

Servicios de salud mental en contexto escolar Health mental services within educational process

Ximena Cecilia Macaya Sandoval^{1*}

Claudio Enrique Bustos Navarrete¹

Silverio Segundo Torres Pérez¹

Pablo Andrés Vergara–Barra¹

Benjamín de la Cruz Vicente Parada¹

1. Universidad de Concepción. Concepción. Chile.

* Autora para la correspondencia: ximenacecimacay@udec.cl

RESUMEN

Introducción: Son escasos los servicios en salud mental dentro del contexto escolar que permitan una integración intersectorial para superar la brecha de falta de asistencia en salud mental en la población infanto – juvenil, aun cuando, es en la escuela donde se detectan mayoritariamente los problemas de salud mental. Objetivo: Comentar el uso de servicios de salud mental en el ambiente escolar en relación con los trastornos mentales y trastornos subumbrales.

Métodos: El presente resultado se obtiene a partir del “Estudio de Prevalencia Comunitaria de Trastornos Psiquiátricos y Utilización de Servicios de la Población Infanto-Juvenil Chilena”. La muestra estuvo representada por sujetos entre 4 y 18 años (N=1556). La información sobre el uso de servicio de salud mental se recogió con una versión modificada de la Escala Service Assesment for Children and Adolescent (SACA). Se realizó un modelo de regresión logística para analizar cinco áreas del uso de servicios en el ambiente escolar, las cuales se correlacionaron con diagnósticos de trastorno mentales y trastorno subumbral de ansiedad, disruptivo y depresión en el último año.

Resultados: Las escuelas se enfrentan a grandes desafíos sobre cómo proporcionar apoyo efectivo de salud mental para los estudiantes, que presentan algún tipo de trastorno mental o trastorno subumbral.

Discusión: Las instituciones educativas requieren ser visualizadas como una entidad que podría satisfacer las necesidades que se advierten de manera urgente en atención, prevención y promoción de problemas mentales en la población infanto- juvenil, si se vinculan de forma más directa con los servicios de salud mental.

Palabras clave: servicios de salud mental; escuela; trastornos mentales.

ABSTRACT

Introduction: Mental health services are scarce within the school context that allow intersectoral integration to overcome the gap in mental health care in the child and adolescent population, being the school where mental health problems are mostly detected. Objective: to know the use of mental health services in the school environment in relation to mental disorders and subthreshold disorders.

Method: The present secondary study is carried out from the "Study of Community Prevalence of Psychiatric Disorders and Utilization of Services of the Chilean Child-Youth Population". The sample was represented by subjects between 4 and 18 years old (N = 1556). Information on the use of mental health service was collected with a modified version of the Service Assessment Scale for Children and Adolescents (SACA). A logistic regression model was performed to analyze five areas of the use of services in the school environment, which were correlated with diagnoses of mental disorders and subthreshold anxiety, disruptive and depression disorder in the last year.

Results: Schools face great challenges on how to provide effective mental health support for students, who present some type of mental disorder or subthreshold disorder.

Discussion: Educational institutions need to be visualized as an entity that could meet the needs that are urgently noticed in attention, prevention and promotion of mental problems in the child and adolescent population, if it is linked more directly with health services.

Keywords: mental health services; school; mental disorders.

Recibido: 7/11/2018

Aprobado: 12/3/2019

Introducción

En la actualidad los servicios en salud mental, dentro del contexto escolar, chileno no son suficientes, atendiendo a su vez a la necesidad de establecer desde esta perspectiva, un proceso de integración intersectorial que redunde en la solución de la falta de asistencia en salud mental que afronta la población infanto - juvenil, pese a que es la escuela el contexto en el cual se detectan mayoritariamente los problemas relacionados con esta situación de salud.

Investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre el 10% y el 15% de los niños, niñas y adolescentes.⁽¹⁾ De igual modo, un informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes resalta la falta de servicios de salud mental apropiados para esta parte de la población, aun cuando la mayoría de los países son firmantes de la Convención sobre los Derechos del Niño.⁽²⁾ Entre las razones que explican las limitaciones en la accesibilidad a salud mental para la población infantojuvenil, la OMS señala deficiencias en el área de los servicios y programas de salud mental infantil, tales como la existencia de centros ambulatorios de salud mental.⁽³⁾ Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos y no siempre bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como es el caso del educativo.⁽⁴⁾

Por consiguiente, la eficiencia manifestada por varias de las intervenciones terapéuticas existentes para los niños(as) y adolescentes que cumplen con criterios clínicos y subclínicos (umbrales y subumbrales, respectivamente) de trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia y la evidencia que avala la importancia de medidas de prevención y promoción de ambientes saludables, hace que muchos niños(as) y adolescentes no reciban los servicios necesarios.⁽⁵⁾

Considerando lo anterior, las escuelas tienen un rol en cada etapa, que incluye la prevención y promoción de bienestar para toda la población estudiantil, identificación e intervención temprana para aquellos considerados en riesgo, e intervenciones más intensivas para estudiantes con problemas más serios⁽⁶⁾, ya que abordar la salud mental del estudiante, no es un tema extracurricular, es un requisito previo para el aprendizaje y el logro.

Sin embargo, preocupa la falta de coordinación entre los sectores de Educación y Salud en el área de salud mental, toda vez que los datos arrojan que uno de los lugares donde se detectan mayoritariamente los problemas de salud mental son los colegios.⁽⁴⁾ Dado que, son escasos los servicios en salud mental dentro del contexto escolar que permitan una integración intersectorial real, para superar la brecha de falta de asistencia en salud mental en la población infanto - juvenil.⁽⁴⁾

En cuanto a los servicios educacionales en salud mental en el resto del mundo, destaca el sistema en Estados Unidos, donde los centros de salud basados en la escuela, *School-based health centers* (en adelante SBHC) proporcionan atención integral de salud dentro de las escuelas. En muchas comunidades, las escuelas son el mayor proveedor de facto de servicios de salud mental y pueden promover asociaciones con otros proveedores de atención de la salud de la comunidad para superar las barreras a la atención de salud mental. La mayoría de las SBHC se encuentran en áreas urbanas y proporcionan atención integral de salud a niños(as) y adolescentes. Más del 70% de las SBHC proporcionan servicios de salud mental y todos están obligados a ofrecer atención médica primaria.⁽⁷⁾

Considerando lo anterior, la relevancia de este estudio secundario radica en que permite conocer que está haciendo la escuela en relación a los niños(as) y adolescentes que presentan un diagnóstico de trastorno mental y/o trastorno submbral, sin tener un servicio como tal, y teniendo en consideración que en nuestro país la mayor parte de niños(as) y adolescentes que presentan algún tipo de trastorno mental, reciben atención en la escuela.⁽⁵⁾

Métodos

El presente estudio secundario se realiza a partir del “Estudio de Prevalencia Comunitaria de Trastornos Psiquiátricos y Utilización de Servicios de la Población Infanto-Juvenil Chilena”, que fue conducido por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción y el Departamento de Salud Mental Oriente de la Universidad de Chile, entre abril de 2007 y diciembre de 2009. En ese estudio se diseñó una muestra aleatoria probabilística de la población infanto juvenil chilena entre los 4 y 18 años (N= 1558). Los casos se obtuvieron de cuatro provincias, consideradas representativas de la distribución nacional de la población, diseño ya utilizado en un estudio de población

adulto.⁽⁸⁾ La tasa de respuesta alcanzó al 82,4%. Se procuró que estuvieran representados todos los niveles socioeconómicos, grupos étnicos y población urbana / rural.⁽⁵⁾

La presencia de un trastorno psiquiátrico fue evaluada usando la versión computarizada en español de DISC-IV, validado en Chile por el equipo investigador. Se registraron los diagnósticos y 4 algoritmos de impedimento contenidos en el DISC-IV.⁽⁵⁾

Asimismo, en el estudio original se investigó la utilización de servicios, tanto públicos como privados los últimos 12 meses, por problemas emocionales, conductuales y asociados a consumo de sustancias. Se definieron como servicios educacionales: a la consejería, educación especial u otra intervención educacional para problemas conductuales o de aprendizaje. Los Servicios de salud mental formales incluyeron: tratamiento psiquiátrico ambulatorio u hospitalizado y atención por otros profesionales de salud mental.⁽⁵⁾

La información sobre el uso de servicio de salud mental se recogió con una versión modificada de la Escala *Service Assessment for Children and Adolescent* (SACA).⁽⁹⁾

En el presente estudio secundario se analizan cinco áreas del módulo inicial de servicios; uso de servicios ambiente escolar que son:

- Orientación o terapia en la escuela.
- Ayuda de educación especial en sala de clases regular.
- Asistir a una sala de educación especial (salón de recursos).
- Asistir a una escuela especial para estudiantes con problemas.
- Tener que cambiar de curso o escuela.

Estas cinco áreas se correlacionan con Trastornos subumbrales de ansiedad, del comportamiento disruptivo, de depresión mayor y con trastornos clínicos de ansiedad, comportamiento disruptivo y de depresión mayor, todos en el último año.

El trastorno mental según el DISC-IV es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Independientemente cual sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.⁽¹⁰⁾

Los trastornos subumbrales se caracterizan por una variedad de síntomas que no se ajustan a un diagnóstico formal de trastorno mental, según la clasificación psiquiátrica estándar.⁽¹¹⁾ Los trastornos psiquiátricos subumbrales son síndromes psicopatológicos leves, enmascarados, atípicos o intensos, pero breves, por debajo del umbral del diagnóstico estandarizado. Indican estados iniciales, intermitentes o residuales de trastornos psiquiátricos bien conocidos asociados con otros trastornos psiquiátricos y somáticos.⁽¹²⁾

Cabe señalar, que en este estudio secundario se incluyeron los trastornos subumbrales, puesto que en el ambiente escolar se presenta un porcentaje importante de niños(as) y adolescentes con síntomas, que no alcanzan a configurar un diagnóstico de trastorno mental y que son derivados a las diferentes modalidades de atención que se otorgan en la escuela y que en algunos casos solo dependen de la atención que reciban en la institución educativa.

Instrumentos

En este estudio secundario se analiza la información que se recogió con la versión modificada del Service Assessment for Children and Adolescent (SACA).⁽⁹⁾ De la cual se definieron como servicios educacionales a la consejería, educación especial u otra intervención educacional para problemas conductuales o de aprendizaje. Servicios de salud mental formales incluyeron tratamiento psiquiátrico ambulatorio u hospitalizado y atención por otros profesionales de salud mental, datos que son los utilizados para este estudio.

Análisis estadístico

En el análisis de uso de servicios en el ambiente escolar se utilizó un modelo de regresión logística para determinar cuál de los tipos de trastornos subumbrales y trastornos mentales influyen en la atención en la escuela. Para estimar los coeficientes, utilizando muestra compleja, se empleó estimación de pseudoverosimilitud considerando los pesos obtenidos tras la posestratificación.⁽¹³⁾

Para los análisis estadísticos, se utilizó el paquete survey del software R versión 3.

Resultados

La **tabla 1** muestra el porcentaje de niños(as) y adolescentes escolarizados que recibieron atención en la escuela en alguna de las cinco modalidades ya mencionadas, según grupo etario y sexo.

Tabla 1. Uso de servicio ambiente escolar de acuerdo a edad y sexo

Uso de servicios de ambiente escolar	Edad		Sexo	
	4 – 11 años	12 – 18 años	F	M
Tener que cambiarte de curso o escuela	1.3%	1%	0.7%	1.6%
Asistir a una escuela especial para estudiantes con problemas	2.3%	1.1%	0.99%	2.5%
Asistir a una sala de educación especial (salón de recursos)	5.3%	2.6%	3.2%	4.8%
Ayuda de educación especial en sala de clases regular	5.6%	3.3%	3.5%	5.6%
Orientación o terapia en la escuela	6.2%	6%	4.3%	6.3%

Fuente: Instrumentos para la observación

Se puede observar que el tipo de intervención más común es orientación o terapia en la escuela, tanto al considerar la edad, como al considerar el sexo. En el grupo de 12 a 18 años, disminuyen todos los porcentajes en todas las modalidades, excepto orientación y terapia en la escuela. Se constató que los porcentajes son mayores en los hombres en todas las modalidades.

Los porcentajes son importantes respecto a los niños(as) y adolescentes escolarizados que están sin atención, con trastorno mental y trastorno subumbral. (**Tabla 2**)

Tabla 2. Uso de servicios (ambiente escolar y servicios de salud mental) por niños (as) y adolescentes escolarizados que presentan un trastorno mental o trastorno subumbral

	Sin atención	Atención en Servicios de Salud Mental	Orientación o terapia en la escuela	Atención doble Orientación + Atención en servicio en salud mental
Sin diagnóstico	88%	4.1%	6.1%	1.96%
Trastorno de ansiedad	74%	7.4%	13.2%	5.6%
Trastorno disruptivo	70%	8.8%	12%	9.4%
Trastorno depresivo mayor	73%	8.3%	17%	2.2%
Con algún subumbral	49%	15%	23%	11%
Subumbral de ansiedad	80%	6.6%	9.5%	3.9%
Subumbral disruptivo	76%	7.5%	11%	5.5%
Subumbral de depresión	63%	14.5%	14.2%	7.8%

Fuente: Instrumentos para la observación

Obsérvese que en la modalidad Orientación y terapia en la escuela, destacan los sujetos con trastorno de Depresión mayor (17 %), Trastorno de Ansiedad (13.2 %), y con trastorno Disruptivo (12%). Los sujetos con trastorno Depresivo mayor reciben un 2.2% de Atención doble (Orientación y terapia en escuela y atención en servicio de salud mental).

De los niños(as) y adolescentes escolarizados con algún trastorno subumbral, un 23 % recibe orientación y terapia en la escuela. El trastorno Subumbral Disruptivo recibe un 5.5 % de atención doble (Orientación o terapia de la escuela + Atención en servicio en salud mental).

Los niños(as) y adolescentes escolarizados con trastorno disruptivo presentan más probabilidad de ingresar a todos los tipos de intervención, en cambio los sujetos con trastorno ansioso se relacionan solamente con educación especial y orientación y terapia en la escuela. El trastorno Depresivo presenta menos posibilidades de la modalidad de Tener que cambiar de curso o de escuela y de asistir a una escuela especial para estudiantes con problemas. (**Tabla 3**)

Tabla 3. Relación de niños y adolescentes escolarizados con trastornos mentales y uso de servicios en ambiente escolar

	Trastorno ansioso			Trastorno disruptivo			Trastorno depresivo		
	%	OR	IC 95%	%	OR	IC 95%	%	OR	IC 95%
Uso de servicios de ambiente escolar:	18.8%	(1.10)	(1.12 - 3.56)	21.4%	(2.7)	(1.37 - 5.33)	18.8%	(1.81)	(0.68 - 4.79)
Tener que cambiarte de curso o escuela	2.5%	(2.95)	(0.99 - 8.78)	0.35%	(.25)	(0.090 - 0.69) *	0	-	-
Asistir a una escuela especial para estudiantes con problemas	0.98%	(.52)	(0.14 - 1.87)	3.1%	(2.6)	(1.04 - 6.38) *	0	-	-
Asistir a una sala de educación especial (salón de recursos)	5.4%	(1.6)	(0.51 - 4.91)	8.8%	(3.9)	(1.32 - 11.31) *	5.6%	(1.5)	(0.19 - 12.09)
Ayuda de educación especial en sala de clases regular	9.6%	(3.3)	(1.37 - 7.96) *	8.6%	(2.9)	(1.27 - 6.63) *	10.4%	(2.8)	(0.63 - 12.53)
Orientación o terapia en la escuela	10%	(2.2)	(1.11 - 4.42) *	11%	(2.6)	(1.11 - 6.07) *	8.4%	(1.6)	(0.62 - 3.90)

Fuente: Instrumentos para la observación

Leyenda: El OR es respecto al grupo que no presenta el trastorno específico

Al analizar los porcentajes de la **Tabla 4**, no se observa OR significativos para trastorno Subumbral de depresión y trastorno Subumbral de ansiedad, pero sí para trastorno Subumbral disruptivo, (OR = 2.3, 95% CI [1.34- 4.0]), en forma similar a lo que ocurre cuando hay trastorno mental disruptivo, es lo que presenta mayor reacción de la escuela (OR = 2.9, 95% CI [1.27- 6.63]).

Tabla 4. Relación de niños y adolescentes escolarizados con trastornos subumbrales y uso de servicios en ambiente escolar.

	Subumbral de ansiedad			Subumbral disruptivo			Subumbral de depresión		
	%	OR	IC 95%	%	OR	IC 95%	%	OR	IC 95%
Uso de servicios de ambiente escolar:	13.4%	(1.3)	(0.91 - 1.90)	16.2%	(2.09)	(1.38 - 3.16)	22.2%	(2.26)	(0.81 - 6.27)
Tener que cambiarte de curso o escuela	0.8%	(.51)	(0.19 - 1.38)	1.9%	(3.2)	(1.01 - 9.89) *	3.4%	(3.4)	(0.72 - 15.89)
Asistir a una escuela especial para estudiantes con problemas	1.7%	(.98)	(0.35 - 2.71)	1.2%	(.64)	(0.21 - 1.89)	0.45%	(.26)	(0.035 - 2.02)
Asistir a una sala de educación especial (salón de recursos)	4.1%	(1.1)	(0.50 - 2.44)	5.1%	(2.1)	(0.95 - 4.83)	3.6%	(.93)	(0.30 - 2.86)
Ayuda de educación especial en sala de clases regular	4.8%	(1.3)	(0.74 - 2.53)	5.4	(2.3)	(1.14 - 4.54) *	4%	(.92)	(0.21 - 4.11)
Orientación o terapia en la escuela	6.3%	(1.2)	(0.75 - 1.93)	8.3	(2.3)	(1.34 - 4.0) *	16%	(3.5)	(0.99 - 12.32)

Fuente: Instrumentos para la observación

Leyenda: El OR es respecto al grupo que no presenta el trastorno específico, * p<0.05

Regresión logística múltiple

En la **Tabla 5** se puede observar que la presencia de trastorno disruptivo o trastorno subumbral aumenta la probabilidad de recibir todos los tipos de intervención, controlando la presencia de otros tipos de trastornos. Por otro lado, se observa que presentar el trastorno Depresivo hace posible que no se adopte la modalidad, Tener que cambiar de curso o de escuela por problemas de aprendizaje o comportamiento y asistir a una escuela especial para estudiantes con problema.

Tabla 5. Modelo de regresión para determinar cuál de los tipos de trastornos mentales y trastornos subumbrales influyen en la atención en la escuela de niños(as) y adolescentes escolarizados

	Odd ratio del conjunto de trastornos hacia la intervención - IC	Odd ratio del conjunto de trastornos hacia Orientación o terapia en la escuela - IC	Odd ratio del conjunto de trastornos hacia Ayuda de educación especial en la sala de clases regular (normal) - IC	Odd ratio del conjunto de trastornos hacia Asistir a una sala de educación especial (salón de recursos) para problemas de - IC	Odd ratio del conjunto de trastornos hacia Asistir a una escuela especial para estudiantes con problemas - IC	Odd ratio del conjunto de trastornos hacia Tener que cambiarse de curso o de escuela por problemas de aprendizaje, comporta - IC
(Intercept)	0.06 (0.04 - 0.09)	0.03 (0.02 - 0.05)	0.02 (0.01 - 0.03)	0.02 (0.01 - 0.04)	0.02 (0.01 - 0.03)	0.01 (0.002 - 0.02)
Subumbral de ansiedad	1.21 (0.80 - 1.83)	1.08 (0.66 - 1.76)	1.21 (0.73 - 2.00)	1 (0.4 - 2.32)	1.12 (0.39 - 3.17)	0.40 (0.13 - 1.2)
Subumbral disruptivo	1.81 (1.19 - 2.74) *	1.94 (1.14 - 3.29) *	1.93 (0.95 - 3.90)	1.93 (0.86 - 4.33)	0.65 (0.20 - 2.10)	3.34 (1.06 - 10.5) *
Subumbral de depresión mayor	1.72 (0.51 - 5.76)	2.62 (0.58 - 11.9)	0.63 (0.12 - 3.19)	0.67 (0.18 - 2.50)	0.26 (0.03 - 2.04)	3.10 (0.63 - 15.2)
Trastorno de ansiedad	1.56 (0.94 - 2.57)	1.68 (0.81 - 3.46)	2.53 (1.19 - 5.39) *	1.19 (0.49 - 2.89)	0.64 (0.19 - 2.24)	3.78 (1.18 - 12.2) *
Trastorno disruptivo	2.34 (1.27 - 4.34) *	2.18 (0.94 - 5.05)	2.31 (1.17 - 4.59) *	3.59 (1.42 - 9.06) *	3.11 (1.10 - 8.75) *	0.15 (0.04 - 0.5) *
Trastorno depresivo mayor	1.07 (0.46 - 2.51)	0.96 (0.36 - 2.56)	1.24 (0.35 - 4.40)	0.88 (0.16 - 4.90)	3.81e-07 (2.09e-07 - 6.92e-07)	1.78e-07 (6.00 - 5.27)

Fuente: Instrumentos para la observación

Leyenda: * p<0.05

Discusión

Los resultados presentados permiten conocer el uso de servicios en el ambiente escolar en las cinco áreas establecidas para el estudio, respecto a niños(as) y adolescentes escolarizados que presentan Trastornos subumbrales de ansiedad, del comportamiento

disruptivo, de depresión mayor, y con trastornos clínicos de ansiedad, comportamiento disruptivo y de depresión mayor, todos en el último año.

El tipo de intervención más común es orientación o terapia en la escuela, tanto al considerar la edad, como al considerar el sexo. Para requerir esta modalidad de atención en la escuela en general, niños(as) y adolescentes escolarizados presentan algún trastorno mental o algún trastorno subumbral. En el grupo de 12 a 18 años, disminuyen los porcentajes en casi todas las modalidades, excepto orientación y terapia en la escuela. De acuerdo con este resultado, se puede señalar, que así como en las primeras etapas predominan especialmente los trastornos funcionales, vinculados al desarrollo vital propio de la edad⁽¹⁴⁾ ; en fases de edad intermedia destacan de forma importante los trastornos de conducta y el TDAH, probablemente vinculado con un menor autocontrol, y una menor aceptación de límites y normas.⁽¹⁵⁾ En el rango de mayor edad predominan los trastornos de ansiedad, ya sea por la mayor exigencia o nivel académico, los diversos cambios físicos, psicológicos y hormonales de la pubertad o por la creciente interacción, relación de intimidad y compromiso entre iguales.⁽¹⁶⁾

En cuanto al género, los porcentajes observados en Tabla 1, son mayores en los hombres en todas las modalidades de atención, lo que coincide con el estudio realizado por Navarro-Pardo, Meléndez, Sales, Sancerni⁽¹⁷⁾ en el que predominan en los niños los TDAH (84%) y trastornos de conducta (74,3%), mientras que en otro estudio realizado por Alarcón y Bárrig⁽¹⁸⁾ también en los varones, predominan los trastornos externalizantes.

Respecto a la frecuencia de uso de servicios (ambiente escolar y servicios de salud mental) por sujetos que presentan un trastorno mental o trastorno subumbral (Tabla 2), se observa que en promedio niños(as) y adolescentes escolarizados que reciben orientación y terapia en la escuela son un 13%. Los niños(as) y adolescentes escolarizados con algún trastorno subumbral un 23% reciben orientación y terapia en la escuela. Destacan, los altos porcentajes de niños (as) y adolescentes escolarizados que están sin atención, con Trastorno mental y trastorno subumbral.

Por consiguiente, deben fortalecerse los sistemas que fomentan las asociaciones entre los recursos comunitarios existentes y las escuelas,⁽⁷⁾ para que niños(as) y adolescentes escolarizados puedan recibir atención oportuna dentro y fuera de la institución educativa; de manera que se tenga en cuenta que los efectos de las dificultades de salud mental son problemáticos para los estudiantes, porque tienen un impacto negativo en el rendimiento académico, el comportamiento, la asistencia y la violencia escolar. ⁽¹⁹⁾

En cuanto a la relación de los trastornos mentales y trastornos subumbrales y el uso de servicios en el ambiente escolar (Tabla 3 y 4), el trastorno clínico y trastorno Subumbral disruptivo presentan una mayor reacción de parte de la institución educativa para ofrecer apoyo en todas las modalidades de servicio. Las cifras de trastornos disruptivos son más altas que en la mayoría de los estudios realizados en otros países.⁽²⁰⁾ Teniendo en cuenta que muchos estudios señalan la escuela como un lugar apropiado e importante para intervenir en salud,⁽²¹⁾ esta de alguna manera, trata de suplir la falta de centros ambulatorios; en Chile solo un 3,7% están dedicados exclusivamente a la atención de niños y adolescentes.⁽²²⁾

En los resultados del modelo del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 5), se observa que la presencia de trastorno clínico disruptivo o trastorno subumbral disruptivo aumenta la probabilidad de recibir todas las modalidades de atención en la escuela, controlando la presencia de otros tipos de trastorno. Según estudio realizado por Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, Kohn,⁽⁵⁾ la mayoría de los niños o adolescentes con un trastorno mental diagnosticado no recibe atención de ningún tipo y en su mayoría recurre a servicios que se encuentran en el contexto escolar. Por lo que, las escuelas se enfrentan a desafíos sobre cómo proporcionar apoyo efectivo de salud mental para los estudiantes, que presentan algún tipo de trastorno.⁽²³⁾ Desde esta perspectiva, para la escuela, aun cuando cuenta con múltiples ventajas, son más las tensiones a la hora de abordar promocional, preventiva y focalizadamente problemáticas sicosociales que afectan a los niños y sus familias.⁽²⁴⁾

Aun cuando existen logros durante los últimos años, todavía existen muchos problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable de niños(as) y adolescentes en América Latina y el Caribe. El perfil de las condiciones de salud de la población infantil y juvenil se entrelaza en el contexto específico de grandes inequidades sociales, económicas, geográficas, étnicas, de género y en el acceso a servicios básicos como salud y educación que todavía prevalecen y caracterizan la Región.⁽²⁵⁾

Si se considera que la prevalencia de los trastornos mentales en jóvenes de América Latina y el Caribe es de 20%, por lo menos 53 millones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes requieren atención en salud mental, en los países de la Región.⁽²⁶⁾ Por lo que, se requiere buscar medidas de atención que puedan llegar a más niños(as) y adolescentes con problemas de salud mental, es así, que se advierte la necesidad de una tarea de coordinación entre el sistema escolar y el sanitario para la evaluación y tratamiento y la

realización de un seguimiento multidisciplinar⁽¹⁷⁾ especialmente, en la población infanto-juvenil, donde se producen falencias de servicios específicos para su atención.⁽⁴⁾

Considerando lo anterior, Belfer y Rohde ⁽²⁷⁾ describen los servicios de salud mental para jóvenes en América Latina como servicios con un enfoque primordialmente psicoanalítico (aunque esta situación está cambiando), con demasiado énfasis en los trastornos graves, pero poco comunes, así como poco acceso a intervenciones basadas en evidencia empírica. No se cuenta con suficientes recursos humanos y servicios de salud mental dirigidos a niños y adolescentes y los que existen, están centralizados en las grandes ciudades.⁽²⁶⁾ Dicho lo anterior, el Estado debe desarrollar servicios especializados para la atención de la salud mental de niños(as) y adolescentes de acuerdo con las características del sistema de salud del país y las necesidades de la infancia, evitando la discriminación social que hoy atraviesa la provisión de este servicio.⁽⁴⁾

Es necesario, implementar servicios de salud mental basados en la escuela que incluyen no solo intervenciones terapéuticas para estudiantes con problemas de salud mental y del comportamiento identificados (por ejemplo, terapia individual, capacitación en habilidades sociales), sino que además estrategias universales de prevención e intervención temprana (por ejemplo, detección universal, apoyos conductuales positivos), lo que sugiere que las escuelas ofrecen un punto de acceso importante para facilitar una conexión con servicios críticos.⁽²⁸⁾

De ahí que, las políticas y planes no deberían restringirse tan solo al sector salud, pues la salud mental infantil requiere la integración de los sectores educativo, social y judicial, además del trabajo con las familias.⁽²⁶⁾ No obstante, las principales barreras para el desarrollo de la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, de acuerdo con información de encuesta regional realizada por la Organización Panamericana de la Salud son: dificultad para trabajar en forma coordinada con otros sectores, infraestructura inadecuada o insuficiente, dificultad para insertar la promoción de la salud en los programas escolares.⁽²⁵⁾

En consecuencia, y debido a la conveniencia de realizar acciones en un entorno donde los alumnos pasan gran parte de su tiempo, las escuelas se han convertido en uno de los escenarios más importantes para las intervenciones en niños(as) y adolescentes⁽³⁰⁾ y desde donde se debiera complementar con servicios adecuados en salud mental.

Las limitaciones tienen que ver con la falta de estudios respecto a los servicios educativos en salud mental, especialmente en América Latina, pues habría sido

relevante contrastar datos para la visualización más completa de lo que está ocurriendo con la población infanto-juvenil escolarizada con problemas de salud mental en el contexto escolar, es un aspecto que debe tomarse en consideración para el análisis de los resultados y la discusión.

Como conclusiones podemos señalar que este estudio resalta la creciente necesidad de reevaluar los servicios de salud mental brindados a niños (as) y adolescentes escolarizados en el ambiente escolar chileno, por cuanto las instituciones educativas requieren ser visualizadas como una entidad que podría satisfacer las necesidades que se advierten de manera urgente en atención, prevención y promoción de problemas mentales en la población infanto-juvenil, si se vincula de forma más directa con los servicios de salud. Considerando que, la escuela ya está de algún modo aportando con la atención en salud mental de niños(as) y adolescentes que asisten a sus aulas.

Agradecimientos

Se agradece al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Concepción por facilitar los datos del “Estudio de Prevalencia Comunitaria de Trastornos Psiquiátricos y Utilización de Servicios de la Población Infanto-Juvenil Chilena”, proyecto del Fondo de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) proyecto No 1070519.

Referencias bibliográficas

1. Padilla-Muñoz A, Gómez-Restrepo C, Ramírez M. Percepción de competencia para orientar estudiantes escolares con discapacidad y problemas emocionales Rev. Fac. Med [Internet]. 2015 [citado 5 Dic 2017];63(1):93-100. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000500012
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49° Consejo Directivo, 61ª Sesión Del Comité Regional; 2009 Sep 28- Oct 2; Washington D.C; EUA [Internet]. 2009 [citado 5 Dic 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/whr/en/>
3. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario; Rev Psiquiatr Urug [Internet]. 2011 [citado 5 Dic

2018];75(2):86-96. Disponible en:

http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf

4. Vial T. (Ed.) Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile. Centro de Derechos Humanos. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile; Chile: Salesianos Impresores; 2014.
5. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2015 [citado 15 Dic 2017];140(4):447-457. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400005
6. Rossen E, Cowan K. Improving mental health in schools. Phi Delta Kappan [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 15];96(4):8-13. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0031721714561438>
7. Bains RM, Diallo AF. Mental Health Services in School-Based Health Centers: Systematic Review. J Sch Nurs [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 15];32(1):8-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26141707>
8. Vicente B, Kohn R, Rioseco S, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. Am J Psychiatry [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 15];163(8):1362-70. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16877648>
9. Canino G, Shrout PE, Alegria M, Rubio-Stipec M, Chávez LM, Ribera JC, et al. Methodological challenges in assessing children's mental health services utilization. Ment Health Serv Res [Internet]. 2002 [cited 2017 Dec 15];4(2):97-107. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090311>
10. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona, España: Masson; 2002.
11. Irarrázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. Acta Bioethica [Internet] 2016 [citado 15 Dic 2017];22(1):37-50. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100005
12. Keil G, Keuck L, Hauswald R. Vagueness in Psychiatry: EUA: Editor Oxford University Press; 2017

13. Lumley T, Scott A. Fitting Regression Models to Survey Data. *Statist. Sci* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 15];32(2):265-278. Available from: <https://projecteuclid.org/euclid.ss/1494489815>
14. Birdal S, Doğangün B. Behavioural problems in children with enuresis. *Turk Pediatri Ars* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 15];51(3):142–147. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047362/>
15. Pires, T, Silva M, Cosme M, Assis S. Ambiente familiar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev.Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 15 Dic 2017];46(4):624-32. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000400006&script=sci_abstract&tlng=es
16. Espín JC, Belloso JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* [Internet]. 2009 [15 Dic 2017];29(2): 329-354. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200004
17. Navarro-Pardo E, Meléndez J, Sales A, Sancerni M. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema* [Internet] 2012 [citado 20 Dic 2017];24(3):377-383. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4026>
18. Alarcón D, Bárrig P. Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Rev. Liber* [Internet]. 2015 [citado 20 Dic 2017];21(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000200008
19. Páramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Rev. Ter Psicol* [Internet]. 2011 [20 Dic 2017]; 29(1),85-95. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
20. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillan R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *rev. med. clin. condes* [Internet]. 2012 [citado 5 Ene 2018];23(5):521-529. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>
21. Graham A, Phelps R, Maddison C, Fitzgerald R. Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching* [Internet]. 2011 [citado 2018 Jan

5];17(4):479–496. Available from:

<http://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/13540602.2011.580525?scroll=top>

22. MinSal. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe. Santiago de Chile, Chile: SlideShare [Internet]. 2014 [citado 5 Dic 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/practicaps/oms-aims-2014-informe-sistema-de-salud-mental-en-chile>
23. Capp G. Our Community, Our Schools: A Case Study of Program Design for School-Based Mental Health Services. Children and Schools [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 17];37(4):241–248. Available from: <https://academic.oup.com/cs/article/37/4/241/487732>
24. Lara M, Piña J, De los Hoyos M, Squicciarini A, Guzmán M. Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. Revista de Psicología [Internet]. 2012 [citado 17 Ene 2018];21(2):55-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26424861003>
25. Ippolito J. Escuelas Promotoras de la Salud Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Biblioteca Sede OPS, Washington, D.C: OPS; 2003
26. Benjet C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar S, Eds.). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud [Internet] 2009 [citado 17 Ene 2018]:234-242. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_disorders_LAC/es/
27. Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. Pan Am J Public Health [Internet]. 2005 [cited 2018 Jan 17];18(4/5):359–365. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/359-365/en>
28. Tegethoff M, Stalujanis E, Belardi A, Meinlschmidt G. School Mental Health Services: Signpost for Out-of-School Service Utilization in Adolescents with Mental Disorders? A Nationally Representative United States Cohort. PLoS ONE [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 17]; 9(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24911241>

29. Martínez C. Hacia la reforma de los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia. En La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. (Rodríguez JJ. ed.). Washington, D.C: OPS; 2007; p. 180 -192

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de interés respecto a este texto.

Macaya Sandoval. Máster en Educación. Licenciada en Educación. Postítulo en Educación Emocional y Bienestar.

Bustos Navarrete. Psicólogo. Máster en Estadística Aplicada.

Torres Pérez. Estadístico.

Vergara–Barra. Psicólogo Clínico Infante Juvenil.

Vicente Parada. Médico Psiquiatra. Doctor en Filosofía. Mención Epidemiología y Psiquiatría Social.