran cantidad de personas que han experimentado una situación de emergencia, en algún momento padecerá depresión, trastorno del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastorno bipolar, ansiedad o incluso esquizofrenia. La Organización Mundial de la Salud reconoce que millones de personas se ven afectadas por desastres como terremotos, inundaciones, tifones, huracanes y otras calamidades a gran escala, donde entre una tercera parte y la mitad de las personas sufren graves daños en la salud mental, y las instituciones e intervenciones para hacer frente a la protección de la salud mental son generalmente muy limitadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

¿Por qué abordar esta temática?

El modelo de protección de la salud mental en la gestión de desastres desarrollado por el gobierno de Chile en conjunto con el Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN) & la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), establece (2019):

En Chile, con posterioridad al terremoto del 27 de febrero del año 2010, la prevalencia general de trastornos de estrés postraumático registrada en el país fue calculada en el 11,1%, pero en las zonas cercanas al epicentro, se encontró una



prevalencia en la población general de TEPT cercana al 23% (32,33) (p. 16).

La plataforma Public Health Degrees (2022) señala que las emergencias “no sólo afectan la salud psicológica de las personas, sino que también pueden dañar la psique colectiva de las comunidades al alterar las normas, los valores y los rituales que constituyen la base de su resiliencia” (p. 7).

Abordar la salud mental en emergencias es vital para prevenir las posibles consecuencias psicológicas perjudiciales en las personas afectadas por los desastres, como lo es el trastorno por estrés post traumático (TEPT). Dicho trastorno, se genera en algunas personas luego de vivenciar un hecho impactante, aterrador o peligroso y pueden presentarse síntomas como ansiedad, angustia, pesadillas recurrentes, recuerdos intrusivos sobre el trauma. Los primeros auxilios psicológicos pueden ayudar a prevenir dicha afección de salud mental. De acuerdo con las directrices internacionales de la Organización Mundial de la Salud “estos servicios son necesarios a varios niveles, desde la asistencia básica hasta la clínica, y debe ponerse a disposición recursos para satisfacer de inmediato las necesidades de las personas que presentan determinados problemas urgentes de salud mental” (OMS, 2022: p.4).

9.3 Propuestas

A partir de los antecedentes expuestos, es que consideramos que la salud mental en contextos de emergencia no puede quedar únicamente como una problemática que se aborde en el momento de ocurrido un fenómeno, sino que debe existir una planificación y preparación previa que permita desplegarse rápidamente cuando algo sucede.

- Elaboración de Plan de abordaje de salud mental en contextos de emergencia.
Las y los profesionales de salud en conjunto a los centros de salud (consultorios y hospitales) debiese contemplar un modelo de atención que se active en situaciones de crisis y que requiera el despliegue y la atención oportuna de personas afectadas tanto para su evaluación como para su posterior tratamiento.
- Promover la transferencia de conocimientos en estrategias de cuidado y autocuidado a la ciudadanía.
En la medida que estemos preparados con herramientas de rápida aplicación, la respuesta a una crisis podrá ser más efectiva y pertinente con las situaciones a enfrentar.
- Generar un diagnóstico de buenas prácticas que se hayan desarrollado



en temáticas de salud mental en contextos de emergencia.

La elaboración de una guía que concentre y considere las buenas prácticas ya realizadas permitirá la difusión y masificación del quehacer, así mismo el levantamiento de estrategias permitirá poder disponer de referencias desde las experiencias territoriales.

- Preparación de la ciudadanía en general en PAP.

Los Primeros auxilios psicológicos deben ser considerados como una herramienta que cualquier persona pudiese utilizar o poner a disposición de otra, ya que, si bien no es una intervención clínica, la respuesta básica, de apoyo y humana que se

entrega fomenta el apoyo social y la contención oportuna de quienes se encuentran sufriendo algún episodio de emergencias.

- Incorporar la salud mental como un eje estratégico dentro de la fase de recuperación del ciclo de gestión del riesgo, siendo relevante la articulación de OSC, Ministerios y academia para una oportuna intervención.
- Fomentar el desarrollo y puesta en práctica de la Política Nacional para la Reducción de Riesgos, Plan Estratégico 2020 – 2030 en donde se plantea, en el eje n°5 una recuperación integral en donde la salud mental sea considerada como un elemento prioritario para esto.



X. CONSIDERACIONES FINALES

La problemática de la Salud Mental se ha instalado en la agenda pública a nivel mundial, así lo demuestra la preocupación que ha mantenido la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos años, sobre todo enmarcada en lo que ha significado la experiencia de la Pandemia. El último “Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos” (2022), da cuenta de ello, instalando en el debate la importancia que tiene cambiar el enfoque que se le ha asignado a la salud mental, invitando a repensar desde el trabajo colectivo, comunitario y transversal el contexto que estamos viviendo a nivel global con fenómenos como la desigualdad social y económica, las emergencias de la salud pública, las guerras y crisis climática, como sus principales amenazas. En este sentido la institución hace un llamado a los diversos países a colaborar entre sí a fin de profundizar en el valor y compromiso atribuidos a la salud mental, reorganizar los entornos que influyen en ella y reforzar los sistemas de atención de las personas.

En la misma línea, no es de extrañar que el Premio Nacional de Ciencias Aplicadas y Tecnologías de 2022 en Chile haya sido para un especialista en materia de Salud Mental como Ricardo Araya Baltra, no solo por su experticia y compromiso investigativo, sino también por ser un referente a la hora de hablar de Salud Mental en el país. Araya

Baltra sostiene que la salud mental “...es mucho más amplia que los trastornos mentales. Va más allá de eso, porque tiene que ver con el bienestar de la población. Tiene que ver con que tú sientas que se te han dado las posibilidades para desarrollarte plenamente” (Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental Adolescente, 17 de junio de 2022). Esta definición no solo evidencia cómo se ha instalado en la agenda pública la preocupación por esta problemática, sino que también plantea grandes desafíos para el Estado y la sociedad en su conjunto.

Para alcanzar las transformaciones que el país necesita en materia de salud mental se observa entonces como un aspecto fundamental avanzar de manera complementaria en dos dimensiones, una a nivel colectivo y otra a nivel individual:

- La primera de ellas se evidencia en la importancia de reorganizar los entornos que influyen en la salud mental transformándolos en entornos benevolentes con el desarrollo integral de las personas, considerando como parte de la intervención a las personas que integran el círculo de apoyo de quien presenta una patología o trastorno como podrían ser su familia, amistades y comunidad, fortaleciendo así las posibilidades de generar y construir redes de



cuidado colectivo. A su vez, la sensibilización, la educación y la inclusión son indispensables para evitar el estigma, perjuicio y discriminación.

- La segunda, apunta a seguir trabajando por mejorar la disponibilidad y acceso a los servicios de atención de salud mental: promoviendo la especialización de profesionales de la salud en esta área, contando con más especialistas en el sistema público y con una distribución equitativa a lo largo de todo el país.

Otro aspecto clave dice relación con contar con una red intersectorial preparada y articulada para la promoción, prevención, detección, contención y tratamiento. Especial atención requiere la promoción y prevención para que, en el mediano y largo plazo, no solo permitan un abordaje oportuno, si no también una reducción en la prevalencia de trastornos y patologías de salud mental.

Para lo anterior, el trabajo colaborativo entre actores públicos y privados es necesario

para llegar a todos y todas. La sociedad civil organizada, desde su experiencia y trayectoria en la atención de temas de interés público, es un sector que puede aportar significativamente en esta materia innovando, colaborando, articulando y aportando conocimiento desde sus prácticas cotidianas y territoriales, para el perfeccionamiento de las políticas públicas.

Como Comunidad de Organizaciones Solidarias hacemos un llamado a avanzar en la construcción de una política integral de salud mental con enfoque de derechos y esperamos que con las reflexiones y propuestas planteadas en este documento, encontremos la inspiración necesaria para comprometernos con disminuir las brechas y desigualdades en salud mental, alcanzar una inclusión efectiva y construir una sociedad más amable que permita a todas las personas tener experiencias vitales que contribuyan a su bienestar integral. Juntos llegaremos más lejos.



XI. GLOSARIO¹⁷

Trastornos y patologías de salud mental

Manifestaciones de las alteraciones de la mente y la conducta humana que dificultan el desarrollo y diario vivir del sujeto. Hay varios factores que desencadenan las psicopatologías, como son, factores biológicos (lesión cerebral o desequilibrio entre neurotransmisores), psicológicos (carencia afectiva, vivencia de situaciones traumáticas) sociales (problemas familiares o laborales, pobreza) e influencias ambientales. Podemos nombrar algunas psicopatologías para dar ejemplo: Trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios como la anorexia, etc. (Lupón, Torrents & Quevedo, 2012).

Ansiedad

Estado de agitación e inquietud desagradable. Conjunto de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. No obstante, también pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. (Sierra et al., 2007).

Angustia

Reacción generalizada que tiene una persona cuando se enfrenta a cierta situación desagradable que percibe como amenazante, creando impotencia en quien la padece, desencadenando pensamientos, sentimientos y conductas de dolor emocional. Algunos de los síntomas que genera la angustia son: opresión en el pecho, sequedad en la boca, palpitaciones, sudores, sensación de agobio, náuseas, etc. (Sierra et al., 2007).

Estrés

El estrés es una respuesta del organismo frente a un estado de tensión excesiva y permanente, que se prolonga más allá de las propias fuerzas (Rojas, 2014). Este puede presentarse de manera protectora, ayudando a sobrellevar situaciones no habituales y generando energía extra para afrontarlas, situación en que es denominado Eustrés, o como consecuencia a una sobrecarga crónica del organismo, también llamado Distrés.

Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes y graves a nivel mundial, en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas (Pérez et al, 2017). Se

¹⁷ El presente glosario fue elaborado en colaboración con voluntarios de ONG. Psicólogos x Chile.



caracteriza por una tristeza persistente, falta de interés y placer en actividades que se solían disfrutar, alteración del sueño y del apetito, cansancio y falta de concentración (OMS, 2021).

Depresión mayor

Trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento, estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. Además de lo anterior, en una gran parte de la población que padece depresión mayor, se presentan ideas suicidas, intentos de autolesión o suicidio (Pérez et Al, 2017).

Esquizofrenia

Patología psiquiátrica que se manifiesta generalmente durante la adolescencia o la adultez temprana, y se caracteriza por un conjunto variable de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones, la desorganización del pensamiento, síntomas que ocasionan un déficit en cuanto a funciones cerebrales como la reducción de las emociones, el lenguaje y la motivación, la disminución en la función cognitiva, y cambios en tono muscular y actividad, como en el síndrome catatónico. Los síntomas afectivos son muy comunes en esta

patología, particularmente la depresión (Alanen, 2003).

Trastorno Afectivo Bipolar

Enfermedad del estado de ánimo, crónico y recurrente que cursa con síntomas que oscilan desde la manía (Ramírez Vargas, et al, 2020), es decir una exaltación en el estado anímico, momentos de euforia e hiperactividad; y episodios depresivos (Ramírez Vargas, et al, 2020) llegando al en ocasiones al estupor, en donde hay una incapacidad total de expresión y ausencia total de movimiento (acinesia) (Capponi, 1987).

Existen dos tipos principales de Trastorno Afectivo Bipolar: el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el tipo II (TBII). El tipo I está caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II presenta episodios de hipomanía y depresión. La distinción principal entre ambos es la severidad de los síntomas maníacos. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluyendo síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. En contraste, la hipomanía, no es lo suficientemente severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social; y no es necesaria la hospitalización en estos pacientes. (Jann, 2014)



Trastornos afectivos

También llamados trastornos del estado de ánimo, son un conjunto de alteraciones psíquicas que se presentan de forma patológica y que interfieren de manera importante en la funcionalidad de la persona que lo padece. Según el Instituto de Investigaciones de Neuropsiquiatría (Clínica López Ibor, s.f), este tipo de trastornos puede afectar la autoestima de la persona, causando gran sufrimiento e influyendo en la manera de estar y percibir el mundo; percepción que se aleja de la coherencia y por lo tanto produce una angustia vital desmesurada.

Demencias

Se define como “síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares fundamentales son los trastornos cognitivos, los trastornos conductuales y un impacto relevante en la funcionalidad o capacidad de llevar a cabo las actividades diarias que se solía realizar” (Gajardo y Monsalves, 2013). Si bien no exclusivamente, las demencias suelen aparecer en la vejez y afectan de manera significativa el sentido de independencia y autonomía de la persona.

Comportamiento disruptivo

En toda sociedad existe un marco normativo de ajuste conductual a la esfera de lo social. Este se ve influenciado por conductas internalizantes asociadas a aspectos del

ánimo o psicológicos que nos afectan de manera interna (sentimientos de tristeza, inferioridad, temor, entre otros), y por conductas externalizantes que pueden afectar directamente a otros. Cuando dichas conductas rompen o van en exceso a los estímulos o al contexto donde están ocurriendo se produce un comportamiento disruptivo (Arias Correa et al., 2009).

Los factores que pueden predisponer este tipo de conductas tienen relación con problemas de autorregulación tanto de impulsos emocionales como físicos, y también autorregulación en el juicio o valoración social que se tiene de los otros. Lo anterior tiene como resultado una tendencia al comportamiento hostil o amenazante hacia otros de forma verbal o física, a la hiperactividad, a tener conductas precipitadas o impulsivas, a la falta de empatía y al rechazo a la autoridad y a las normas (Arias Correa et al., 2009).

Habilidades socioemocionales

Son competencias aprendidas y desarrolladas a partir del contexto que rodea al individuo, entre ellas se encuentra la perseverancia, la autorregulación, mentalidad de desarrollo o crecimiento (García Cabrero, 2018). Estas habilidades están ligadas a los rasgos de personalidad, por lo tanto, facilitan la consecución de metas, la mantención de relaciones sociales saludables y una adecuada toma de decisiones.



Estas habilidades pueden variar a lo largo de la vida a través de la crianza, la educación y la cultura, lo implica que es posible aprender, reforzar o mejorarlas. El incremento de los niveles de habilidades sociales y emocionales puede tener un efecto especialmente significativo en la mejora de los resultados relacionados con la salud y el bienestar subjetivo, así como en la reducción de los comportamientos antisociales (OECD, 2015).

Trauma complejo

Trastorno que sufre una persona por exposición continua a situaciones traumáticas crónicas, usualmente de tipo interpersonal, y que en su desarrollo se caracterizan por presentar trastornos o síntomas que no se encuentran en los

criterios diagnósticos del trastorno por estrés post traumático (Morales Aguilar, 2018). Este tipo de trauma incide en la totalidad de la persona, todas las áreas de funcionamiento estarán en mayor o menor medida afectadas por la devastación del trauma a corto, medio y largo plazo. (Nieto y López, 2016).

Bienestar Subjetivo

Postura evaluativa que las personas tienen con relación a su bienestar tal y como lo viven, es decir, cómo lo perciben. El bienestar subjetivo posee dos componentes: el emocional, relacionado con el nivel de felicidad, y el cognitivo, que se refiere a las evaluaciones sobre la satisfacción de su vida (Kushkev et al, 2017).



XII. REFERENCIAS

Introducción

Gatica-Saavedra, M., VICENTE, B., & RUBÍ, P. (2020). Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(4), 500-505.

IPSOS (2022). IPSOS Monitor Global de Salud 2022. Una encuesta Global Advisor. <https://www.anda.cl/wp-content/uploads/2022/10/lpsos-Monitor-Global-de-Salud-2022-1.pdf>

Ministerio de Salud (2017) Plan Nacional de Salud Mental. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Minoletti A, Rojas G, Sepúlveda R. Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile. En: Armijo MA (Ed). *La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia*. Santiago, Chile: Laboratorios Royal Pharma; 2010; p. 132-55.

Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2022) Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. [https://www.who.int/es/news-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

[room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

Salud Mental en Chile

Asociación Chilena de Seguridad y Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales (2022). Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC: Quinta ronda. Resultados del estudio. <https://www.achs.cl/docs/librariesproviders2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>

Baeza Rivera, M.J., Salinas Oñate, N., Escandón Nagel, N.y Caamaño Mardones E. Validación de la Escala de Reacciones ante Experiencias de Trato Desigual. *Salud. Revista Ciencias de la Salud*, 18(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9798>

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>



- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Gallardo, M. y Cárcamo, R. (17 mayo 2022) Crisis en Salud Mental: Aumentan licencias médicas, integración a tratamientos y casos de suicidio. *Puroperiodismo* <http://www.puroperiodismo.cl/crisis-en-salud-mental-aumentan-licencias-medicas-integracion-a-tratamientos-medicos-y-casos-de-suicidio/>
- Galvis, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*. 16(2), 182-187. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-182.pdf>
- Gatica-Saavedra, M., Vicente, B., y Rubí, P. (2020). Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(4), 500-505. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400500>
- González, A. (17 de octubre de 2021) Sólo 53 siquiatras atienden con bono Fonasa en todo Chile: una deuda con la salud mental. *Bio Bio Chile* <https://www.biobiochile.cl/especial/bcl-investiga/noticias/reportajes/2021/10/17/solo-53-siquiatras-atienden-con-bono-fonasa-en-todo-chile-una-deuda-con-la-salud-mental.shtm>
- Hartung, A. (23 de agosto de 2020) Salud mental y pobreza en Chile: “Solo el 19% de las personas que requieren atención tienen acceso”. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/paula/salud-mental-y-pobreza-en-chile-solo-el-19-de-las-personas-que-requieren-atencion-tienen-acceso/>
- Jiménez, J.P., Olhaberry, M., Altimir, C., Errázuriz, P. y Dagnino, P. (8 de noviembre de 2021). Salud mental en Chile: urgencias, desafíos y silencios. *CIPER* https://www.ciperchile.cl/2021/11/08/salud-mental-en-chile-urgencias-desafios-y-silencios/#_ftn3
- Jiménez-Molina, A., Reyes, P., y Rojas, G. (2021). Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile. *Revista médica de Chile*, 149(4), 533-542. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400533>
- Ministerio de Salud (2008) Informe Final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. <http://www.repositoriodigital.minsal.c>



[/bitstream/handle/2015/602/3895.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bitstream/handle/2015/602/3895.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud (2018a) Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016-2017. Segunda entrega de resultados http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2%C2%BA-Resultados-ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL_14.01.2019.pdf

Ministerio de Salud de Chile (2018b). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

Ministerio de Salud (2019) Guía práctica en Salud Mental y prevención de suicidio para estudiantes de Educación Superior. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-en-Salud-Mental-y-Prevenci%C3%B3n-de-Suicidio-para-estudiantes-de-educaci%C3%B3n-superior.pdf

Ministerio de Salud (2021) Herramientas de apoyo para la prevención del suicidio https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Herramientas_SaludMental_Sept2021.pdf

OECD (2021), A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.

Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2022) Salud mental: fortalecer nuestra respuesta <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Superintendencia de Salud (s.f.) Licencias Médicas. Recuperado el 8 de noviembre de 2022 de <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3748.html>

Vicente, B., Saldivia, S., y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. Acta bioethica, 22(1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>

Comunidades Educativas

Asociación Chilena de Seguridad (28 de junio de 2022). Delincuencia e incertidumbre socio-política son los principales estresores para la salud mental de la sociedad. Asociación Chilena de Seguridad. <https://www.achs.cl/noticias->



[ocultas/delincuencia-e-incertidumbre-socio-politica-son-los-principales-estresores-para-la-salud-mental-de-los-chilenos](#)

Asociación Chilena de Seguridad y Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales (2022). Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC: Quinta ronda. Resultados del estudio. <https://www.achs.cl/docs/librariesprovidor2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>

Centro Estudiantes Arquitectura Universidad de Chile (2019). Salud Mental Escolar y Universitaria. Revista RT INJUV, (30), 8-10. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_30.pdf

Dowdy E, Ritchey K. y Kamphaus R. (2010) School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. School Mental Health, 2(4),166-176. doi: [10.1007/s12310-010-9036-3](https://doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3)

Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (2020). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

Fundación Chile (27 de agosto de 2020). Engagement y agotamiento docente: ¿qué energiza y agota a los profesores en contexto de pandemia?. Fundación Chile. <https://fch.cl/noticias/engagement-y-agotamiento-docente-que-energiza-y-agota-a-los-profesores-en-contexto-pandemia/>

Fundación Chile, Circular HR y Educarchile (Agosto 2020). Engagement y agotamiento en las y los docentes de Chile: una mirada a partir de la realidad Covid-19. <https://www.educarchile.cl/sites/default/files/2020-08/Estudio%20Engagement%20Docentes.pdf>

Fundación Portas (2021). Resultados Encuesta de Inclusión en Educación Superior. <https://fundacionportas.cl/wp-content/uploads/2022/02/presentacion-webinar-inclusion5.pdf>

Mac-Ginty, S., Jiménez-Molina, A. y Martínez, V. (2021) Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios en Chile. Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 32(1), 23-37.

Martínez, C., (2007) Hacia la reforma de los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia. En Rodríguez,



- J. J. (Ed) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. (pp.180 -192) Organización Panamericana de la Salud.
- Halpern, M., Larraguibel, M., Montt, M.L. y Rojas-Andrade, R. (2021). Impacto de la Pandemia por COVID-19 en la Salud Mental de Preescolares y Escolares en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 32(1), 12-21.
- Instituto Nacional de la Juventud (2019). Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018: Informe general de resultados. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/ix_encuesta_nacional_de_la_juventud_2018.pdf
- Jiménez, A., Jara, M.J. y Miranda, E. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 125-134. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100013>
- Jiménez, J.P., Olhaberry, M., Altimir, C., Errázuriz, P. y Dagnino, P. (8 de noviembre de 2021). Salud mental en Chile: urgencias, desafíos y silencios. Ciper. <https://www.ciperchile.cl/2021/11/08/salud-mental-en-chile-urgencias-desafios-y-silencios/>
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., Vargas, B. y Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 14(1), 31-41. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue1-fulltext-508>
- Macaya Sandoval, X. y Vicente Parada, B. (2020) Sistema Educativo y Salud Mental: Una Asociación Relevante en Promoción y Prevención para Adolescentes Escolarizados. *Eureka* 17(1):162-187, 2020 <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-1-17.pdf>
- Ministerio de Salud (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Segunda entrega de resultados. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2021). The state of school education: One year into the COVID pandemic. <https://doi.org/10.1787/201d84-en>
- Restrepo, A.M. (2022). Encuesta de salud mental: Análisis cualitativo. UNICEF. <https://www.unicef.org/lac/media/34>



[676/file/Informe-analisis-cualitativo-encuesta-salud-mental-Ureport.pdf](#)

Rojas-Andrade, R.M. y Leiva, L. (2018). La salud mental escolar desde la perspectiva de profesionales chilenos. *Psicoperspectivas*, 17 (2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue2-fulltext-1101>

Rossen E, y Cowan K, (2014) Improving mental health in schools. *Phi Delta Kappan*, 96(4),8-13. <https://doi.org/10.1177/003172171456143>

Niñez y Adolescencia

Baeza-Rivera, M.J., Escandón-Nagel, N., Mardones, E. C. y Salinas-Oñate, N. (2020). Validación de la Escala de Reacciones ante Experiencias de Trato Desigual en Salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(3). <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/9798>

Educación 2020 (2020). Reporte Resultados 3° Encuesta de Resultados online "Estamos Conectados": Segunda Parte - Octubre 2021. https://educacion2020.cl/wp-content/uploads/2021/10/EC3_segunda-parte.pdf

Unicef y Ministerio de Desarrollo Social (2017). Resultados 3ª Encuesta

Longitudinal de Primera Infancia. ELPI 2017.

<https://www.unicef.org/chile/media/3181/file>

Gatica-Saavedra, M., Vicente, B., y Rubí, P. (2020). Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(4), 500-505. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400500>

Gómez Dantés H, Victoria Castro M y Franco-Marina F. (2011) La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex*, (53). <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5029>

Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6),1019 - 1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)

Krassner, A. M., Gartstein, M. A., Park, C., Dragan, W. Ł., Lecannelier, F., & Putnam, S. P. (2017). East-west, collectivist-individualist: A cross-cultural examination of temperament in toddlers from Chile, Poland, South Korea, and the US. *European Journal of Developmental Psychology*, 14(4), 449-464.



- Ministerio de Salud (2008). Informe final: estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. https://diprece.minsal.cl/wr_dprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Estudio-de-Carga-de-Enfermedad-y-Carga-Atribuible..pdf
- Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Sáez-Delgado, F., Olea-González, C., Mella-Norambuena, J., López-Angulo, Y., García-Vásquez, H., Cobo-Rendón, R. y López, F. S. (2020). Caracterización psicosocial y salud mental en familias de escolares chilenos durante el aislamiento físico por la COVID-19. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 281-300. <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3.015>
- Saldías Rojas, M. (2021). Competencias Parentales de las madres, padres y cuidadores de niños/as entre 8 y 12 años durante la Pandemia por COVID-19 en Chile. [Tesis de maestría, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile]. [https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/185005/Competencias-parentales-de-las-madres-](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/185005/Competencias-parentales-de-las-madres-padres-y-cuidadores-de-ni%C3%B1os-as-entre-8-y-12-a%C3%B1os.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R. y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Mario Valdivia y M. Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitaria. *Revista Médica de Chile* 140(4), 447-457. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
- World Health Organization. (2011). *Mental Health Atlas 2011*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44697/9799241564359_eng.pdf;jsessionid=E10E724B6D846C80DDD24C79345C58BE?sequence=1



Residencias de protección para Niñas, niños y adolescentes

Hogar de Cristo (2021). Del dicho al derecho: Ser niña en una residencia de protección en Chile. <https://www.hogardecristo.cl/wp-content/uploads/2021/12/DelDichoAlDerecho-SerNina.pdf>

Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240-255.

Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K. y Reed, a. (2000) Recognizing emotion infaces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679-88. DOI:10.1037/0012-1649.36.5.679

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari A., Anderson C. M. y Navalta C.P. (2002) Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2),397-426. DOI: 10.1016/s0193-953x(01)00003-x. PMID: 12136507

Personas con discapacidad

Álvarez, M., Sáez, G. y D'Orey, M. (2020). El bienestar emocional de los adultos con síndrome de Down: una mirada

transdiagnóstica. *Siglo Cero*, 50(4), 7-21.

<https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero2019504721/21980>

Arias, W., Cahuana, M., Ceballos, K. & Caycho, T. (2019). Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 5(1), 7-16. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n1.135>

Brogna, P.C. (2006). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Cadernos ESP*, 2(2), 07-12. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/21>

Brown, F. y Hooper, S. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning-disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(3), 195-201. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1744629509346173>

Cobos, A.N. (2019). Caracterización Sociodemográfica y apoyo del sistema de salud a cuidadores de personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) que reciben tratamiento conductual en Asopormen [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de



- Colombia]
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/13928>
- Engel, G. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. DOI: [10.1126/science.8474](https://doi.org/10.1126/science.8474)
- Figuroa, F. (2017). Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría: Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos. *Anuario de Derechos Humanos* (13): 111-21. <https://doi.org/10.5354/adh.v0i13.46893>
- Gil, R. y Medina, B. (2017). Estrés y estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad intelectual: revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 38-44. <https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero2019504721>
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Martin, S., Parkes, C., Blizard, R. y King, M. (2011). Cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 1-7. <https://link.springer.com/article/10.1186/1745-6215-12-95>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A.s, Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es
- Louro, I. (2003), La familia en la determinación de la salud. *Escuela Nacional de Salud Pública. Revista Cubana Salud Pública*, vol. 29, N° 1, p. 48 – 51.
- Ministerio de Educación, Gobierno de Chile (2002). *Escuela, familia y discapacidad. Guía para la familia de niños, niñas y jóvenes con discapacidad.*
- Ley N°20.422 (2010). Establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. 10 de febrero de 2010. Chile
- Ley N° 21.331 (2021). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. 11 de mayo de 2021. Chile
- Martorell, A., Ayuso, J. L., Novell, R., Salvador-Carulla, L., y Tamarit, J. (2011). *Discapacidad intelectual y salud*



mental. Guía Práctica. Comunidad de Madrid
http://www.madrid.org/bvirtual/BVC_M013833.pdf

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006). Organización de Naciones Unidas

Servicio Nacional de Discapacidad. (2015). Discapacidad y Salud Mental: una visión desde SENADIS
<https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/3179/documento>

SENADIS. (2016). II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015.
<https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/3959>

Personas Mayores

Aravena, J. M., Gajardo, J. y Saguez, R. (2019). Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. Revista Panamericana de Salud Pública, 42(7).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>

Barranquero, R., y Ausín, B. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. Psicogeriatría, 9(1), 41-47.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., y Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Revista española de salud pública, 76(6).

Cuadra-Peralta, A., Cáceres, E. F. M., y Guerrero, K. J. S. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Límite Revista Interdisciplinaria De Filosofía Y Psicología, 11(35).
<https://www.revistalimite.cl/index.php/limite/article/view/54>

Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., y Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PloS one, 15(1),
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

Choi, K. W., Chen, C., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M. J., Koenen, K. C. y Smoller, J.W. (2019) Assessment of Bidirectional Relationships Between Physical Activity and Depression Among Adults: A 2-Sample Mendelian Randomization Study. JAMA Psychiatry, 76(4), 399-408.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4175



- Deví Bastida, J., Puig Pomésc, N., Jofre Fontb, S. y Albert Fetscher Eickhoffd, A. (2015). La depresión: un predictor de demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(2) [10.1016/j.regg.2015.10.008](https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.008)
- Duran-Badillo, T., Benítez, V. A., Martínez, M. de la L., Gutiérrez, G., Herrera, J. L. y Salazar, M. E. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(61), 267-284. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Fernández, M. B., y Herrera, M. S. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(1), 30-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Barrón, A., y Arias, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(3), 1018-1029. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., y Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 8, 2003. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Hernández L., Marín, P. y De Solminihac, H. (2021) *Economía, Envejecimiento y salud*, Ediciones UC.
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- Herrera, M. S. Elgueta, R., Hernández, B., Giacoman, C., Leal, D., Rubio, M. Marshall, P. y Valenzuela, F. (2021). Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19. https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-.pdf
- Herrera, M. S., Fernandez, M. B. y Rojas M. (2020). Chile y sus Mayores. Resultados V Encuesta Nacional Calidad de Vida. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019.CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas (s.f.) *Proyecciones de población*.



Recuperado el 25 de agosto de 2022 de

<https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

Laguado J. E., Camargo Hernández K. C., Campo Torregroza E.y Martin Carbonell M.de la C. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos, 28(3), 135-141.

Ministerio de Desarrollo Social (2017). CASEN 2017. Adultos Mayores, Síntesis de Resultados. http://observatorio.ministeriodesarroll osocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_cas en_2017.pdf

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021). Encuesta Casen en Pandemia. <http://observatorio.ministeriodesarroll osocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>.

Ministerio de Salud (11 de octubre de 2019) Minsal lanza primera guía para la prevención del suicidio en adultos mayores y los insta a sumarse al #ExigeElAmarillo. <https://www.minsal.cl/minsal-lanza-primer-guia-para-la-prevencion-del-suicidio-en-adultos-mayores-y-los-insta-a-sumarse-al-exigeelamarillo/>

Ministerio de Salud y Servicio Nacional de Adulto Mayor (2020) Estrategia para la salud mental de personas mayores http://www.senama.gob.cl/storage/docs/ESTRATEGIAS_SALUD_MENTAL.pdf

Molfino A., Gioia, G., Fanelli, F.R. y Muscaritoli M. (2014) The Role for Dietary Omega-3 Fatty Acids Supplementation in Older Adults. Nutrients, 6(10), 4058-4072. <https://doi.org/10.3390/nu6104058>

National Institute on Aging (14 de enero de 2021) Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>

Organización Mundial de la Salud (12 de diciembre de 2017) La salud mental y los adultos mayores <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Palma-Ayllón, E. y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Red ELEM, Universidad Gabriela Mistral y Universidad San Sebastián (2021)



Encuesta Nacional Red ELEM.
<https://redelem.cl/download/12284/>

Rodríguez, M.T., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil M.N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008>

Sandoval Garrido, F.A., Tamiya, N., Lloyd-Sherlock, P., y Noguchi, H. (2016). Relation of depression with health behaviors and social conditions of dependent community-dwelling older persons in the Republic of Chile. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2029–2043.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216001228>

Teixeira, C.M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H.M. y Brustad, R.J. (2013). Physical Activity, Depression and Anxiety Among the Elderly. *Social Indicators Research* volume 113, 307–318. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0094-9>

Universidad de Chile (s.f.) Encuesta Nacional de Consumo Alimentario. Informe final.
https://www.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf

Wong, C.W. (2017) Vitamin B12 Deficiency in the Elderly. *Nutrition and Functional*

Foods for Healthy Aging, 159-166.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805376-8.00016-2>

Zetina, María Guadalupe (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19),23-41.

Personas privadas de libertad

Araya, R. (12 de septiembre de 2022). Es bueno que la gente sienta que puede abrirse con esta enfermedad: El Premio Nacional de Ciencias Ricardo Araya y la depresión, del estudio a la carne propia. *The Clinic*.
<https://www.theclinic.cl/2022/09/17/ricardo-araya-y-la-depresion-del-estudio-a-la-carne-propia/>

Arensburg, S. (2002). Tecnologías Psicológicas. Políticas de la Verdad sobre el Sujeto penitenciario. *Revista Psicología*, 3. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/xmliui/handle/123456789/2363>

Arensburg, S (17 de noviembre de 2015). Carencias en el sistema penitenciario. Salud mental en las cárceles chilenas: depresión, abuso de sustancias y falta de atención. *Diario Universidad de Chile*.
<https://www.uchile.cl/noticias/11721>



6/la-salud-mental-prende-alertas-en-las-carceles-chilenas-

Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer, D., & Lewis, G. (2005). Psicosis en la comunidad y en las prisiones: un informe de la Encuesta Nacional Británica de morbilidad psiquiátrica. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.774>

Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A. M., Padilla-Gallegos, G. M. & Leenaars, A. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n3/v58n3a09.pdf>

GENCHI. (2019) Compendio Estadístico Penitenciario. Disponible en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/Compendio_Estadistico_Penitenciario_2019.pdf

Informe Amnistía Internacional (2020 – 2021) La situación de los derechos Humanos en el mundo. Disponible en: https://crm.es.amnesty.org/sites/default/files/civicrm/persist/contribute/files/informeanual.pdf?utm_source=email&utm_medium=email&utm_campaign=mailsoc&utm_content=mailsoc_informe_anual_2020

INDH (2018) Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la integridad personal. Disponible en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1180>

INDH (2019) Estudio de las condiciones carcelarias en Chile 2019. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de Derechos Humanos en la Privación de Libertad. Disponible en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1727>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28(1), 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es

LEASUR (2018) Informe de Condiciones Carcelarias. Situación de cárceles en Chile 2018. Disponible en: <https://leasur.cl/wp-content/uploads/2018/12/Informe-CC-Leasur-sin-logo.pdf>



LEASUR (2021) Informe Estado de situación de la salud penitenciaria: Chile y el Mundo. Disponible en: <https://leasur.cl/wp-content/uploads/2021/07/ESTADO-DE-SITUACION-DE-LA-SALUD-PENITENCIARIA-TERMINADO-V1.0-20-07-2021-18.40H.pdf>

MINSAL (2017) Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Tasas de prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones chilenas. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069109>

OMS (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

OMS (2020) Informe mundial sobre salud mental, Transformar la salud mental para todos. Panorama general. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240050860>

Saavedra, J., & López, M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. Revista de psiquiatría y salud mental. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-riesgo-suicidio-hombres-internos-con-S1888989113000839>

UNODC (2021) Informe N°1: Los datos importan. Doce millones de personas privadas de libertad a nivel mundial, casi un tercio sin condena, con cárceles sobrepobladas en la mitad de los países. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Data_Matters_1_p_ison_spanish.pdf

Wacquant, Loïc (2000). Las cárceles de la miseria. Manantial. Buenos Aires.

Contextos de emergencia y catástrofe

Asociación Esfera (2018). Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria, cuarta edición, Ginebra, Suiza, 2018. www.spherestandards.org/handbook

Barrales, C., Marín, H., & Molina, R. (2013). Estado del arte de la psicología en emergencias y desastres en Chile y América Latina. / State of the art of psychology in emergencies and



disasters in Chile and Latin America. *Liminales*, 2(3).

Lazarus RS, Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, ES: Ed. Martínez-Roca

Mesa Nacional del Agua (2022). *Informe Final*, Mesa Nacional del Agua.

Ministerio de Salud (MINSAL), Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN) & Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). (2019). *Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres*, Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2022) *La salud mental en las situaciones de emergencia*. Consultado el 19 de agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

Public Health Degrees (2022) *How Do Natural Disasters Affect Mental Health?* Consultado el 19 de agosto de

2022, de <https://www.publichealthdegrees.org/resources/mental-health-natural-disasters/>

World Health Organization (WHO) (2001). *The world health report 2001—mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO; 2001.

Consideraciones finales

Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental Adolescente (17 de junio de 2022) [PRENSA] “Es bueno que la gente sienta que puede abrirse con esta enfermedad”: El Premio Nacional de Ciencias Ricardo Araya y la depresión, del estudio a la carne propia. <https://www.imhay.org/2022/09/20/prensa-es-bueno-que-la-gente-sienta-que-puede-abrirse-con-esta-enfermedad-el-premio-nacional-de-ciencias-ricardo-araya-y-la-depresion-del-estudio-a-la-carne-propia/>

Glosario

Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.



- Arias Correa, G., Montoya Roldán, E., y Romero, M. (2009). Manifestaciones de conducta disruptiva y comportamiento perturbador en población normal de 4 a 17 años de edad. *El Ágora USB*, 9(1), 17–33. <https://doi.org/10.21500/16578031.403>
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología Y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria.
- Clínica López Ibor (s.f) Trastornos del estado de ánimo y relacionados con la ansiedad. <https://www.lopezibor.com/pacientes/trastornos-afectivos/>
- Gajardo, J., y Monsalves, M. J. (2013). Demencia, un tema urgente para Chile. *Revista Chilena De Salud Pública*, 17(1), 22–25. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.26633>
- García Cabrero, B. (2018). Las habilidades socioemocionales, no cognitivas o “blandas”: aproximaciones a su evaluación. *Revista Digital Universitaria*, 19(6) http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2018.v19nhttps://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v19_n6_a5_Las-habilidades-socioemocionales-no-cognitivas.pdf
- Jann MW. Diagnosis and treatment of bipolar disorders in adults: a review of the evidence on pharmacologic treatments. *Am Health Drug Benefits*, 7(9):489-99.
- Lupon, M., Torrent, A. y Quevedo, L. (2012). Introducción a la psicopatología y la modificación de la conducta. Universidad Politécnica de Cataluña. https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/189580/tema_6_introduccion_a_la_psicopatologia_y_la_modificacion_de_la_conducta-5315.pdf?sequence=30
- Kushlev, K., Heintzelman, S. J., Lutes, L. D., Wirtz, D., Oishi, S., & Diener, E. (2017). Enhance: Design and rationale of a randomized controlled trial for promoting enduring happiness & well-being. *Contemporary clinical trials*, 52, 62-74.
- Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Nieto, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2). <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2016v7n2a1.pdf>



OECD (2016), Habilidades para el progreso social: El poder de las habilidades sociales y emocionales, UNESCO Institute for Statistics. <https://doi.org/10.1787/9789264253292-es>.

conceptos a diferenciar. Revista Malestar E Subjetividade, 3(1), 10

Organización Mundial de la Salud (OMS) (13 de septiembre de 2021). Depresión. Recuperado el 24 de Octubre de 2022 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. y Salgado, H. (2017) Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista biomédica, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Ramírez Vargas X, Arias Leal M y Madrigal Zamora S. (2020) Actualización del trastorno afectivo bipolar. Revista Médica Sinergia, 5(9). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.572>

Rojas, E. (2014). Cómo superar la ansiedad: la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones. Editorial Planeta. https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29106_Como_superar_la_ansiedad.pdf

Sierra, J; Ortega, V y Zubeidat, I. (2007) Ansiedad, angustia y estrés: tres





Juntos llegaremos más lejos.



MESA SALUD



MESA EDUCACIÓN



MESA NIÑEZ



MESA DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN



MESA PERSONAS MAYORES



