



02
Desafíos
en niñez

Salud mental en niñas, niños y adolescentes en Chile

Fundación Colunga

El documento actual corresponde a una edición del texto original redactado por Margarita Humphreys Ostertag y Matías Irarrázaval Domínguez en el contexto de una consultoría solicitada por Fundación Colunga.



©Fundación Colunga, 2022.
www.fundacioncolunga.org

AUTORÍA: Margarita Humphreys Ostertag y Matías Irrarrázaval Domínguez.

EDITORAS: Paz Garcés Luna y Trinidad González Larrondo.

REVISORA: Valentina Pozo Olavarrieta.

CORRECCIÓN DE ESTILO Y DISEÑO: La Letra.

Cómo citar este documento:

Humphreys, M. y Irrarrázaval, M. (2022). Salud mental en niñas, niños y adolescentes en Chile. En Garcés, P., González, T. y Pozo, V. (Eds). Serie Desafíos en Niñez, Fundación Colunga.

Presentación

Hace 10 años, Fundación Colunga nació para **contribuir a superar la situación de pobreza en la que viven niñas, niños y adolescentes en Chile, promoviendo la innovación social, la incidencia en políticas públicas y el fortalecimiento de la sociedad civil**. En estos 10 años, hemos podido presenciar la compleja situación que viven los niños, niñas y sus familias en Chile, enfrentando la precariedad económica, la segregación urbana y educacional y la violencia cada vez más extendida.

Sabemos que la situación es urgente, y que como sociedad no tenemos espacio a la improvisación. Por eso, quisimos hacer un aporte en mejorar la comprensión de los problemas que vive la niñez, para entender sistémicamente sus desafíos y ser un mejor aporte a las soluciones. Así, un equipo de investigación de Colunga, en alianza con un equipo interdisciplinario de expertas y expertos, analizaron las temáticas más relevantes de los problemas de la niñez en situación de vulnerabilidad con la intención de orientar y articular sus desafíos. De este ejercicio, se definió priorizar aquellas relacionadas con: **cuidados alternativos, salud mental, derecho a la educación, niñez migrante y violencia** por considerar que son temáticas urgentes en el presente, con proyección crítica al futuro y con un efecto de apalancamiento en cualquier esfuerzo de desarrollo que hagamos como sociedad.

La colección **Desafíos en niñez** es el resultado de este trabajo y de la sistematización de los diagnósticos que existen en cada una de estas materias. Cada documento da cuenta del estado del arte, los nudos críticos, posibles soluciones que se enfrentan desde la mirada de especialistas en las materias.

Necesitamos un ecosistema de impacto y de políticas públicas estratégico y enfocado. Esperamos que este material aporte a la **discusión de políticas públicas relacionadas con niñez y sea un insumo técnico para articular la acción transformadora de agentes sociales, públicos y privados potenciando la intervención basada en evidencia y nutrir la discusión en los temas de niñez**, reconociendo la complejidad y multidimensionalidad de las problemáticas asociadas a la niñez vulnerable.

Arturo Celedón de Andraca
Director ejecutivo
Fundación Colunga

Índice

Resumen ejecutivo	7
1 Introducción	13
2 Marcos normativos	17
<i>Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025 y Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025</i>	18
<i>Convención sobre Derechos del Niño</i>	20
<i>Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025</i>	21
3 Marco conceptual	23
Salud y enfermedad mental	24
Determinantes sociales, factores de riesgo y enfoque de curso de vida	26
4 Salud mental de niñas, niños y adolescentes en Chile	31
Prevalencia de problemas de salud mental en Chile	32
Estructura del modelo de atención en Chile y puntos críticos	35
El impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental	40
5 Modalidades de intervención en salud mental para niñas, niños y adolescentes	45
6 Conclusiones y recomendaciones de política pública	53
Referencias	58
Títulos de la serie	61

Resumen ejecutivo

Si bien son escasos los datos sobre la cantidad de niñas, niños y adolescentes (NNA) que experimentan problemas de salud mental, la revisión de información revela que se trata de un fenómeno persistente y de alta complejidad. Solo con la información de los últimos estudios se sabe que en nuestro país, una/o de cada cuatro jóvenes chilenas/os, reconoce haberse sentido triste, desanimada/o o deprimida/o durante el último mes y un 5% de ellas/os reporta casi siempre tener ganas de terminar con su vida (Irrázaval, 2019). Si consideramos que, según estudios mundiales, tres cuartas partes de los trastornos mentales de población adulta se habían presentado antes de los 24 años y la mitad antes de los 14 años (Kessler et al, 2005), es posible suponer que existe una cifra oculta sobre la magnitud y alcance del problema.

Analizar la salud mental desde la perspectiva de la salud pública requiere considerar una serie de dimensiones. Junto al problema que revelan los estudios epidemiológicos —que informan sobre la prevalencia de trastornos mentales y los factores de riesgo y protección asociados—, existen otros focos críticos referidos a cuestiones normativas, de institucionalidad y recursos, junto a la escasa investigación, formación y articulación del trabajo de los equipos que operan en los distintos niveles.

Los problemas de salud mental tienen un impacto individual y social significativo. Por un lado representan la segunda causa de carga de enfermedad¹; implican altos costos económicos para las personas y tienden a estar relacionados a enfermedades físicas. Usualmente tienen un efecto negativo en la vida cotidiana y generan dificultades en la vida social, el desarrollo académico y emocional, impactando incluso la salud mental de quienes integran los grupos familiares (Totsika et al, 2011; Santa Cruz et al, 2022).

En nuestro país existe un avance significativo en el diseño de un *modelo comunitario* y *en red* para atender los problemas de salud en general y salud mental en particular. Sin embargo, aún persisten brechas a nivel de la oferta de programas, lo que significa que la atención no logra llegar a las personas que debería llegar, y de acceso, que reflejan la dificultad o imposibilidad de las personas para acceder a los servicios.

El 2017 se elaboró el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* y posteriormente el *Plan de Acción 2019 - 2025*. Éste entrega un diagnóstico del funcionamiento de la red de salud considerando distintos ejes y muestra una ruta consensuada, con estrategias, acciones e indicadores definidos, que facilitan el seguimiento de las acciones en salud mental y su financiamiento. La propuesta incorpora un enfoque de “salud mental en todas las políticas”, considerando los profundos cambios que en los últimos años se han producido en la forma de comprender la salud mental y los diversos factores asociados al bienestar psicosocial de las personas (MINSAL, 2021).

Dentro de las normas que el *Plan Nacional de Salud Mental* reconoce, se encuentra la *Convención sobre los Derechos del Niño* (CDN). El 2016,

¹ Carga de enfermedad es un concepto que hace referencia al efecto que tienen distintas enfermedades, en términos monetarios, de mortalidad y morbilidad en la población, medido a través del indicador “Años de Vida Ajustados por Discapacidad, AVISA” (MINSAL, 2008).

el *Consejo Nacional de la Infancia* presentó la *Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025*, y un año más tarde hizo entrega del *Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025* que desarrolla en términos operativos, los lineamientos de dicha política, actualizando su diagnóstico y organizando el texto por ejes de derechos, que corresponden a los reconocidos en la *Convención*. Estos ejes son supervivencia, desarrollo, protección y participación. El problema de la salud mental forma parte del primero de estos ejes, que incluye acciones para asegurar condiciones necesarias, incluidas aquellas referidas al entorno y el medio ambiente, para que NNA alcancen el máximo nivel de salud a lo largo de su trayectoria de vida, (Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), *Consejo Nacional de la Infancia*, 2017) y define una serie de resultados estratégicos.

Ha sido preciso avanzar en una definición de salud mental que sea consistente con los compromisos establecidos y con las estrategias destinadas a cumplirlos. La definición de la OMS vincula explícitamente la salud con el bienestar, y conceptualiza la salud como un derecho humano que requiere recursos físicos y sociales para alcanzarlo y poder mantenerlo. Entendiendo el “bienestar” como un estado positivo —en lugar de neutral—, la salud se marca como una aspiración positiva. Adaptando parte de lo referido en la *Carta de Ottawa* de 1986, que entiende la salud como “un recurso para la vida cotidiana, no como el objeto de vivir”, el Ministerio de Salud (MINSAL) propone una definición de salud mental como la “capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2017). Entre otras, esta definición establece que la salud mental se considera un medio para vivir bien, lo que destaca el vínculo entre la salud y la participación en la sociedad.

Se ha reforzado la necesidad de entender la salud como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio en que participan diversos factores, tanto personales como del entorno (sociales, ambientales, culturales y relacionales). Incluir la idea de “interacción” con el entorno en la definición de salud mental permite relevar la necesidad de distinguir los contextos que disminuyen el nivel de salud y favorecen la expresión de una enfermedad mental, y que constituyen “factores de riesgo”, que pueden acumular su influencia a lo largo del curso de vida.

Los *determinantes sociales de la salud* son un conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud, y constituyen tanto factores de riesgo como protectores. Éstos pueden operar como factores de riesgo, más aún en ciertas etapas de la vida, que se consideran críticas para el desarrollo emocional cognitivo y social de las personas. Si bien la concurrencia de dichos factores dificulta la identificación de elementos específicos que serían los responsables del inicio o consecución de los problemas de salud mental, se han establecido ventanas de oportunidad donde la exposición a los factores de riesgo puede tener consecuencias y manifestaciones negativas para el desarrollo futuro. La niñez y la adolescencia constituyen ventanas de oportunidad donde se debe responder oportunamente a las necesidades propias de la etapa, a fin de evitar consecuencias negativas que se convierten en

desventajas para enfrentar la etapa que viene, lo que se puede traducir en desventajas acumulativas o en acumulación del riesgo.

La concepción del desarrollo neuronal en interacción con el medio ambiente (sensible a él) permite entender las vulnerabilidades, pero también las oportunidades de transformación en el periodo de desarrollo cerebral. El avance de la promoción en salud en general abrió paso al desarrollo de estrategias centradas en la “promoción de salud” en todo el ciclo vital (O’Loughlin, Althoff & Hudziak, 2018). Entendido así, el nivel de salud mental en la niñez responde a la interacción entre factores individuales y socioambientales. Por lo tanto las acciones para promover una buena salud mental en NNA se orientan a reducir situaciones adversas y factores de riesgo, así como fortalecer factores protectores y condiciones que permitan aumentar la resiliencia (Braddick et al., 2009).

La evidencia específica del impacto de los esfuerzos en promoción y prevención no es fácil de determinar. Sin embargo, estudios experimentales relevantes han mostrado la efectividad de la prevención en la enfermedad mental (Irrarázaval, Prieto, & Armijo, 2016). Solo considerando ejemplos en depresión y ansiedad, encontramos que en Chile, un programa de ejercicio físico en contexto escolar redujo los síntomas de ansiedad (Bonhauser et al., 2005²).

La comunidad especializada y los actores interesados en este problema han avanzado en detectar estrategias innovadoras que han demostrado ser efectivas para reducir la brecha específica de atención por depresión, como programas de asistencia psicológica no especializada (*non-specialist counselling*) que se han implementado en centros de atención primaria y otros entornos comunitarios, incluyendo servicios prestados por organismos no gubernamentales.

En segundo lugar, se han identificado algunos elementos comunes en intervenciones efectivas para mejorar la salud mental infanto-adolescente, tales como la etapa del desarrollo (las intervenciones a temprana edad han mostrado mayor efectividad); la intervención a nivel de la familia (cuando se han detectado cuadros psicopatológicos); la detección y atención a la depresión materna; y, el trabajo en prácticas de crianza, que resulta de una influencia considerable en el ambiente en el que se desarrollan niñas y niños.

Finalmente, los problemas de salud mental acentuados por la crisis por COVID-19 a nivel mundial han demostrado su carácter urgente. En este contexto, la OMS junto con UNICEF desarrollaron una iniciativa conjunta para promover la salud mental positiva, prevenir las condiciones de trastornos mentales, las autolesiones y otras conductas de riesgo en adolescentes.

² Para una perspectiva más amplia del tema, referirse a Macintyre, A. K., & Karadzhev, D. (2019). *Mapping Universal Prevention and Promotion Interventions for Child and Adolescent Mental Health and Wellbeing: a Rapid Overview*. University of Strathclyde.

Introducción



A nivel global, alrededor de un 8% de las niñas y niños (entre cinco y nueve años) y un 14% de las y los adolescentes (entre 10 y 19 años) viven con un trastorno mental. Un estudio seminal a nivel nacional en Estados Unidos encontró que tres cuartas partes de los trastornos mentales que se presentaron en la edad adulta ya se habían desarrollado a los 24 años, y la mitad apareció antes de los 14 (Kessler et al, 2005).

8%

de las niñas y los niños
(entre 5 y 9 años)
vive con un trastorno mental.

14%

de las y los adolescentes
(entre 10 y 19 años)
vive con un trastorno mental.



Los problemas de salud mental tienen un impacto individual y social significativo. Por un lado, representan la segunda causa de carga de enfermedad —después de las otras enfermedades no transmisibles— que implican altos costos económicos para las personas y tienden a estar relacionados a enfermedades físicas. Los problemas de salud mental pueden tener un efecto negativo en la vida cotidiana y generar dificultades en la vida social, desarrollo académico y emocional, incluso impactando en quienes integran un grupo familiar (Totsika et al, 2011, en Santa Cruz et al, 2022). Por otra parte, se observan inequidades en el acceso a tratamientos y diagnósticos oportunos, profundizando brechas socioeconómicas. Su aparición a temprana edad aumenta la posibilidad de presentar problemas de salud mental futuros, lo que merma las capacidades de desarrollo y autonomía de las personas y, finalmente, limita el desarrollo de la sociedad.

Según Censo (2017), actualmente en Chile, las niñas, niños y adolescentes representan un 23,3% de la población total del país. De ellas, un 12,9% pertenecen a un pueblo originario y un 2,8% son migrantes.

Un 43,5% de los hogares del país cuenta con NNA, de los cuales el 87,4% se encuentra en zonas urbanas y un 12,6% en zonas rurales (Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

Chile tiene una deuda importante a la hora de asegurar condiciones de bienestar, lo que afecta principalmente a personas que viven en situación de pobreza y grupos de población particularmente vulnerables, como niñas, niños y adolescentes.

A nivel nacional, el 13,8% de niñas, niños y adolescentes entre 0 y 18 años está en situación de pobreza por ingresos y 21,8%, en pobreza multidimensional (CASEN, 2017). Otras fuentes señalan, además, que en zonas rurales un 31,5% de la población infanto-adolescente vive en condiciones de pobreza, duplicando el índice de zonas urbanas (16,2%) (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2016).

Desde la perspectiva del reconocimiento de los derechos de la niñez, se hace necesario visibilizar la situación de la salud mental en NNA y las respuestas que ha entregado el Estado ante este tipo de necesidades. Al respecto, Chile se ha comprometido con la protección de este grupo ante la comunidad internacional, al ratificar hace 30 años, la CDN que les considera titulares de derechos esenciales para contar con una vida digna, dentro de los cuales se consagra el derecho que tienen a “alcanzar el

máximo nivel de salud a lo largo de su trayectoria de vida”. Se alienta a que elabore procedimientos y criterios con miras a orientar a todas las personas facultadas para determinar el bien superior de la niñez en todos los aspectos, y que se dé a esos intereses el debido peso como consideración primordial. Adicionalmente, asegure la aplicación efectiva de leyes en que se reconozca el derecho de niñas y niños a ser escuchadas/os en todos los asuntos relativos a sus derechos, en particular los que se refieren a educación, salud, justicia y asuntos relativos a la familia; establezca estructuras oficiales que les permita participar en la elaboración, aplicación y supervisión de políticas nacionales, regionales y locales relativas a la niñez, y procesos que muestren de qué manera se tienen debidamente en cuenta sus opiniones, prestando especial atención a las niñas y a los niños en situación de vulnerabilidad.

Hoy, las demandas de mayor igualdad incluyen exigencias de mayor equidad en el acceso a la salud en general. La crisis sanitaria COVID-19, seguida a la crisis sociopolítica de octubre de 2019, tuvo un impacto significativo en la salud mental, tensionando los dispositivos de ayuda y agudizando las desigualdades existentes.

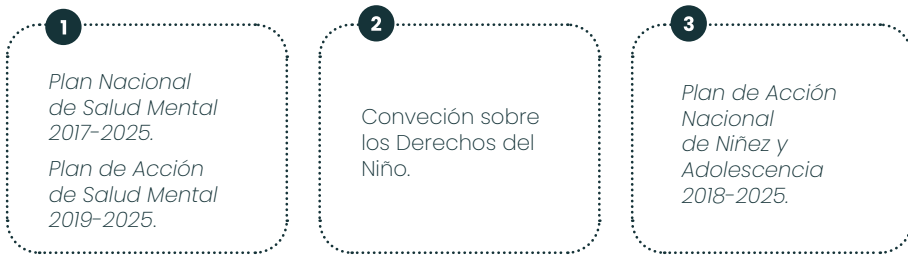
El objetivo de este documento es mostrar los principales avances y desafíos de política pública en materia de salud mental de NNA en Chile, entregar un marco conceptual de comprensión del problema e identificar los principales componentes de estrategias efectivas de intervención, o basadas en evidencia.

En el siguiente informe, en primer lugar, se describen los principales aspectos de los marcos normativos relevantes para comprender el problema de la salud mental en NNA; en segundo lugar se ofrece un marco conceptual; en tercer lugar se dispone de manera sistematizada el diagnóstico en Chile en cuanto a las prevalencias de trastornos de salud mental, la situación de la oferta y modelo de atención, junto a sus focos críticos y datos sobre el impacto del COVID-19; en cuarto lugar se entrega una sistematización de los principales componentes de intervenciones efectivas, y finalmente se presentan las conclusiones del trabajo de revisión y un conjunto de recomendaciones.

Si bien los avances en salud mental en Chile tienen a la base otros marcos regulatorios, el presente Informe solo considera en su análisis los marcos normativos y técnicos referidos en el presente apartado. El análisis de otros marcos excede el alcance y objetivo de este Informe.

Marcos normativos

2



Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 y Plan de Acción de Salud 2019–2025

En Chile, el desarrollo de estrategias públicas en materia de salud mental data de 1993 (*Primer Plan de Salud Mental*), en que se establece la necesidad de contar con un marco normativo que regule la calidad y cobertura de las acciones de responsabilidad del MINSAL, lo que se tradujo en la formulación de un *Plan de Salud Mental* que definió estrategias específicas y sirvió de base para la elaboración del *Segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, en 2000.

El *Plan Nacional de Salud Mental* del 2000 enfatiza el *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental en Red*, y propone acciones específicas en los tres niveles de resolución (primario, secundario y terciario) privilegiando las prestaciones ambulatorias y entregando respuestas más costo efectivas y de calidad a las personas, reconociéndolas como sujetos de derecho y promoviendo el ejercicio pleno de éstos (MINSAL, 2017a, 2018a).

Paralelamente, una de las últimas reformas de salud, que se inicia el 2000 y se implementa el 2005³ suponía impulsar un sistema que eliminara las discriminaciones, redujera los costos en salud y se convirtiera en uno solidario y transparente. Esta reforma permitió avanzar en una transformación del sistema de gestión e incorporar garantías que impactaran en los niveles de equidad y finalmente en el nivel de salud de la población (MINSAL, 2014).

Durante 2005 y 2013, el MINSAL, a través de su departamento de salud mental, realizó dos estudios del sistema de salud mental en Chile, que sirvieron para conocer los avances del plan del 2000. Ambos revelaron nudos críticos en distintos componentes del sistema: de gestión, provisión, recursos, calidad, entre otros (MINSAL, 2014; 2017a). La dificultad para superarlos se ha traducido en brechas importantes de implementación, que se reflejan en los persistentes niveles de trastornos y percepción de calidad de vida de las personas.

³ La reforma de salud implementada el 2005, conocida como reforma Ley AUGÉ / GES (N° 19.966) se materializó a través de la formulación y promulgación de otras cuatro leyes que regulan distintos ámbitos del sector. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonLegislacion>

En 2017, y de acuerdo a las transformaciones de las necesidades de la población, la información disponible y los problemas identificados, se elaboró el actual *Plan Nacional de Salud Mental (2017 – 2025)*, que propone metas y resultados estratégicos en distintas líneas de acción complementarias, define los valores y principios rectores para su implementación (MINSAL, 2017a).

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* es coherente con el plan del 2000 y con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y propone un énfasis en modelos comunitarios y familiares, definiendo acciones que van desde la promoción hasta la rehabilitación, y la capacitación a las/os profesionales de la red (MINSAL, 2017a; De la Parra et. al, 2019). Dentro de los principios de diseño e implementación del sistema, el plan pone énfasis en: el respeto y promoción de derechos humanos; la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente; y, la equidad, que establece los principios de accesibilidad, pertinencia, cobertura universal e intersectorialidad.

Los principales desafíos para entregar una respuesta a las necesidades de salud mental de la población y mejorar su bienestar fueron contenidos en el *Plan Nacional de Salud Mental*. A partir de la elaboración de un diagnóstico de los distintos componentes del sistema se definieron 41 resultados estratégicos, en las siguientes líneas de acción:



En forma adicional, el plan de acción tiene como finalidad fortalecer la implementación y gestión del *Plan Nacional de Salud Mental*, otorgando una ruta consensuada, con estrategias, acciones e indicadores definidos, que faciliten el seguimiento de las acciones y su financiamiento. La propuesta no solo recoge los principales desafíos del sector de salud sino también incorpora un enfoque de “salud mental en todas las políticas”, considerando los profundos cambios que en los últimos años se han producido en la forma de comprender la salud mental y los diversos factores asociados al bienestar psicosocial de las personas (MINSAL, 2021).

El *Plan Nacional de Salud Mental (2017)* y su plan de acción son producto de la experiencia, reflexión y análisis de un importante grupo de personas, dentro de los cuales se encuentran familiares, usuarias/os de servicios de salud mental, representantes de la academia, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales, colegios profesionales, otros sectores del Estado, además de técnicos y profesionales del sector público de salud.

Si bien este plan no considera un apartado específico para salud mental en NNA, han sido identificadas/os como un grupo de población vulnerable, donde se hace necesario reforzar el trabajo intersectorial, aumentar la cobertura en todos los niveles, con énfasis en la especialidad ambulatoria, contar con especialistas capacitadas/os en salud mental infanto-adolescente, y promover espacios inclusivos y condiciones ambientales que favorezcan el desarrollo de sus potencialidades⁴ (MINSAL, 2017a).

La incorporación del enfoque de derechos, representado en la consideración de distintas normas⁵ que regulan la acción en términos de salud pública, es una exigencia ineludible (MINSAL, 2017a, p. 43). Dentro de las normas que el *Plan Nacional de Salud Mental* reconoce el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, ratificado por Chile en 1989, el cual ratifica, en su artículo N° 12, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En materia específica de niñez, la CDN, representa el instrumento jurídico que establece una serie de normas orientadas a resguardar el bienestar de NNA, considerando su derecho inalienable a llevar una vida digna.

Convención sobre los Derechos del Niño

La CDN, ratificada por Chile en 1990, incorpora un enfoque de derechos humanos de la niñez, reconociendo a las niñas, niños y adolescentes como sujetos titulares de derechos civiles, económicos, sociales y culturales, esenciales para una vida digna. La ratificación de ésta se tradujo en una serie de avances en materia legislativa y de políticas públicas, sin embargo, aún persisten desafíos importantes en cuanto a garantizar el goce efectivo de los derechos declarados.

La CDN establece cuatro principios esenciales (Asamblea General de las Naciones Unidas, *Convención Sobre los Derechos del Niño*, 1990):

No discriminación, en tanto que los derechos se aplican a todas las niñas, niños y adolescentes.

Respeto del interés superior de NNA, considerando la mejor opción para su bienestar.

Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo.

Participación en la toma de decisiones que les afecten.

⁴ El panorama actualizado de esta situación se aborda en el capítulo 3. "Situación en Chile" en el apartado Estructura del modelo de atención en Chile y puntos críticos.

⁵ Las normativas que el plan reconoce son: *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948; *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, 1966; *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966; *Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*, 1965; *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, 1979; *Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes* (1984); *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989; *Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad*, 2007; *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, 2015.

Estos principios sitúan a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho y actores sociales, donde si bien las madres, padres, otras/os integrantes de las familias y cuidadoras/es representan sus primeros responsables del cuidado y guía, también establece a la sociedad en su conjunto, especialmente, al Estado, como garantes de los derechos consagrados (Asamblea General de las Naciones Unidas, *Convención Sobre los Derechos del Niño*, 1990).

Dentro de las preocupaciones manifestadas por el *Comité de Derechos del Niño* en su último informe emitido a Chile (octubre de 2015) se encuentra la falta de un sistema integral de asistencia sanitaria, accesible para NNA hasta los 18 años (G.58; G.59a). Asimismo, el comité declaró su preocupación por la diferencia de calidad entre los servicios públicos y privados, por el enfoque asistencial y la vaga inclusión de niñas y niños en el *Plan Nacional sobre la Discapacidad*, así como la escasez de datos actualizados (G.57a) y de actividades de promoción que permitan la participación efectiva de ellas/os en los asuntos que les afecten (G.57g).

En esa dirección, el comité instó al país a asegurar el acceso a NNA a los servicios de salud de calidad en condiciones de igualdad, mejorando los diagnósticos en salud mental y adoptando medidas para impedir la presión a niñas, niños, madres y padres para aceptar tratamientos con fármacos psicoestimulantes (G.59d). Respecto al modelo de intervención, el comité sugirió adoptar un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial, pero no en el recurso excesivo de la medicación y en el internamiento (Comité de los Derechos del Niño, 2016, párr. 58; en Ministerio de Desarrollo Social, 2017: 51).

Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018–2025

En 2016, el *Consejo Nacional de la Infancia* presentó la *Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015–2025*, y un año más tarde se hizo entrega del *Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018–2025* que desarrolla en términos operativos, los lineamientos de dicha política, actualizando su diagnóstico y organizando el texto por ejes de derechos (Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), *Consejo Nacional de la Infancia*, 2017). Estos ejes son cuatro⁶: supervivencia, desarrollo, protección y participación. Además, organiza sus contenidos de acuerdo a resultados estratégicos y acciones prioritarias por ejes de derecho, desde un enfoque integral y de curso de vida, lo que considera la interdependencia e integralidad de las condiciones que determinan el bienestar de NNA en cada etapa de su ciclo vital.

El tema de salud mental forma parte del eje de supervivencia, que incluye acciones de “asegurar las condiciones que sean necesarias, incluidas aquellas referidas al entorno y el medio ambiente, para que NNA alcancen el máximo nivel de salud a lo largo de su trayectoria de vida” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), *Consejo Nacional de la Infancia*, 2017, p. 37). Dentro de los cinco resultados estratégicos relativos a este eje se encuentran los referidos a salud mental que establecen la reducción de la cantidad de NNA con trastornos de salud mental, la cantidad con trastornos diagnosticados que no reciben atención, y el suicidio en adolescentes (Íbid, 2017). En este sentido el plan busca que niñas, niños y adolescentes cuenten con las condiciones que garanticen el ejercicio de sus derechos de acuerdo a su curso de vida, sin distinciones, de modo que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades y el seguimiento de todos los compromisos es realizado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia a través de la Subsecretaría de la Niñez⁷.

⁶ Estos ejes de derecho son la operacionalización de la *Convención sobre los Derechos del Niño* de UNICEF.
⁷ <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

Marco conceptual

3

Salud y enfermedad mental

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia⁸”. Esta definición es consistente con el modelo biopsicosocial de salud, que considera los factores fisiológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad, y las interacciones entre estos factores. Se diferencia del modelo médico tradicional, que define la salud como la ausencia de enfermedad o dolencia y enfatiza el papel del diagnóstico clínico y la intervención. Esta definición vincula explícitamente la salud con el bienestar, y la conceptualiza como un derecho humano que requiere recursos físicos y sociales para lograrlo y mantenerlo.

El “bienestar” se refiere a un estado positivo en lugar de neutral, que enmarca la salud como una aspiración positiva. Esta definición fue adoptada por la *Carta de Ottawa* de 1986, que describe la salud como “un recurso para la vida cotidiana, no como el objeto de vivir”. Desde esta perspectiva, el MINSAL expande la definición de salud mental como “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2017a), siendo la salud mental un medio para vivir bien, lo que destaca el vínculo entre la salud y la participación en la sociedad.

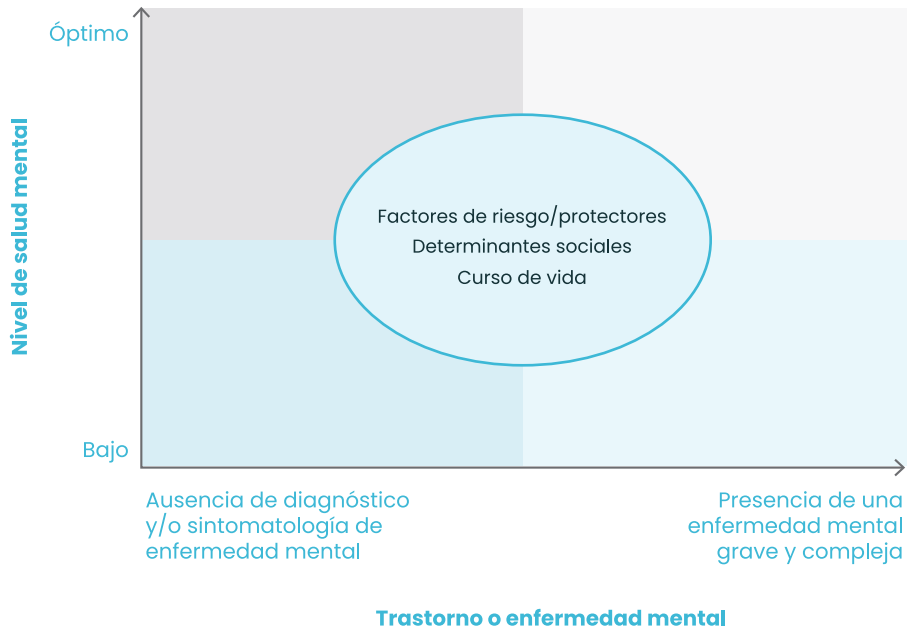
Diversas críticas a la definición de salud mental —ampliamente utilizada— refuerzan la necesidad de entender la salud como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, en que participan diversos factores, tanto personales como del entorno (sociales, ambientales). Incluir la idea de “interacción”, permite relevar la necesidad de distinguir los contextos que disminuyen el nivel de salud y favorecen la expresión de una enfermedad mental, y que constituyen factores de riesgo, que acumulan su influencia a lo largo del curso de vida. Al mismo tiempo, permite distinguir entre enfermedad mental y nivel de salud. En la medida en que la salud no está garantizada como derecho, esta distinción puede ser complementaria a otros criterios de focalización de iniciativas orientadas a mejorar los niveles de salud en la población.

“Los conceptos de salud mental y enfermedad o trastorno mental no son equivalentes, pero tampoco opuestos” (MINSAL, 2017a, p. 32). Es posible establecer una relación entre ambos en un *Modelo de Dos Continuos*⁹ (Keyes, 2010), donde un eje representa el nivel de salud y el otro la existencia (o no) de una enfermedad mental.

8 Organización Mundial de la Salud (1948). Registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud.

9 El modelo se basa en el concepto de salud mental positiva (SMP) que integra distintas tradiciones para aproximarse al término, y que incluye dominios y subdominios interrelacionados que van desde la autopercepción de las personas consigo mismas, hasta la adaptación al entorno. El concepto de SMP es reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ver https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28310/v39n3a4_166-173.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=SMP%2C%20salud%20mental%20positiva.&text=se%20define%20en%20cuanto%20el,un%20modo%20adecuado%20tiene%20SMP.

Figura 1: Modelo salud mental / trastorno mental



Fuente: Elaboración propia en base a Keyes, 2010 y MINSAL 2017

La imagen representa un modelo de cuadrantes que explica por qué y cómo una enfermedad mental grave puede estar asociada a un nivel de salud óptimo, y por qué una enfermedad mental menos grave puede relacionarse a un nivel de salud bajo. En este modelo explicativo, ambos ejes forman cuatro cuadrantes que representan los niveles de salud mental por los que las personas pueden transitar a lo largo de su vida (Minsal, 2017a; Keyes, 2010). El *Modelo de Dos Continuos* permite, además, entender que la enfermedad mental y la salud mental siguen diferentes trayectorias en el curso de la vida. Basado en estudios empíricos en población adulta, Keyes (2020) sostiene que pueden existir personas que no presenten enfermedades mentales, pero que no experimenten mejores niveles de salud mental. Por otra parte, este modelo permite, también, incorporar el enfoque de los determinantes sociales y el curso de vida, donde la interacción con el contexto social influye de manera acumulativa, negativa o positiva.

Determinantes sociales, factores de riesgo y enfoque de curso de vida

Definir la salud en relación con el entorno y las condiciones de vida implica considerar la estructura de oportunidades en que las personas se desenvuelven. Dado que éstas no son iguales, se producen inequidades en salud, que toda estrategia de salud pública debe considerar, para poder corregir o al menos disminuir. “La distribución de la riqueza, la pertenencia a un determinado sexo, el género, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja tienen impactos desiguales sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, generando inequidades en salud, es decir, diferencias injustas que pueden ser evitables o remediables entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente” (MINSAL, 2017a, p. 30).

El conjunto de factores que interactúan en el proceso permanente de restablecimiento del equilibrio ha sido denominado *Determinantes Sociales de la Salud* (DSS). Esta expresión resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (OMS, 2008).

El interés por estudiar las condiciones en que las personas pueden gozar —o no— de una buena salud, y las críticas a las concepciones medicalizadas y basadas en el riesgo individual, dieron lugar al enfoque socioeconómico, que introduce la noción de modo de vida y se interesa por analizar las estructuras y modelos sociales que permiten a las personas gozar de buena salud (Restrepo y Jaramillo, 2012). En este sentido, el modo de vida incide en los procesos de salud – enfermedad, y está determinado por circunstancias que exceden el campo de la voluntad por lo que no depende exclusivamente de sus decisiones personales y libres, sino de las posibilidades que la estructura social entrega (Restrepo y Jaramillo, 2012; MINSAL, 2017a).

Según la Comisión de los *Determinantes Sociales de la Salud*, “tres cuartas partes de la humanidad —unos 4.500 millones de seres humanos— no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud [...] Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede” (CDSS, 2005, en MINSAL, 2017a, p. 30).

La relación entre salud mental y pobreza y/o vulnerabilidad es una relación compleja, pues una y otras pueden ser, a la vez, causa y consecuencia, representando un círculo de desventaja. Es sabido que vivir en contextos de pobreza y/o vulnerabilidad aumenta las probabilidades de tener menos oportunidades en acceso a educación, trabajo y servicios de calidad y mayor exposición a eventos adversos estresantes. Como consecuencia, hay un mayor riesgo de tener problemas de salud mental, sentimientos de exclusión social, vergüenza y expectativas negativas respecto del futuro, entre otros, que inciden a la vez, en la capacidad de interactuar con el medio y desarrollar un proyecto de vida de manera autónoma y autodeterminada.

Al mismo tiempo, las personas que experimentan condiciones de salud mental graves tienen más probabilidades de caer en la pobreza debido a la pérdida del empleo y al aumento de los gastos de salud. El estigma y la discriminación también pueden provocar el colapso de sus estructuras de apoyo social. Son vulnerables a una espiral descendente de pérdida de recursos y exclusión social que puede empeorar las condiciones de salud mental existentes y aumentar el riesgo de consumo de sustancias, problemas en la crianza, fracaso escolar infantil o estrés tóxico. Esto perpetúa el círculo entre la pobreza y la mala salud mental (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Analizar la salud desde esta perspectiva implica observar tanto el contexto social como los procesos en que las condiciones sociales se transforman en consecuencias para la salud (Vega et al, 2005), impulsando un paradigma en los enfoques de intervención en salud, asociado a la igualdad de oportunidades y justa distribución de la salud (CDSS, 2007).

Existe evidencia de la expresión social de la salud y la enfermedad, y el impacto de los determinantes sociales en la salud de NNA (Jasso-Gutiérrez & López Ortega, 2014). Los hallazgos indican que existe una exposición a más cantidad de enfermedades y por más tiempo cuando se vive en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, indicando además que los determinantes tienen un efecto acumulativo en el tiempo (Hertzman & Boyce, 2010; Alianza para la Erradicación de la Pobreza¹⁰, 2021). Asimismo, y desde el enfoque de curso de vida, los factores sociales tienen la capacidad de incidir en las trayectorias de vida de las personas, y en sus distintos momentos de transición.



Por otro lado, se ha establecido que la gran mayoría de los problemas de salud mental aparecen en las etapas tempranas de la vida, por lo que sus efectos son duraderos y superan las etapas de la niñez y adolescencia (Kessler et al, 2005). Dado, además, que el estado de salud está co-determinado por factores sociales, provenientes tanto del entorno familiar, como del comunitario, barrial y macrosocial, mayor relevancia cobra entender y atender el problema considerando la multiplicidad de factores de riesgo y protectores que operan como determinantes sociales del estado de salud.

Si bien el enfoque de factores de riesgo ha sido ampliamente utilizado, es preciso comprender su complejidad para evitar concepciones reduccionistas. La coocurrencia de factores de riesgo y protectores, dificulta la identificación de los elementos específicos que serían los determinantes, responsables del inicio o consecución de los problemas de salud mental (Kieling, 2011). A modo general, los factores de riesgo son factores que afectan la probabilidad de exponerse a

¹⁰ Integrada por el Centro Iberoamericano de los Derechos del Niño (CIDENI), Fundación Colunga, Fundación Hogar de Cristo, Núcleo Milenio para el Estudio del Curso de Vida y la Vulnerabilidad (MLIV, Pontificia Universidad Católica de Chile) y UNICEF.

riesgos futuros dada la fuerza y el contexto en el que aparecen, y son factores de orden biopsicosocial.

Tabla 1: Factores de riesgo y protectores

Dimensión:	Individual	Familiar y comunitario	Estructural
 <p>Factores protectores, mejora la salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena salud física. • Resiliencia y control emocional. • Habilidades para la vida y de afrontamiento. • Autoconfianza y autocontrol. • Autoestima. • Genética. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena nutrición perinatal. • Buena parentalidad. • Seguridad y protección física. • Capital social y apoyo. • Seguridad económica. • Éxito y satisfacción escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura de buena calidad. • Acceso equitativo a servicios. • Seguridad y protección física. • Justicia social, tolerancia e integración. • Ingreso y protección social. • Equidad social y de género.
 <p>Factores de riesgo, deterioran la salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mala salud física. • Cambios biológicos. • Uso de sustancias. • Inmadurez cognitiva o emocional. • Dificultades de comunicación. • Falta de autoconfianza. • Baja autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones perinatales. • Crianza deficiente. • Violencia o abuso, incluyendo acoso. • Soledad o duelo. • Bajo ingreso y pobreza. • Fracaso escolar. • Estrés académico excesivo o desempleo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura de mala calidad. • Falta de acceso a servicios. • Conflictos o desastres naturales. • Injusticia, discriminación y exclusión social. • Desventaja socioeconómica. • Desigualdad social y de género.

Fuente: Basado en Kieling (2011) y otras fuentes. Comunicación personal Matías Irarrázaval, abril 2022.

Se consideran factores de riesgo de vida, los que son mantenedores, es decir, que su efecto y expresión se mantiene a lo largo de la vida, como los factores genéticos, el género, problemas de salud física, exposición a contaminantes tóxicos, a situaciones de violencia, entre otros. Por otro lado, los factores de riesgo específicos se dan en una ventana determinada del ciclo vital, que puede ir desde el período perinatal, la niñez y la adolescencia. Estos factores entran en interacción con los factores de riesgo de vida y pueden aumentar su expresión. Esta distinción es clave junto al concepto de “ventanas de oportunidad”, que está a la base del enfoque de curso de vida, consideradas etapas cruciales del desarrollo donde resulta clave intervenir a fin de evitar que riesgos específicos amplifiquen los factores de riesgo de vida.

El enfoque de curso de vida es un enfoque teórico-metodológico que permite analizar cómo los factores micro y macrosociales pueden determinar la vida de las personas poniendo énfasis en la dimensión longitudinal o temporal de los fenómenos, y se basa en tres conceptos: trayectorias, transiciones y puntos de inflexión (Blanco, 2011). El énfasis de este enfoque en la dimensión temporal-longitudinal permite comprender que la incidencia de los factores de riesgo dependerá de la fase del desarrollo y que sus consecuencias son acumulativas, en tanto se convierten en desventajas para enfrentar la etapa que viene. Para algunos autores esto se traduce en desventajas acumulativas o en acumulación del riesgo (Dannefer, 2003).

Desde este enfoque, la niñez y la adolescencia son fases de mayor vulnerabilidad y exposición a perturbaciones y riesgos del ambiente. Asimismo, ambas fases representan ventanas de oportunidad y momentos críticos del desarrollo, en tanto es ahí cuando se estructuran diversas funciones y capacidades, tanto psíquicas, mentales, emocionales y de aprendizaje (Bedregal et al, 2007; Alianza para la Erradicación de la Pobreza, 2021).

El modelo de los factores de riesgo y factores protectores, junto al enfoque del curso de vida y de los determinantes sociales, entrega un marco de comprensión y de acción que pone énfasis en la prevención y promoción de la salud mental. Tener a la vista las ventanas de oportunidad identificadas y hacer un levantamiento oportuno de los factores de riesgo y protectores, puede proveer esquemas de modelos de acción preventivos que no necesariamente se basan en dispositivos o personal de salud especializados en trastornos mentales. Son por lo tanto posibles de ser implementados en los espacios inmediatos donde NNA desarrollan sus vidas —como el espacio escolar—, y traspasarse a todos los dispositivos comunitarios que son los lugares donde posiblemente se expresan los primeros signos de malestar.

Salud mental de niñas, niños y adolescentes en Chile

4

Prevalencia de problemas de salud mental en Chile

Las enfermedades mentales y por uso de sustancias son una de las principales causas de carga de enfermedad en el país. Estas representan un 24% del AVISA¹¹ y un 37% del AVD¹² (DALY e YLD por sus siglas en inglés, respectivamente).

En el grupo entre 10 y 50 años representan del 30 al 45% de la carga total, la mayor de todos los grupos de enfermedades durante este período. Para el caso de niñas y niños, las enfermedades mentales corresponden a un 20% de la carga de enfermedad en el grupo entre cinco y nueve años, aumentando a 37% entre los 10 y 14 años y 43% entre 15 y 19 años (MINSAL, 2017a; MINSAL-UC, 2008; de la Barra et al., 2019; PAHO, 2018). Los tres trastornos principales en términos de años de vida ajustados por discapacidad, que representan entre un 45% al 55% de la carga total de trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS), no son los mismos para hombres y mujeres: mientras que los hombres se ven afectados principalmente por trastornos por consumo de alcohol, autolesiones y suicidio, y trastorno de síntomas somáticos con dolor, las mujeres se ven afectadas principalmente por dolores de cabeza, trastornos depresivos y de ansiedad (PAHO, 2018).

Por otra parte, los resultados del estudio que mide prevalencia de trastornos psiquiátricos en NNA entre 4 y 18 años, y el uso de servicios en Chile (Vicente et al., 2012), mostraron que la prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico fue de 38,3%, y de un 22,5% cuando se considera algún tipo de discapacidad.

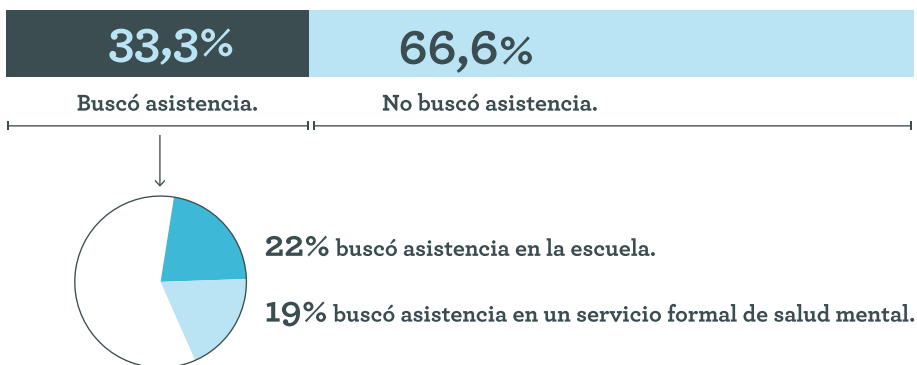
Los trastornos con mayor prevalencia corresponden a trastornos disruptivos (14,5%), seguidos por ansiosos (8,3%) y luego afectivos (5,1%). La percepción de disfunción familiar aparece significativamente asociada con la presencia de todos los trastornos estudiados, al igual que la psicopatología en la familia, con la excepción de los trastornos asociados al consumo de sustancias (Vicente et al., 2012, p. 449). Respecto de la utilización de servicios, solo un tercio de las/os entrevistadas/os (33,3%) que presentaban algún trastorno mental, había buscado algún tipo de asistencia. Los datos muestran que la fuente de búsqueda de ayuda más representada es la escuela (22%), seguida por los servicios formales de salud mental (19%); y, casi un 25% de NNA usuarias/os de los servicios de atención no contaba con un diagnóstico en el último año.

¹¹ Los Años de Vida Perdidos para la Salud (AVISA) es un indicador compuesto (Años Vividos con Discapacidad+Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura), que mide "la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios" (MINSAL - UC, 2008, p. 10).

¹² AVD: "Años Vividos con Discapacidad".

Finalmente es relevante que el 58,4% de las/os NNA que presentaban algún desorden mental incluida la discapacidad no había recibido tratamiento o algún tipo de asistencia (Vicente, et al. 2012).

De todas las personas entrevistadas, que presentaban algún trastorno mental, solo un tercio había buscado algún tipo de asistencia.



Según De la Barra et al. (2012), entre el grupo de adolescentes de 12 a 18 años la prevalencia de cualquier trastorno llega a un 16,5%, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8%), los ansiosos (7,4%) y los depresivos (7%) (de la Barra et al, 2012). Y otro análisis revela que en NNA, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de ansiedad y disruptivos. La prevalencia es más alta entre niñas y niños de 4 a 11 años (27,8%) que entre quienes tienen entre 12 y 18, y esta diferencia se debe principalmente a trastornos disruptivos (Vicente, Saldivia & Pihánet, 2016).

La *Encuesta Nacional de Salud*¹³ (ENS, 2016- 2017), mostró una prevalencia de síntomas depresivos durante los últimos 12 meses de 15,8% en población general adulta (15 años y más), significativamente mayor en mujeres (21,7%) que en hombres (10%) (MINSAL, 2017b). Utilizando el CIDI y criterios del DSM-IV, los datos muestran que un 6,2% de la población presentó depresión durante el último año, identificada como disminución de interés y un estado deprimido, además de, al menos, dos de los demás síntomas descritos (e.g. alteración del apetito, alteración del sueño, ideación suicida, sentimiento de inutilidad, entre otros). Finalmente, los datos muestran que, de las personas entre 18 y 24 años, un 2% presenta ideación suicida¹⁴ (MINSAL, 2017b).

¹³ La *Encuesta Nacional de Salud (ENS)* es un sondeo poblacional que se aplica a personas por sobre los 15 años, dejando fuera un grupo importante de adolescentes, si se considera su inicio desde los 10 años. Si bien incorpora un módulo de medición de salud mental, el instrumento utilizado (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) presenta una serie de limitaciones, que no serán detalladas en este trabajo. Mayores referencias pueden ser revisadas en el sitio del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.
¹⁴ Entendido como "haber pensado seriamente en suicidarse" (ENS, 2016 - 2017).

Otros datos con los que se cuenta, refieren a la *Octava Encuesta Nacional de Juventud* (2015). Según algunos análisis, una/o de cada cuatro jóvenes chilenas/os reconoce haberse sentido triste, desanimado o deprimido durante el último mes (Irrázaval, 2019). El mismo análisis revela que aun cuando el 73% de las y los jóvenes señala nunca haber sentido ganas de terminar con su vida, hay un grupo importante que, al menos en alguna ocasión, lo ha pensado¹⁵. Un porcentaje significativamente más alto de adolescentes entre 15 y 19 años señala que “siempre” o “casi siempre” siente ganas de terminar con su vida o suicidarse (3%).



25%

Según algunos análisis, una/o de cada cuatro jóvenes chilenas/os reconoce haberse sentido triste, desanimado o deprimido durante el último mes.

En cuanto a prevalencia de trastornos mentales en grupos específicos, la información disponible indica que el 69,1% de NNA bajo sistema de protección del Estado presenta al menos un trastorno mental¹⁶ (MINSAL, 2017a).

Finalmente, algunos estudios internacionales señalan que la presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo de suicidio para adolescentes, siendo la depresión uno de los factores de riesgo más importantes en mujeres (MINSAL, 2018a).

Los datos presentados reflejan la magnitud del problema en cuanto a prevalencia, a su forma de aparición y a la capacidad de respuesta o vinculación que tienen NNA para acceder de manera oportuna a tratamiento u otra forma de asistencia. Lo anterior refuerza la urgencia de considerar la protección del derecho a la salud mental de NNA no solo considerando factores de riesgo asociados al desarrollo de psicopatologías o deterioro de la salud mental sino también considerando el diseño del sistema en términos de atención, tratamiento y de prevención.

¹⁵ “Rara vez”, 10%; “Algunas veces”, 5%; “Casi siempre”, 1%; y “Siempre”, 1% (Irrázaval, 2019: 16, en Revista RT - Instituto Nacional de la Juventud - INJUV).

¹⁶ 45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25,7% trastornos de conducta disocial y 23,5% trastorno negativista desafiante.

Estructura del modelo de atención en Chile y puntos críticos

Actualmente, Chile presenta rezagos importantes en materia de salud mental para la población infanto-adolescente. La transición demográfica, las persistentes tasas de desigualdad y la transición misma del sistema de salud han acentuado la distancia entre estratos socioeconómicos (MINSAL, 2017a). Adicionalmente, se ha establecido que la desigualdad afecta principalmente a niñas y niños, quienes presentan mayores cifras de pobreza y tienen menos acceso a atención especializada (MINSAL, 2017a; Alianza para la Erradicación de la Pobreza, 2021). Chile cuenta con una norma que establece que los servicios de salud mental deben implementarse a modo de una red coordinada y así responder en calidad y cobertura a las necesidades de las personas¹⁷. A partir de esta norma se instala un modelo comunitario para organizar la red de atención en salud mental, con acciones específicas a nivel primario, secundario y terciario, priorizando la atención ambulatoria (MINSAL, 2017). Dicha norma establece que la red de servicios de salud mental y psiquiatría debe entregar prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (MINSAL, 19994), pero no establece de manera vinculante el modo de financiamiento de éstas.

A partir de la reforma sanitaria de 2005, la política pública de salud en Chile ha impulsado como eje central el desarrollo del *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Este se entiende como:

“[Un] modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema socio-cultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer –incluido el intersector– y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (MINSAL - OPS, 2013, p. 12).

Existe una escasa oferta especializada en materia de salud mental para NNA, en todos los niveles del sistema, especialmente ambulatoria. Esto tensiona la red con otros sectores encargados de garantizar los derechos y responder a las necesidades de NNA, como el de protección de la niñez, educación y tribunales para lograr una resolución más oportuna (MINSAL, 2017a).

¹⁷ Resolución Exenta N° 802 del 9 de abril de 1999, aprobó la “Norma Técnica N°35 para la organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría

Respecto a la Atención Primaria de Salud (APS), son acciones de salud mental la visita domiciliaria, la consulta de salud mental, el control de salud mental, la intervención psicosocial grupal, la capacitación de la estrategia mhGAP (*Mental Health Gap*) en el establecimiento de salud, entre otros. En general también consideran la prevención y tratamiento por el consumo de drogas y alcohol, y la atención de personas víctimas de violencia de género. Desde 2017, el total de establecimientos (2.046) cuenta con el Programa de Salud Mental, distribuidos entre Centros de Salud Familiar (584), Centros Comunitarios de Salud Familiar (227), Postas de Salud Rural (1.165) y Hospitales Comunitarios (70).

Todos cuentan con el Programa de Salud Mental en APS, constituyendo una red con una alta territorialidad y representatividad (MINSAL, 2017a; 2018a). Respecto a la cobertura de NNA, se observa que los programas de APS actualmente llegan a un 20% de las niñas y los niños de 5 a 9 años y a un 29% de NNA de 10 a 19 años que se estima que tienen trastornos psiquiátricos incapacitantes (De la Barra et al., 2019).

En el nivel secundario, en especialidad ambulatoria de salud mental, a finales de 2016, existían 151 equipos en el país, distribuidos en: 96 *Centros Comunitarios de Salud Mental*, 55 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría. Sin embargo, existe una distribución poblacional sumamente heterogénea en el país, existiendo servicios que tienen una tasa de casi tres equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental por 100.000 beneficiarias/os, hasta otros que poseen menos de un tercio de un equipo para el mismo número. También, algunos servicios solo cuentan con un equipo para abordar toda la red, mientras otros poseen equipos territorializados y con una población asignada que permite un abordaje conforme al *Modelo Comunitario*.

De los 96 *Centros Comunitarios de Salud Mental* que existían en el país al 2016, un 45% tiene dependencia municipal (43 centros), el 53% tiene dependencia de servicio de salud (51 centros) y un 2% pertenece a privados (dos centros). Esto conlleva roles y funcionamiento heterogéneos, con diversidad de medios de financiamiento y condiciones contractuales de los equipos, impactando directamente en el tipo de atención que reciben las usuarias/os. Es importante señalar que de los 43 *Centros Comunitarios de Salud Mental* que tienen dependencia municipal, 40 se encuentran en la Región Metropolitana (MINSAL 2018a).

El *Plan Nacional de Salud Mental* (MINSAL, 2017a) afirma que los CESFAM son insuficientes para dar respuestas oportunas a la población, en términos de acceso, oportunidad y calidad. Más aún en población infanto-adolescente donde la oferta es menor, existiendo una brecha de 99 centros, lo que genera una sobredemanda y mayores listas de espera para la atención de NNA (MINSAL, 2017a). Por otra parte, en el nivel terciario, a finales del 2016, existían en la red un total de nueve hospitales de día para la población infanto-adolescente con 143 plazas, y se observa que su desarrollo ha sido más lento que lo deseado, no teniendo aún oferta en todos los servicios.

A finales de 2016, existían en la red 185 camas en *Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría* (UHCIP). La distribución es desigual, un 42% de la oferta de UHCIP para población infanto-adolescente se encuentra en la Región Metropolitana (77 camas) y un 21% se encuentra al interior de hospitales psiquiátricos (38 camas). Además, existe una gran variabilidad del número de camas de cada unidad, con un promedio nacional de ocho de UHCIP para población infanto-adolescente en hospitales generales, pero con unidades que tienen desde cuatro hasta 19 camas. Por otro lado, existe un porcentaje importante de camas que no está en funcionamiento, debido a la falta de recursos humanos. El avance de la estrategia ha sido dispar dado que existe una diversidad de criterios de derivación a estas unidades dificultando la disminución de residentes en servicios de larga estadía (MINSAL, 2017a, p. 61).

Con la entrada en vigencia de la *Ley N° 20.084 o Ley de Responsabilidad Penal Adolescente* (LRPA) en 2007, surge la necesidad de dar respuesta a las obligaciones que emanan de ella, en relación a los requerimientos de atención de salud de la población adolescente sancionada por esta ley, tanto para quienes se encuentren en medio libre, como para quienes están con internación provisoria y/o condenas a cumplir en centros penitenciarios cerrados.

El número de plazas de rehabilitación para población adolescente están destinadas a personas en situación de discapacidad de origen psíquico e intelectual, lo que supera el 90%. A finales de 2016, existían en la red un total de 87 espacios o programas de rehabilitación (Centro Diurno), con 63 plazas para población adolescente.

En 2006 se incorporó la atención por depresión a personas mayores de 15 años al *Régimen de Garantía Explícitas en Salud* (GES). Sin embargo, el GES, que tiene una cobertura para 85 patologías, solo cinco de ellas corresponden a salud mental, lo que representa una de las principales deficiencias del sistema sanitario en acceso universal al tratamiento en salud mental para NNA (UNICEF, 2018; Aguilera et al., 2015; Araya et al., 2018).

En 2006 se creó el programa preventivo de salud mental infanto-juvenil más importante e integral del país. Este sistema intersectorial para el desarrollo infantil denominado *Chile Crece Contigo* fue el primero de su tipo en América Latina. Involucra a varios sectores públicos (salud, educación, protección social y justicia) en todas las comunas, incluidas las zonas rurales. La iniciativa entrega servicios coordinados a nivel local desde la atención prenatal (20 semanas) hasta los 4 años de edad. Además, se brindan diversas formas de apoyo a niñas, niños y familias del 40% más pobre y de las poblaciones desatendidas.

El programa tiene su base en el sector salud, operando a través del *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial*. A partir de la primera visita de atención prenatal, se ofrece un conjunto de intervenciones y servicios sociales. Los beneficios son complementarios a otros servicios de salud y se organizan en cinco dimensiones: atención prenatal, parto y puerperio, hospitalización de la niña o el niño, control de la salud e intervenciones correctivas para quienes tengan retrasos en el desarrollo. Se ha demostrado que *Chile Crece Contigo* mejora efectivamente las habilidades psicomotoras y sociales de niñas y niños,

reduce las desigualdades y promueve sus derechos (5). En los últimos años, el programa agregó una extensión enfocada en la salud mental entre cinco y nueve años de edad. Para esta extensión se crearon dos programas nuevos:

1

El *Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral*, para todas las niñas y niños que ingresan a nivel de transición 1 en los establecimientos de educación municipal.

2

El *Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil*, dirigido a niñas y niños de 5 a 9 años para mejorar la brecha de cobertura en la atención de los trastornos de salud mental en la niñez. También colabora con el *Programa Habilidades para la Vida, Salud Escolar y Promoción de Salud* (Chile Crece Contigo, 2018).

El 2016 se incorporaron cuatro nuevos programas de salud mental en la APS. En primer lugar, el *Programa de Acompañamiento Psicosocial a Niñas, Niños y Adolescentes en Alto Riesgo Psicosocial*; en segundo, el *Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil* (PASMI) para el reforzamiento de las acciones ya desplegadas por el *Programa de Salud Mental Integral en la APS*; en tercer lugar, el *Programa de Demencia bajo el Plan Nacional de Demencia* (población adulta), que incorpora en APS acciones de diagnóstico y tratamiento de personas con demencia; y, finalmente, el *Programa de Reforzamiento de Salud Integral*, con énfasis en salud mental, de niñas, niños y adolescentes del programa del *Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia* en seis servicios de salud del país. Respecto a la población específica de NNA bajo cuidado del Estado, se reconoce una brecha de asistencia especializada (diagnóstico y tratamiento) del 88,9% (MINSAL, 2017) además de otras falencias relacionadas con la gestión que representan una vulneración grave de derechos a NNA en esta situación (Defensoría de la Niñez, 2019).

Algunos de los espacios de mejora que han sido reconocidos por el Ministerio de Salud en cuanto a la implementación del sistema son las brechas territoriales. La distribución desigual implica que las personas se atienden en centros no vinculados a la comunidad donde viven, lo que impide el acompañamiento de la red a las personas, familias y comunidades durante todo el curso de vida. También se observa fragmentación de servicios en los distintos niveles asistenciales, con falta de protocolos de referencia e instancias de integración entre los distintos niveles, e insuficiente implementación de derivación y seguimiento de las personas y familias (MINSAL, 2017a).

Junto con las brechas territoriales y la falta de cobertura, se ha revelado la falta de pertinencia cultural en las acciones o prestaciones de salud y falta de desarrollo técnico en los equipos para el trabajo desde un enfoque de género, intercultural, entre otros. La formación curricular en el área es débil, los profesionales de atención primaria tienen un bajo acceso a capacitación, y no existen programas sistemáticos y continuos en el tiempo de formación de postgrado en salud mental para enfermeras y asistentes sociales (MINSAL, 2017a).

Asimismo, aún existen debilidades en cuanto a la participación de las/os usuarias/os en los dispositivos de salud. Se observa que tanto el diagnóstico como el tratamiento no considera su opinión, lo que —en el caso de NNA— va en contra del principio declarado en la CDN que es el derecho a expresar su opinión y que ésta se tenga en cuenta en todos los asuntos que le afectan (art. 12 de la CDN - UNICEF, 1990).

Por otra parte, es relevante mencionar los desafíos que existen en materia de salud mental en general y para NNA en particular, tienen que ver con la escasa investigación (De la Barra et al., 2019) y falta de información actualizada sobre el estado de salud. Los datos con los que se cuentan son parciales y dificultan la elaboración de un diagnóstico robusto que defina el diseño de una política de salud pertinente y capaz de dar respuesta a las necesidades. Según el Atlas de Salud Mental de la OMS, solo un 7,8% de todas las publicaciones científicas de salud en Chile se refieren a temas de salud mental, con un número total por año de 66 publicaciones. Por otra parte, un bajo porcentaje de éstas (22%) tratan sobre evaluación de servicios, programas, financiamiento y políticas (MINSAL, 2017a).

Finalmente, el tipo de datos que se generan en el sector¹⁸ no se han convertido en un recurso para la toma de decisiones de política pública. Puesto que hay una dificultad en la gestión de la información; y, por otro lado, los reportes refieren a cortos períodos de tiempo. El plan señala la falta de conexión de la investigación con la política pública y el *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental*, y la necesidad de fortalecer los mecanismos para que los tomadores de decisiones puedan acceder, interpretar y operacionalizar la evidencia científica en políticas públicas (MINSAL, 2017a).

El uso del conocimiento en las políticas públicas es relevante no solo porque provee de soluciones, sino porque participa de la definición misma de los problemas públicos. En este sentido, las barreras que existen entre la política pública y el uso de evidencia científica responden a diversos factores como: recursos, cooperación, dificultad de visualizar el uso de resultados, escasa publicación, entre otros generales; y otros factores específicos como la dimensión ética en la investigación experimental (Orrego, 2017). Algunos de los desafíos puntuales en cuanto a esta materia en salud mental en NNA que se han descrito son, por un lado la necesidad de abrir espacios para estudios epidemiológicos, investigaciones cualitativas, impulsar la evaluación de

¹⁸ El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud es el responsable de la producción y difusión de la información oficial del sector salud, que consolida la información proveniente de diversas fuentes (FONASA y otros registros que provienen de programas, por ejemplo, del CHC).

impacto de programas e incentivar el análisis (cuantitativo y cualitativo) diferenciado por características sociodemográficas propias de las niñas, niños y adolescentes, por lo tanto usando los cortes de edad que se proponen en los instrumentos vigentes que guían la política de infancia y niñez, promover la mirada de los *Determinantes Sociales de la Salud* y su explicitación en las soluciones que se proponen a los problemas de salud, entre otros (Orrego, 2017).



El impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental

La crisis sanitaria generada por el COVID-19, en el contexto de la inestabilidad sociopolítica que se instala desde octubre del 2019 en Chile (“estallido social”) tuvo un impacto significativo en la salud mental de la población. Las primeras encuestas de opinión revelaron que casi un 50% de las personas encuestadas dijo que su estado de ánimo había empeorado durante la pandemia (sentimientos de rabia, tristeza, miedo) (Irrarrázaval y Fischman, 2020). La crisis profundizó la brecha entre la demanda y la disponibilidad de servicios de atención. La estrategia del gobierno estuvo centrada principalmente en la provisión de infraestructura para la atención de casos activos críticos (camas UCI, ventiladores), desestimando la necesidad de atención en salud mental —tanto a las personas como a los mismos equipos médicos—, lo que desarticuló la asistencia en salud mental de las prestaciones en el área (Irrarrázaval y Fischman, 2020).

El COVID-19 significó una drástica transformación de la vida social, familiar y personal (Santa-Cruz et al, 2022; Duarte y Jiménez-Molina, 2020). Las medidas de distanciamiento redujeron las fuentes de contacto, impidiendo a las personas contar con las redes de apoyo para enfrentar los factores de estrés económicos y psicosociales. Algunos estudios han sugerido que las medidas de confinamiento pueden asociarse con una sensación de aislamiento, además de producir estrés, ansiedad, tristeza, irritabilidad, insomnio y sentimientos de impotencia. Aún cuando estas respuestas son esperables, su prolongación en el tiempo y la interacción con otras variables pueden tener consecuencias para la salud mental, como la depresión y ansiedad, entre otros problemas de este tipo (Moreno et al, 2020, en Duarte y Jiménez-Molina, 2021). Por otra parte, algunos estudios indican que, si bien el distanciamiento social y el confinamiento tienen efectos en toda la población, estas medidas pueden ser aún más estresantes para las mujeres, las y los jóvenes y las personas con problemas de salud física y mental preexistentes (Xiong et al, 2020; en Duarte y Jiménez-Molina, 2021).

Un estudio realizado en 2021 en población adulta (>18 años) y con representatividad nacional (Duarte y Jiménez-Molina, 2021) buscó estimar en qué medida las percepciones y expectativas de los variados efectos del COVID-19 se asocian con el malestar psicológico. Se utilizó una escala abreviada para detectar ansiedad y depresión (PHQ-4), se incluyeron preguntas para levantar la existencia de diagnósticos previos e historia de tratamientos y otros instrumentos estandarizados para medir soledad y aislamiento social (Hughes, 2004, en Duarte y Jiménez-Molina, 2021). Considerando algunas limitaciones del estudio, como el sesgo asociado al autoreporte y la encuesta telefónica como

estrategia de levantamiento, los resultados son consistentes con estudios previos. Los datos señalan que ser mujer, sentirse sola y aislada, vivir en condiciones de confinamiento en las áreas mayormente afectadas por la pandemia, con la percepción (expectativa) de falta de ingresos debido a tener que dejar de trabajar como consecuencia de la pandemia, y tener antecedentes de trastornos mentales diagnosticados, se asocian significativamente con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (Duarte y Jiménez-Molina, 2021). Lo anterior es relevante pues, comparado con estudios anteriores (ELSOC 2016 -2018) se observa un aumento en la prevalencia de síntomas depresivos de un 20,6% a un 23,3%. En ambas mediciones, las mujeres muestran prevalencias mayores; 24,1% en la medición ELSOC¹⁹ 2016-2018 y 30,8% en el estudio revisado (Duarte y Jiménez-Molina, 2021).

Si bien los antecedentes presentados no refieren a la población infanto-adolescente directamente, resulta clave considerar el impacto en salud mental del COVID-19 en la población adulta, muchas/os de ellas/os a cargo del cuidado de niñas, niños y adolescentes. Esto porque, es esperable que los impactos en salud mental de unos se traduzcan en efectos negativos en otros.

Los resultados de la encuesta realizada por UNICEF (2021) a personas entre 13 y 29 años de la región²⁰ muestran que, entre quienes participaron, un 27% informó sentir ansiedad y un 15% depresión en los últimos siete días. Para un 30%, el principal factor que influye en sus emociones actuales es la situación económica. Un 46% dice tener menos motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaba y un 36% para realizar tareas regulares. Por otro lado, la percepción del futuro también se vio afectada negativamente, particularmente en el caso de las mujeres jóvenes. Un 43% de las mujeres se sienten pesimistas sobre el futuro, versus un 31% de los hombres (UNICEF, 2021). Para el diseño de intervenciones es sumamente relevante tener en cuenta que el 73% ha sentido la necesidad de pedir ayuda en relación con su bienestar físico y mental, pero un 40% no pidió ayuda.

Recientemente en Chile, el Centro de Justicia Educacional (UC) realizó un estudio longitudinal sobre las repercusiones de la enfermedad por COVID-19 y la cuarentena posterior, sobre el bienestar emocional de niñas y niños en sus primeros años de escolaridad formal, con particular énfasis en aquellas/os con necesidades educativas especiales (NEE) y quienes provienen de bajos y altos estratos socioeconómicos (NSE) (Santa-Cruz et al., 2022). Utilizando el *Child Behaviour Checklist* (CBCL) — adaptado para edades de 6 a 18 años—²¹ en niñas y niños encuestados ocho meses después del inicio de la cuarentena, con respecto a encuestas previas realizadas durante los dos años anteriores (Santa-Cruz et al., 2022). Los resultados indican un aumento estadísticamente significativo en problemas, tanto del foco depresivo y de aislamiento, como en problemas de impulsividad y conductas violentas. Contar con una metodología longitudinal entrega información relevante en tanto informa sobre el impacto individual de la pandemia en el bienestar

¹⁹ Estudio Longitudinal Social De Chile -ELSOC, <https://coes.cl/encuesta-panel/>

²⁰ 8.444 niñas, niños y adolescentes de nueve países de la región ALC.

²¹ Se trata de un "checklist" que fue completado por profesores de estudiantes, al menos una vez durante 2018-2019 y nuevamente durante 2020.

social y emocional de niñas y niños. Esto se evidenció con el aumento del número de NNA que presentan puntuaciones altas para problemas de externalización e internalización. Para la muestra general, se observaron aumentos significativos en cuanto sintomatología ansioso-depresiva, retraimiento-depresión, dificultades en la atención, el pensamiento y problemas sociales.

El análisis de cada grupo en cuanto a problemas específicos señala que: las niñas y los niños con NEE y bajo NSE presentan solo aumento significativo en sintomatología ansioso-depresiva. Por otra parte, el grupo sin NEE²² y bajo NSE, muestra un aumento significativo de problemas de atención. En tercer lugar, el grupo de niñas y niños sin NNE y alto NSE muestran aumento significativo de sintomatología ansioso-depresiva, retraimiento, quejas somáticas, problemas sociales y atención. Finalmente, en cuanto al grupo de aquellas/os sin NEE y alto NSE no se pudo realizar el análisis debido al tamaño de la muestra.

Al comparar los datos de niñas y niños de acuerdo con la presencia de NEE y su NSE, los resultados muestran que todas/os han presentado un aumento de problemas internalizantes desde la pandemia. En cuanto a grupos específicos, con NEE y NSE bajo y aquellas/os sin NEE y NSE alto mostraron los mayores incrementos, seguidas/os por NNA sin NEE y NSE bajo y, por último, las/os con NEE y NSE alto (Santa-Cruz et al., 2022).

En cuanto a problemas externalizantes el análisis mostró que no existen diferencias significativas entre las niñas y los niños con NEE y aquellas/os sin NEE; aun cuando ambos experimentaron un aumento de problemas externalizantes durante la pandemia. En cuanto al NSE, las niñas y los niños de NSE bajo presentaron significativamente mayores problemas externalizantes en relación a los de NSE alto (Santa-Cruz et al., 2022).

Como respuesta a la crisis por COVID-19, el 2020 se anunció el programa *SaludableMente*, iniciativa presidencial de acompañamiento a personas que han visto afectada su salud mental durante la crisis sanitaria, dirigida a fortalecer la oferta pública y privada de salud mental de nuestro país. La estrategia definió seis ejes de trabajo²³ en que se establecieron subestrategias específicas y resultados esperados. A modo general, esta estrategia logró generar un conjunto de propuestas, incorporando una visión informada, intersectorial y extra-sectorial, incluyendo aspectos psicosociales que trascienden el ámbito de acción de un sector específico (MINSAL, 2020).

²² Sin Necesidades Educativas Especiales significa que no está declarado por el informante.
²³ Los ejes fueron: 1) Cuidado del Personal de Salud, Trabajadores y Mundo Laboral en General; 2) Fortalecimiento comunitario y comunicación social; 3) Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental; 4) Plataforma Digital SaludableMente; 5) Prevención del Consumo de Alcohol y Otras Drogas; y, 6) Salud Mental en Poblaciones Específicas.

Modalidades de intervención en salud mental para niñas, niños y adolescentes

5

La noción de “prevención” es comúnmente entendida como las acciones que se realizan previo a la existencia de un diagnóstico. Sin embargo, el *Instituto de Medicina de Estados Unidos* (IOM) entiende la intervención misma como un continuo de atención que comienza en la prevención e incluye también el tratamiento y el mantenimiento. Por ello, la distinción entre “prevenir” e “intervenir” es una distinción que no responde exclusivamente a un criterio temporal. Más tarde, la *Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos* (NAS), señaló que debe incluirse el concepto de promoción en salud, entendida como los “esfuerzos para mejorar la capacidad de las personas para lograr tareas adecuadas para el desarrollo (competencias evolutivas) y un sentido positivo de autoestima, dominio, bienestar e inclusión social, y para fortalecer su capacidad de enfrentar la adversidad” (O’Loughlin et al, 2018, p. 6).

Los conceptos de prevención y promoción refieren a la posibilidad de cambiar las influencias del entorno “en el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes, para ayudarlas/os a tener un buen funcionamiento en el cumplimiento de las tareas y los desafíos de la vida y a mantenerse libres de problemas cognitivos, emocionales y de conducta que podrían afectar su funcionamiento” (O’Connell et al., 2009 en O’Loughlin et al, 2018, p. 6), lo que sugiere que hay trastornos que se pueden evitar (Vicente et al, 2016).

De acuerdo a Caplan, en su libro *Principios de Psiquiatría Preventiva* (1964), las acciones preventivas pueden distinguirse en tres categorías, primaria, secundaria y terciaria, según el nivel de incidencia de la enfermedad/trastorno. Luego, a partir de Gordon (1983) la prevención puede distinguirse como universal, selectiva e indicada, de acuerdo a la población a la que se dirige la acción (objetivo, potencial y/o universal) (O’Loughlin et al, 2018).

Las variables que pueden interactuar e influir en la aparición de algún trastorno mental son múltiples, desde estructurales, ambientales, psicosociales y genéticas, y el *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental* considera al usuario o a la usuaria dentro de su comunidad y contexto socioeconómicos (De la Parra et al, 2019; Minsal, 2017a). Es en ese espacio que todas las acciones se despliegan ya sean en modalidad de prevención/promoción, como de tratamiento/rehabilitación y recuperación.

En general e independiente de la población a la cual se dirijan, el objetivo de las intervenciones preventivas es reducir la influencia de los factores de riesgo y aumentar la disponibilidad y/o la influencia de los factores protectores conocidos, reduciendo así el desarrollo o progreso de algún cuadro psicopatológico (O’Loughlin et al, 2018). Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas (Corona y Peralta, 2011). Éstas están presentes con fuerza e intensidad en la adolescencia, lo que puede estar explicado por características propias de este estadio del desarrollo, tales como la sensación de invulnerabilidad, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a la influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a las madres o padres y la necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit

para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo), entre otros (Corona y Peralta, 2011).

En un modelo familiar y comunitario donde niñas, niños y adolescentes están comprendidas/os en su contexto de vida, las intervenciones preventivas pueden darse tanto en el dominio de la niña, niño o adolescente, como de otros actores que forman parte de su contexto vital (familia y también redes primarias). Algunos factores de riesgo y protectores identificados y los dominios de intervención se encuentran resumidos en la siguiente figura:

Figura 3: Factores de riesgo y protectores que pueden ser modificados por las intervenciones preventivas

	Factores de riesgo	Factores protectores
Basados en niñas y niños	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo compromiso con la escuela. • Preocupaciones respecto a la imagen corporal. • Conducta agresiva. • Violencia física. • Bajo desempeño académico. • Consumo de sustancias. • Actitudes hacia el consumo de drogas. • Actitudes hacia la conducta antisocial. • Interacción con pares antisociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de afrontamiento. • Habilidades de resolución de problemas. • Riesgo percibido del consumo de drogas. • Habilidades de interacción social. • Habilidades de rechazo a las drogas. • Involucramiento prosocial. • Interacción con pares prosociales.
Basados en la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar. • Problemas de salud mental en las madres y/o los padres. • Bajo manejo familiar. • Parentalidad negligente. • Ausencia de cuidados prenatales. • Personas adultas del hogar involucradas en conductas antisociales. • Bajo nivel socioeconómico. • Consumo de sustancias durante el embarazo. • Desempleo parental. • Embarazo no planificado. • Estrés parental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estándares claros de conducta. • Disciplina no violenta. • Buen vínculo con los padres. • Apoyo social parental.

Fuente: O'Loughlin et al, 2018

Ahora bien, concebir la acción preventiva basada solo en riesgos, ha revelado debilidades y contribuyó al predominio de una visión e identificación más bien negativa de los adolescentes. Por esto, no se trata exclusivamente de disminuir los factores de riesgo, sino considerar y potenciar los factores y conductas protectoras, la mayoría de ellos espejos de las de riesgo, lo que puede aumentar la eficacia del trabajo preventivo (Corona y Peralta, 2011).

“La teoría de la resiliencia nace de la observación de NNA que, a pesar de estar expuestas/os a condiciones de vida adversas, llegan a ser personas adultas saludables y positivas. En general la resiliencia es entendida como aquella característica humana que permite recuperarse y superar la adversidad. Es un concepto que nos centra en los factores protectores, que pueden ser propios como la inteligencia, locus de control interno, sentido del humor y habilidades empáticas; o externos o circunstanciales como la cohesión familiar, al menos la madre o el padre amorosa/o, sentido de pertenencia escolar, etc.” (Corona y Peralta, 2011, p. 4). A continuación, se presenta una conceptualización complementaria de estos factores y conductas.

Tabla 2: Factores y conductas de riesgo y protección según áreas de evaluación

	Factores y conductas de riesgo	Factores y conductas de protección
Individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino. • Edad mayor de 14 años. • Vulnerabilidad biológica. • Déficit intelectual. • Temperamento impulsivo. • Maduración asincrónica. • Autoestima disminuida. • Psicopatología. • Conducta agresiva • Escasa percepción de riesgo. • Mal rendimiento académico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia normal. • Habilidades sociales. • Temperamento "fácil". • Espiritualidad. • Adecuada autoimagen. • Autoeficacia. • Percepción de ser importante para padres y madres. • Buen rendimiento académico. • Expectativas.
Pares	<ul style="list-style-type: none"> • Con conductas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin conductas de riesgo. • Participativos.
Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción familiar. • Estilos de crianza extremos. • Ausencia de reglas claras y de monitorización parental. • Conductas de riesgo en la familia. • Enfermedad crónica y psicopatología en la familia. • Maltrato. • Nivel socioeconómico y de educación bajos. • Crisis de ciclo vital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de dos padres. • Vínculo "emocionalmente disponible" con al menos uno de los padres. • Presencia parental en horarios clave. • Percepción de altas expectativas académicas de los padres. • Valores parentales claros. • Acceso a familia extendida. • Espaciamiento de hijas o hijos de mínimo 2 años.
Colegio	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de vínculo. • Baja calidad de la educación. • Falta de actividades extracurriculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de pertenencia. • Clima educativo abierto, positivo, orientador. • Normas y valores claros.
Comunitarios y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de espacios de inversión del tiempo libre. • Disponibilidad de drogas, armas. • Pobreza, desempleo, marginación. • Vivienda insalubre. • Falta de acceso a servicios de salud. • Ausencia de políticas de salud y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios libres disponibles. • Barrios seguros. • Disponibilidad de empleos. • Vivienda adecuada. • Acceso a servicios de salud. • Políticas sociales.

Fuente: Corona y Peralta, 2011

La evidencia específica del impacto de tales esfuerzos en promoción y prevención, no es fácil de determinar por la calidad de la metodología utilizada. Sin embargo, estudios experimentales han mostrado la efectividad de la prevención en la enfermedad mental (Irrarázaval et al., 2016). Solo considerando ejemplos en depresión y ansiedad, encontramos que, en Chile, un programa de ejercicio físico en contexto escolar redujo los síntomas de ansiedad (Bonhauser et al., 2005).

Para contar con una identificación de intervenciones rentables y costo-efectivas en salud mental, la OMS realizó una revisión sobre intervenciones preventivas, elaborando un listado que permite utilizar información sobre la rentabilidad de éstas. La lista incluye evidencia de costo-efectividad para (1) las prohibiciones reglamentarias sobre el uso de plaguicidas y otras formas altamente peligrosas para reducir los casos de suicidio; (2) programas universales de aprendizaje socioemocional escolar para mejorar la salud mental y prevenir el suicidio en adolescentes; y (3) programas de aprendizaje socioemocional indicados en la escuela para mejorar la salud mental y prevenir el suicidio en adolescentes, entre otros (WHO, 2021).

A partir de la información disponible, se han identificado algunos elementos comunes en intervenciones efectivas para mejorar la salud mental infanto-adolescente:

Las intervenciones a temprana edad han mostrado efectividad pues contribuyen a un mejor desempeño posterior en la escuela, y al establecimiento de mejores relaciones íntimas y sociales.

Cuando existen cuadros psicopatológicos familiares, intervenir a nivel de la familia disminuye la probabilidad de que niñas y niños desarrollen algún trastorno conductual o emocional.

Cuando se atienden los cuadros de depresión materna, niñas y niños presentan una disminución en sus tasas de psicopatología, muestran un mejor rendimiento académico y un mejor funcionamiento general (Weissman et al., 2006; en O'Loughlin et al., 2018).

El trabajo en prácticas de crianza resulta de una influencia considerable en el ambiente en el que se desarrolla la niña o el niño.

A pesar de la evidencia existente en torno a la costo-efectividad de las acciones preventivas y de promoción en salud mental, en Chile éstas han sido relegadas en comparación con el tratamiento de las enfermedades mentales. Junto a los avances del sector, aún nuestro país presenta una brecha relevante en este tipo de acciones junto a los servicios de atención de problemas en salud mental, particularmente en adolescentes. Los servicios existentes no han logrado un nivel de especialización para atender a esta población y en general tienden a focalizar sus intervenciones en aquellas niñas y niños más vulnerables (Alianza para la Erradicación de la Pobreza, 2021).

Los problemas de salud mental acentuados por la crisis COVID-19 a nivel mundial han demostrado su carácter urgente. En este contexto, la OMS junto a UNICEF desarrollaron una iniciativa conjunta para promover la salud mental positiva, prevenir los trastornos

mentales, las autolesiones y otras conductas de riesgo en adolescentes. La visión que hay detrás de esta iniciativa, HAT, (*Helping Adolescents Thrive*) es un mundo en el que las y los adolescentes, sus cuidadoras/es, la sociedad civil y la comunidad se articulan de manera colaborativa para proteger a las y los adolescentes y promover la salud mental positiva (WHO & UNICEF, 2021). El "kit de herramientas HAT" describe cuatro estrategias interrelacionadas y dos enfoques de implementación. Las cuatro estrategias son: (1) implementación y cumplimiento de políticas y normativas; (2) desarrollo de entornos protectores de la salud mental adolescente; (3) apoyo a cuidadoras/es; y, (4) desarrollo de intervenciones psicosociales basadas en evidencia y con foco en población adolescente (Alianza para la Erradicación de la Pobreza, 2021). Sus dos principios son la colaboración intersectorial y la necesidad de contar con un sistema de monitoreo y evaluación.

Chile avanza en la prestación y organización de servicios de salud mental para niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, y como ha sido desarrollado en el presente informe, aún existen ciertas debilidades y espacios de mejora para fortalecer la capacidad de respuesta que tiene el sistema de salud en nuestro país, así como la acción de las organizaciones de la sociedad civil.

Conclusiones y recomendaciones de política pública

6

Conclusiones

Garantizar el nivel de salud mental es una tarea de la sociedad completa y requiere soluciones articuladas, no exclusivas de la acción gubernamental.

La niñez y la adolescencia son etapas del ciclo vital donde ocurren una gran cantidad de cambios, por lo que se ha señalado que las/os NNA son más vulnerables a las condiciones del entorno. En estas etapas se abren ventanas de oportunidad, ya sea para prevenir la amplificación de los factores de riesgo de vida, como para acentuarlos o mantenerlos.

Estudios nacionales e internacionales han indicado altas tasas de prevalencia de enfermedades mentales en niñas, niños y adolescentes chilenas/os en una perspectiva comparada y existe una brecha de oferta y de acceso a los servicios de salud mental. Asimismo, se observa una falta de articulación intersectorial y escasez, y deficiencia de protocolos para la implementación efectiva de las intervenciones, salvaguardando la pertinencia, calidad y ejercicio en el marco de derechos, desde un enfoque comunitario y de curso de vida. Si bien Chile está avanzando en la provisión y organización de servicios de salud mental para NNA, el financiamiento, especialmente para recursos humanos y formación, sigue siendo insuficiente. Además, las investigaciones en salud mental infantil y las evaluaciones de programas son aún escasas.

Del análisis realizado se identifican los siguientes desafíos:

Considerando a las organizaciones de la sociedad civil como actor clave en el desarrollo de políticas públicas efectivas, se identifican

algunos ejes donde se pueden desarrollar acciones coordinadas y sinérgicas, tales como:

Promover acciones de participación de los distintos actores de la sociedad

civil para mejorar la salud mental en adolescentes, considerando que es un actor significativo a la hora de complementar las acciones del Estado (Humphreys, 2022).

Promover y apoyar el desarrollo y potenciación de intervenciones innovadoras,

basadas en las necesidades de NNA, con enfoque de derechos y del curso de vida.

Entregar servicios integrales, integrados y receptivos de atención social y de salud mental en entornos comunitarios,

incluyendo la reorganización del sistema y ampliación de cobertura, la promoción de la atención integrada y receptiva, el abordar las disparidades que generan barreras de acceso y representan la necesidad de la acción integral sensible a las diferencias.

Fortalecer los sistemas de información y promover la investigación y generación de evidencia

sobre la magnitud y caracterización del estado de salud mental y/o bienestar de las/os NNA, poniendo énfasis en su difusión, a fin de impulsar una política pública basada en evidencia (Humphreys, 2022).

Contribuir a fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la colaboración en las acciones de salud mental,

desde la planificación de los recursos y el fortalecimiento y empoderamiento de las personas con trastornos mentales y sus organizaciones, como portadores de un saber sobre intervenciones pertinentes y efectivas.

Inclusión de la salud mental en contextos de emergencias humanitarias

(conflictos sociales, violencia y desastres aislados, repetidos o continuos).

Desarrollar una incidencia consistente en favor de visibilizar las brechas

y la importancia del problema, evidenciando la importancia de agentes y dispositivos locales que constituyen las primeras “puertas de entrada”, o representan el primer momento de pesquisa de alteraciones o apariciones de malestar emocional, fortaleciendo a las comunidades como soporte del bienestar y desarrollo integral (Humphreys, 2022).

Implementar estrategias de promoción y prevención en salud mental,

que incluyen acción activa de las comunidades donde NNA se insertan, con especial foco en la prevención del suicidio y la promoción y prevención en niñez temprana.

Recomendaciones

Finalmente, la tensión entre la demanda de servicios de atención de calidad, oportunos y pertinentes, junto a la escasa oferta de éstos, se ha agudizado producto de la pandemia por COVID-19. En este escenario se han acentuado las desigualdades estructurales, revelando la urgencia de incorporar la atención en salud mental en situaciones de crisis humanitarias o emergencias, como parte integrada de la respuesta en salud, incluyendo a los equipos que son parte activa de ésta.

Al respecto, las recomendaciones que entrega *Organización de las Naciones Unidas* para enfrentar esta crisis (ONU, 2020), se encuentran:

Promover un enfoque transversal e intersectorial orientado a promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la población,

incorporando la información sobre salud mental y psicosocial. Contar con información mejora las habilidades de afrontamiento de las personas durante la crisis, reduce el sufrimiento y contribuye a la recuperación y reconstrucción de las comunidades.

Asegurar la disponibilidad de apoyo psicosocial y de salud mental de emergencia apoyando acciones comunitarias que fortalezcan la cohesión social y reduzcan el aislamiento,

invertir en intervenciones de salud mental que se puedan brindar de forma remota, para trabajadoras/es de atención médica de primera línea y personas en el hogar con depresión y ansiedad.

Reconstruir servicios de salud “para el futuro”. Dado el aumento de las necesidades a largo plazo causadas por la pandemia, y los costos que esto puede representar, es momento de fortalecer programas e iniciativas comunitarias como respuestas efectivas y protectoras.

Los servicios de salud mental basados en un enfoque comunitario debieran ser parte de cualquier plan de recuperación de la crisis COVID-19.

Referencias

- Aguilera, I, Infante, A, Ormeño, H, & Urriola, C. (2015). Improving health system efficiency. Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) reform. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/187657>
- Araya, R, Zitko, P, & Markkula, N. (2018). The Impact of Universal Health Care Programmes on Improving 'Realized Access' to Care for Depression in Chile. *Adm Policy Ment Health* 45, 790-799. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0864-z>
- Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil (2021). "Nacer y crecer en pobreza y vulnerabilidad. Implicancias y propuestas para Chile", recuperado en <https://www.fundacioncolunga.org/wp-content/uploads/2021/11/Nacer-y-Crecer-en-Pobreza-y-Vulnerabilidad-Estudio-completo.pdf>
- Bonhauer, M, Fernández, G, Puschel, K, Yáñez, F, Montero, J, Thompson, B, & Coronado, D. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promot Int* 2005 Jun; 20(2): 113-122. <https://www.researchgate.net/publication/7946420>
- Braddick, F, Carral, V, Jenkins, R, & Jané-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5 (8), 5-31.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud* (1986). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Comisión de Determinantes Sociales en Salud [CDSS] (2007). Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), recuperado en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69671/interim_statement_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Comité de Derechos del Niño, Organización de las Naciones Unidas (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. GE.15-18924.
- Corona, F, & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 327-337.
- De La Barra, F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2012; 23(5) 521-529.
- De La Barra, F, Irrázaval, M, Valdés, A, & Soto-Brandt, G. (2019). Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile". *Pan-American journal of public health*, 43, e33. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.33>
- De La Parra, G, Errázuriz, P, Gómez-Barris, E, y Zúñiga, A.K. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20. Centro de Políticas Públicas UC.
- Duarte, F, y Jiménez-Molina, Á. (2021). Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: The role of economic uncertainty. *PLoS ONE* 16(11): e0251683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251683> <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251683#sec01>
- Humphreys, M. (2022). Reflexiones para la renovación de las políticas públicas en torno a la salud mental de niñas, niños y adolescentes en Chile: una mirada desde la evidencia. Compendio de Trabajos Breves de Investigación, Ensayos y Propuestas de intervención de alumnos destacados en 2021. Centro de Estudios de Justicia y Sociedad, Universidad Católica. Recuperado de https://justiciaysociedad.uc.cl/wp-content/uploads/2022/06/COMPENDIO-MEJORES-TRABAJO-2021_V2_ok.pdf
- Hertzman, C. & Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31:329-47 3p following 347. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103538 PMID: 20070189
- Irrázaval, M. (2019). Acceso a la salud mental para jóvenes. *Revista Instituto Nacional de la Juventud N° 8 Año 2019* ISSN: 0719-2533. Recuperado de https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_30.pdf
- Irrázaval, M, & Fischman P. (2020). Debate: Mental health, social crisis and the COVID-19 pandemic in Chile. *Child Adolesc Ment Health*. 2020 Nov;25(4):256-257. doi: 10.1111/camh.12424. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33063384; PMCID: PMC7675462.
- Irrázaval, M, Prieto, F, & Armijo, J. (2016). Prevention and early interventions in mental health: an international perspective. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>
- Kessler, R, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Merikangas, K. Prevalencia a lo largo de la vida y distribuciones por edad de inicio de los trastornos del DSM-IV en la replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Psiquiatría Arch Gen*. 2005; 62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2017). Resultados casen 2017. <http://observatorio.ministeriodesarrollasocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Ministerio de Salud - Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). "Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud", recuperado en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2007). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago, Chile, recuperado en <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/602/3895.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- (2009). Orientaciones Técnicas. Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental, dirigida a los equipos de atención primaria de salud, recuperado en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de0400101e010701.pdf>
- (2012). "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020", recuperado en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e0400101640127e.pdf>
- (2014). Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe WHO AIMS. Santiago de Chile, recuperado en https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- (2017a). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago, octubre de 2017, recuperado en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025-7-dic-2017.pdf>
- (2017b). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Segunda entrega de resultados. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Santiago, Chile, recuperado en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17-PRIMEROS-RESULTADOS.pdf>
- (2018a). Modelo de gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General De Salud. recuperado en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
- (2018b). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades, recuperado en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf
- (2020). Estrategias de apoyo al bienestar y la salud mental de la población, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Informe final de propuestas de la mesa de expertos *Saludablemente* (MSM), Santiago, Chile.
- (2021). Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. Recuperado en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acción-Salud-Mental-2019-2025.pdf>.
- Chile Crece Contigo* (2018). Catálogo de Prestaciones 2018 Componente de Salud. Recuperado en <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Catalogo-Prestaciones-ChCC-2018-Ok.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social [MDSF], *Consejo Nacional de la Infancia* (2017). Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018 - 2025, recuperado en <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/cms/document/tehfggJPcanvH7lJlSy8OloU8SfUQtqswglzRGs.pdf>
- O'Loughlin, K., Althoff, R. & Hudziak, J. (2018). Promoción y prevención en salud mental infantil y adolescente. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines IACAPAP, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los *determinantes sociales de la salud*. Documento de trabajo de la Comisión sobre *Determinantes Sociales de la Salud* (CDSS), recuperado en https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf
- Observatorio Niñez y Adolescencia (2016). *Infancia Cuenta en Chile 2016 Cuarto Informe Observatorio Niñez y Adolescencia*. Chile: s.n., 2016, recuperado en <https://www.proacogida.cl/biblioteca/observatorio-ninez-y-adolescencia-1905/>
- Pan American Health Organization [PAHO] (2018). *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas*. Washington, D.C.
- Restrepo, D., y Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 202-211, recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Santa-Cruz, C., Espinoza, V., Donoso, J., Rosas, R. & Badillo, D. (2022). How Did the Pandemic Affect the Socio-Emotional Well-Being of Chilean Schoolchildren? A Longitudinal Study. *School Psychology*. Advance online publication.
- UNICEF (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño*, recuperada https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNiño_0.pdf
- (2021). The COVID-19 pandemic: the right to education of children and adolescents in Latin America and the Caribbean. *Challenges*, Newsletter on childhood and adolescence. ISSN electronic version 1816-7535, sept 2021.
- Organización de las Naciones Unidas* [ONU] (2020). Policy Brief: Covid-19 and the need for Action on mental health", recuperado de <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Riaseco, P., & Melipillan, R. (2012). "Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención Sanitarias". *Rev. méd. Chile*, 140(4), 447-457. DOI: 10.4067/S0034-98872012000400005
- World Health Organization [WHO] (2021). WHO menu of cost-effective interventions for mental health, recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>
- World Health Organization [WHO] & United Nations Children's Fund [UNICEF] (2021). *Helping adolescents thrive* toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. ISBN (WHO) 978-92-4-002555-4 (electronic version), recuperado en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341327/9789240025554-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization [WHO] & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf, recuperado 21 march 2022.

Títulos de la serie

- 01 Cuidado alternativo para niñas, niños y adolescentes, y preparación para la vida independiente.
- 02 Salud mental en niñas, niños y adolescentes en Chile.
- 03 Derecho a la educación en Chile: un examen a la promesa de la inclusión.
- 04 Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes.
- 05 Violencia en la niñez.