

P

PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Niveles de intervención
en variados contextos

Margarita Loubat Oyarce
Antonio Letelier Soto
(editores)


EDITORIAL
USACH

Colección
FAHU
Facultad de Humanidades

PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Niveles de intervención en variados contextos

Psicología y salud mental. Niveles de intervención en variados contextos

Margarita Loubat Oyarce y Antonio Letelier Soto (editores)

El presente libro, bajo la supervisión del Comité Editorial FAHU, fue sometido a revisión por pares externos (*peer review*) especialistas en el área de investigación.

Editorial Universidad de Santiago de Chile, 2025
Av. Víctor Jara 3453, Estación Central, Santiago de Chile
Tel.: +56 2 2718 0080
www.editorialusach.cl

© Margarita Loubat Oyarce y Antonio Letelier Soto (editores), 2025

ISBN edición digital: 978-956-303-796-8

Director editorial: Galo Ghigliotto G.
Edición: Consuelo Olguín A.
Diagramación: Andrea Meza V.
Diseño de portada: Ana Ramírez P.

Primera edición, julio 2025

La presente obra se encuentra liberada bajo una
Licencia Creative Commons Atribución



Margarita Loubat Oyarce
Antonio Letelier Soto
(editores)

PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Niveles de intervención en variados contextos



Colección
FAHU
Facultad de Humanidades

La Colección FAHU es una iniciativa de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Santiago de Chile, iniciada el año 2021, cuyo propósito es difundir estudios en torno a las Artes, Humanidades y Ciencias Sociales. Todos los trabajos de esta colección han sido evaluados en su pertinencia por el Comité Editorial de la Facultad de Humanidades y sometidos a revisión por pares externos y externas, sugeridos y sugeridas a partir de su trayectoria y relación con los ámbitos y líneas de investigación tratados.

El interés de la Facultad de Humanidades es poner a disposición los libros con acceso abierto, promoviendo la circulación de sus planteamientos y su relación con diversos colectivos y personas interesadas en las temáticas abordadas. Esperamos que esta colección sea un aporte al desarrollo de la investigación en las distintas disciplinas.

Jefe Oficina Editorial
César Zamorano

Comité editorial colección FAHU

Claudia Córdoba	Rolando Álvarez
Jaime Retamal	Juan Pablo Arancibia
Sylvia Contreras	Antoine Faure
Alfonso Dingemans	Pedro Reyes
Lucía Dammert	Verónica Rocamora
Mauricio Olavarría	Ana María Fernández
Marcelo Díaz	Claudia Calquín
José Sebastián Briceño	Dante Castillo
Hernán Neira	Rosa Basaure
Hernán Venegas	Edinson Muñoz
Rafael Chavarría	Sebastián Reyes

Índice

Prólogo	11
Introducción	15
Capítulo I	
Marco histórico-conceptual de la salud mental: reflexiones en torno a una interacción compleja	
Carlos Ramírez Muñoz	21
Capítulo II	
Programas de entrenamiento socioemocional en la escuela: ¿cuánto importa implementarlos con fidelidad?	
Rodrigo Rojas Andrade	37
Capítulo III	
Relaciones entre los paradigmas de gestión y bienestar psicológico	
Juan Andrés Pucheu Moris.....	63
Capítulo IV	
Relación entre la cultura y el estilo de vida con la depresión en Chile	
Wilsa Szabo Lagos.....	81

Capítulo V	
Suicidalidad	
Makarena Moris Ibáñez.....	95
Capítulo VI	
Evaluación y diagnóstico psicológico del deterioro cognitivo leve	
Roberto Gárate Maudier.....	127
Capítulo VII	
Diagnóstico TEA: algunas puntualizaciones sobre las implicancias de su sobrediagnóstico para los malestares infanto-juveniles en el curso de tratamientos psicoterapéuticos	
Andrés Alejandro Albornoz Bustos.....	143
Capítulo VIII	
Manifestaciones psicóticas iniciales: algunas aportaciones	
Margarita Loubat Oyarce	161
Capítulo IX	
Rehabilitación e inclusión social de personas afectadas por un problema de salud mental grave, en el marco de la estigmatización social	
Margarita Loubat Oyarce y Mónica Díaz Leiva	183
Capítulo X	
Un marco ético para la salud mental en Chile	
Antonio Letelier Soto.....	199
Sobre los autores y las autoras.....	213

Prólogo

Este libro es un aporte colectivo de un grupo de investigadores que se reúnen para darle sentido, valor y cohesión a los estudios sobre salud mental, principalmente en Chile, aunque varios de los resultados, conclusiones y aproximaciones, tienen un carácter transnacional. Son académicos y académicas de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile, una casa de estudios y una escuela que hacen suya la imperante necesidad de generar saberes y conocimientos situados, que se hagan cargo de los dilemas contemporáneos, aportando con pertinencia a un debate entre expertos y expertas, pero también para cruzar esas fronteras hacia la sociedad civil, ya sea por intermedio de quienes ejercen la clínica, o a quienes le interesen los ejes sobre los que versa este nuevo libro de la colección FAHU.

Esta colección busca consolidar un sello distintivo, disponiendo nuestras investigaciones hacia la sociedad, promoviendo el acceso democrático al conocimiento y, con ello, aportando al desarrollo de una ciudadanía crítica, empoderada, más tolerante, abierta a la comprensión del otro y de la otra y, con ello, una más amable, empática y democrática.

No quiero repetir la excelente introducción de este libro, que entrega una panorámica muy interesante sobre los 10 capítulos, individuales y colectivos, que lo constituyen y que bien expresan sus editores, Margarita Loubat y Antonio Letelier, al formular que “tiene un esquema y un hilo conductor que considera los niveles de complejidad en salud mental. Se reflexiona desde la disciplina psicológica —sobre el marco conceptual que sostiene el paradigma contemporáneo de la salud mental— y se muestran hallazgos respecto de sublíneas de investigación vinculadas a diversos niveles: prevención en el marco de la educación, bienestar en contextos laborales, depresión, suicidalidad, deterioro cognitivo,

malestares infanto-juveniles en el curso de tratamientos psicoterapéuticos, primeros episodios de trastornos graves, inclusión, rehabilitación y estigmatización social en problemas mentales graves y, por último, una visión global respecto de la perspectiva de derechos en salud mental”.

Como podrán observar, se trata de una gran cantidad de temas que versan sobre la salud mental o su falta y, por ende, también, sobre el bienestar en perspectiva de lo deseable, lo saludable y a lo que debemos aspirar. En tanto historiadora, me parece muy significativo promover que esta visión se sitúa desde un paradigma contemporáneo de la salud mental, y con ello sitúa —con claridad— en esa temporalidad los dilemas que se observan tanto en los procesos de individuación subjetiva, como las relaciones con las condiciones materiales, de género y de clase, cruzando además el campo de las políticas públicas.

No siempre, ni en todo lugar, el bienestar mental o la salud mental, ha significado lo mismo y ha tenido el mismo nivel de preocupación. Seguirle su genealogía histórica, como lo promovió Foucault en su célebre libro sobre la historia de la locura, es un desafío en el que bien podríamos colaborar más de una disciplina. Lo interesante aquí deviene precisamente de la configuración de la subjetividad moderna/contemporánea y más particularmente la que se vincula a modelos neoliberales, donde los sujetos construyen su identidad dentro de marcos materiales de producción de la vida material. Este proceso implica una serie de transformaciones en la producción del yo, tanto individual como intersubjetivo, en el que se fomenta la idea que las y los individuos son los responsables de su propio éxito y bienestar, lo que suele traducirse en una presión para convertirse en “emprendedores de sí mismos”, promoviendo una gestión aislada, competitiva y centrada en el yo, en sus emociones y en su participación en la sociedad; lo que sin duda puede generar altos niveles de ansiedad, que interseccionalizados por la clase y la raza, pueden tener distintos grados de expresión “negativa” en la sociedad.

Por otro lado, el neoliberalismo promueve un enfoque individualista, donde el bienestar personal se considera una responsabilidad propia más que colectiva. Así, estar bien en el mundo es estar desde un yo autorealizado, generando una desvalorización de la comunidad, el desapego, la desvirtuación del valor de los lazos sociales y comunitarios, haciendo primar la autoeficacia más que la cohesión social. De allí las patologías que emergen, cuando esos esfuerzos personales no logran encajar con los

parámetros del éxito, del bienestar y de los logros que se valoran como significativos por las elites hegemónicas de los Estados nación.

Así, los principios del mercado se extienden a todos los aspectos de la vida, incluyendo las relaciones personales y, por ende, en la consideración de la salud mental, mercantilizando el bienestar y su sentido en la polis “reconfigurada”. Ante eso, la constante presión para rendir y tener éxito puede ser parte de los gatillantes para la sensación de deterioro de que nuestra vida interior y social no están a la altura de lo esperable. La culpa, la estigmatización hacia aquellos que se consideran incapaces y patologizados, organizan esa sensación de aumento de problemáticas en salud mental.

En suma, la salud mental no puede entenderse solo como un campo donde actúan los especialistas, es también un espacio de debate sobre cómo hemos ido construyendo nuestra sociedad, el componente político que tienen los procesos de individuación y subjetividad, situados en estos contextos neoliberales. Si la salud mental debe o no ser un derecho, la discusión pública sobre estos signos debe permear la psicología, para dialogar interdisciplinariamente con otros actores y actoras que están estudiando procesos similares desde el género, las emociones y las políticas públicas.

Por todo lo anterior, les invito a leer este libro y que esa lectura aperture nuevas discusiones, nuevos horizontes para enfrentar los desafíos de nuestra sociedad contemporánea, donde estos saberes se resignifiquen de los técnico-especialistas a unos tremendamente pertinentes y contingentes.

Dra. Cristina Moyano
Decana de la Facultad de Humanidades
Universidad de Santiago de Chile

Introducción

En la actualidad existe un alza de malestares psíquicos consecuenciales y reactivos a condiciones sociales de la salud y enfermedad, tales como la pobreza, la inequidad, el género, la discriminación, la inmigración, las convulsiones sociales y las condiciones catastróficas que, entre otros, abren paso a manifestaciones sindromáticas ligadas al estrés, ansiedad, depresión, suicidabilidad y otras variadas formas de angustia. A ese panorama se agrega la prevalencia e incidencia de sufrimientos psíquicos más permanentes o severos, gatillados muchas veces por contextos político-sociales o familiares especialmente complejos, que en condiciones psíquicas particulares pueden converger en fértiles terrenos individuales para cuadros de desestabilización mental que, además de su difícil abordaje, son fuertemente discriminados por la sociedad.

Este aumento sistemático y alarmante de los cuadros de salud mental de las personas en Chile, es un dato epidemiológico que obliga a promover la difusión de reflexiones y saberes sobre el tema, además del diálogo de los profesionales de la salud mental. Conlleva, también, la necesidad de proveer conocimientos y herramientas científicas desde la academia a los profesionales involucrados, a fin de facilitar su labor.

La histórica falta de derechos y de recursos en Chile para hacer frente a situaciones de angustia y desequilibrio psíquico no hacen fácil la tarea del sistema de salud en su conjunto, tanto a nivel preventivo, de tratamiento o de rehabilitación. Los equipos clínicos profesionales vinculados a la salud mental reclaman de manera explícita aportes económicos por parte del Estado, además de insumos científicos de investigadores cuya preocupación sea el estudio de la salud psíquica de los individuos, siendo este último punto el foco de nuestro aporte.

Este libro tiene un esquema y un hilo conductor que considera los niveles de complejidad en salud mental. Se reflexiona —desde la disciplina psicológica— sobre el marco conceptual que sostiene el paradigma contemporáneo de la salud mental y se muestran hallazgos respecto de sublíneas de investigación vinculadas a diversos niveles: prevención en el marco de la educación, y del bienestar en contextos laborales; depresión, suicidabilidad, deterioro cognitivo, malestares infanto-juveniles, primeros episodios de trastornos graves en el curso de tratamientos psicoterapéuticos; rehabilitación, inclusión y estigmatización social, respecto de problemas mentales graves; y por último, una visión global respecto de la perspectiva de derechos en salud mental.

El texto, si bien aporta contenidos profundos y relevantes sobre la salud mental de las personas, constituye solo una panorámica.

En el primer capítulo, el doctor en Psicología Carlos Ramírez desarrolla un marco histórico-conceptual que ha dado forma a la noción de salud mental, considerando las controversias, tensiones y disputas presentes en este campo, a fin de dar cuenta de la vigencia u obsolescencia de las problemáticas que articularon su desarrollo y la necesidad de proponer una comprensión de los heterogéneos saberes que conforman y orientan su práctica. En consideración del acercamiento esbozado, una tarea orientadora, que resulta de primer orden, es la necesaria demarcación de las fronteras de la salud mental, reconociendo su imbricación con las condiciones materiales, contextuales y epocales en las que esta se despliega, lo que torna pertinente una clara y exhaustiva, pero no por eso menos compleja, delimitación del marco conceptual que sostiene el paradigma contemporáneo de la salud mental.

En consecuencia, se concibe a la salud mental como un lugar de encuentro, pero al mismo tiempo un campo de disputa, donde no solo convergen diversas apuestas comprensivas y prácticas derivadas de estas, además ejercen su peso los ideales y temores adosados a la figura de la enfermedad mental que, a modo de imaginario social, tiñe completamente la discusión. Por lo anterior, circunscribir debidamente los aspectos propios y singulares de aquello que quedará bajo el binomio salud mental, permitirá propiciar un diálogo donde los distintos actores puedan aunar fuerzas y, al mismo tiempo, evitar traslapar las temáticas propias de un campo con las de otro, situación recurrente si consideramos las relaciones que la Psicología, la Psiquiatría, Psicopatología, la

Clínica, la Epidemiología, la Economía, la Educación y un largo etc., mantienen con la salud mental.

En el segundo capítulo el doctor en Psicología Rodrigo Rojas Andrade argumenta que en un mundo donde los problemas de salud mental en niños, niñas y jóvenes están en constante aumento, las iniciativas impulsadas desde las comunidades educativas pueden marcar la diferencia. Este capítulo presenta una visión general de las estrategias de intervención universales, focalizadas y especializadas en salud mental en contextos educativos, ofreciendo ejemplos de programas exitosos basados en la educación socioemocional. En esta línea, se presenta una investigación viable de implementar resaltando la importancia de la colaboración intersectorial, la asesoría técnica, el monitoreo y la sensibilidad cultural.

El doctor en Psicología Juan Andrés Pucheu, en el tercer capítulo, reflexiona en torno a la salud mental y sus alteraciones relacionándola con los requerimientos culturales y socioeconómicos, que definen los tipos de desafío y estándares requeridos para su satisfacción. En este capítulo se revisan los diferentes modelos de gestión que coexisten en nuestra sociedad, estableciéndose sus características más relevantes y la forma en que determinan exigencias y facilitan la aparición de disfuncionalidades. Se incluye también una reseña de los niveles en que la salud mental es evaluada en el trabajo para detectar disfunciones ya existentes o guiar su prevención.

La doctora en Psicología Wilsa Szabo, señala en el capítulo cuarto que la depresión es un fenómeno complejo que depende de la interacción entre factores genéticos, psicológicos, ambientales, económicos y culturales a lo largo del desarrollo vital del sujeto. En Chile existe una alta prevalencia de depresión, por lo que factores culturales y el estilo de vida propio del país podrían facilitar su desarrollo. Se describen temáticas que podrían ser de relevancia para la aparición de sintomatología depresiva a nivel nacional.

El capítulo quinto está referido a la suicidalidad. La magíster en Psicología Makarena Moris lleva a cabo un diálogo técnico y comprensivo sobre la conducta suicida, con el propósito de revisar herramientas clínicas que permitan abordar de manera sensible la situación de personas en riesgo. Señala que, desde una perspectiva epidemiológica, en el informe de mortalidad por suicidio en Chile, durante el período 2010-2019, en promedio, 1.800 individuos fallecen anualmente debido a esta causa,

convirtiéndose en una tragedia personal que cobra vidas prematuramente y con un impacto expansivo que afecta a familias, amigos y comunidades, representando además una preocupante carga y causa de mortalidad a nivel nacional y global.

Los cambios en la esperanza de vida y el envejecimiento promedio de la población, ha hecho necesario aumentar el conocimiento de aquellas condiciones que afectan especialmente a los adultos mayores; así como el desarrollo de procedimientos de evaluación, diagnóstico y manejo (remediativo o paliativo). En el capítulo sexto, el magíster en Psicología Roberto Gárate señala que muchas de estas condiciones se insertan en los procesos de desarrollo tardío como manifestaciones atípicas potencialmente mórbidas. En el contexto del estudio de las funciones cognitivas superiores, es posible apreciar un aumento de la prevalencia e incidencia de alteraciones, especialmente de tipo neurodegenerativo, tanto a nivel menor (deterioro cognitivo leve) como mayor (demencias). Lo limitado de las opciones remediativas actuales, por ejemplo, a nivel farmacológico o de rehabilitación cognitiva, hace aún más significativa la evaluación y el diagnóstico temprano de estas condiciones, donde, precisamente una intervención precoz muestra mejores posibilidades de manejo y proyección clínica.

En el capítulo séptimo el magíster en Psicología Andrés Alejandro Albornoz relata que el diagnóstico TEA (Trastorno del Espectro Autista) en niños y adolescentes ha ido en aumento en nuestro país de manera exponencial, apareciendo cada vez más frecuentemente en las consultas de salud mental y en las diversas realidades de instituciones escolares, situación que ha llevado a la necesidad de crear una ley en la política pública. Referido a tal diagnóstico, se argumenta que corresponde supuestamente a una condición de diversidad en el neurodesarrollo y que cuanto antes se inicie el tratamiento, mejor es su pronóstico para el manejo de tal condición. A las implicancias subjetivantes para niños y padres, se agrega que muchas veces se confunde tal diagnóstico en niños que presentan otros sufrimientos subjetivos caracterizados por la presencia de rasgos obsesivos con una tendencia a la introversión, que no pocas veces sufren de importantes estresores ambientales con sus concomitantes traumas no elaborados, que rápidamente son identificados a tal supuesta neurodiversidad, aumentando con ello su sobrediagnóstico. El texto problematiza sobre la racionalidad episteme-somática que cimenta tal

diagnóstico y sus implicancias subjetivantes para los niños y sus familias en el curso de tales intervenciones; en una época actual donde el desplazamiento de responsabilidad de las funciones de sostén y de cuidados, como el vacío y liquidez identitaria, racionalidades propias de la época, han sido cooptadas por lógicas del mercado para la venta de paquetes de tratamientos, test patentados y acreditaciones para profesionales, etc., sumando lo anterior a la tan pormenorizada salud mental en el Chile de hoy.

La doctora en Psicología Margarita Loubat en el capítulo octavo hace referencia a que los programas investigativos respecto de las fases iniciales de las enfermedades mentales se están asentando en un paradigma marcado por conceptos como pródromos de la enfermedad y primeros episodios psicóticos, lo que se vincula a la detección precoz y al tratamiento temprano. Se problematiza respecto de la detección precoz y se muestra investigación aplicada con el paciente y su familia en etapa inicial de la patología.

El capítulo noveno está referido a la inclusión social del sujeto afectado por un problema de salud mental grave, en el marco de la estigmatización social. Margarita Loubat y la doctora en Terapia Ocupacional Mónica Díaz, muestran resultados investigativos respecto de rehabilitación y estigmatización social y se reflexiona respecto del fenómeno estigmatizador, considerando sus consecuencias negativas para el tratamiento, subjetividad e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales graves.

Por último, el doctor en Psicología Antonio Letelier, señala que el abordaje clínico de la salud mental, tanto a nivel preventivo como del tratamiento específico de sus patologías están reguladas, en Chile, por un marco legal cuya articulación sitúa su centro en la consideración de la esencial integridad de la persona humana y su condición de sujeto de derechos. El enfoque de derechos implica un giro que va desde el principio de beneficencia hacia una progresiva consideración de la autonomía del sujeto en las decisiones que involucran su salud. El capítulo se centra en una revisión de las normas éticas y jurídicas que articulan la noción de salud y enfermedad mental en Chile y los límites que establece tanto para su tratamiento como para la investigación científica.

La confección de este texto se estimó relevante y necesaria para el ejercicio docente pues vincula conocimientos y reflexión crítica por parte

de académicos, con el quehacer de profesionales de la salud mental, en el marco de un trabajo intra e interinstitucional donde se consideran los diversos niveles de complejidad en la aproximación a la salud mental de las personas.

Se estima, para finalizar, que este ejercicio se traduce en un aporte para la política de colaboración entre una universidad pública con otros sectores del Estado, en este caso con el de la salud.

Margarita Loubat Oyarce y Antonio Letelier Soto (editores)

Capítulo I

Marco histórico-conceptual de la salud mental: reflexiones en torno a una interacción compleja

Carlos Ramírez Muñoz

Consideraciones previas

Un concepto transversal al desarrollo de las disciplinas abocadas al abordaje del sufrimiento psíquico es el término salud mental. En su incuestionable inmanencia al interior de los relatos clínicos, epidemiológicos, hospitalarios, políticos, económicos y así un largo etcétera, lo encontramos como una expresión articulada en torno a una imagen compuesta por dos figuras: el profesional de la salud mental y el enfermo mental.

El primero —el especialista sanitario—, estaría habilitado para utilizar este concepto como recurso explicativo y legitimador de su accionar, ejerciendo una especie de jurisprudencia sobre la naturaleza y la incidencia del sufrimiento en la vida del segundo, el enfermo mental (Illouz, 2010; Makarí, 2012). Desde esta lógica, es sostenible suponer que cada profesional en su praxis dispondrá de una definición de lo que entiende por salud mental que se ajuste a sus propias necesidades. No obstante, dicha situación no es inocua, pues la definición tomada actuará marcando los parámetros de salud o enfermedad desde los cuales se comprenderá al enfermo, pero, igualmente, el mismo profesional quedará sujeto a las condiciones que la naturaleza de dicha definición imponga sobre él.

Así, la suposición de saber asentada sobre el especialista, opera situándolo en el lugar privilegiado de ser el conocedor de aquello que sería la salud mental, condición que proyecta sobre esta figura una particular posición, cuyas incidencias lo sitúan en un lugar de poder, tanto al interior del dispositivo de salud como fuera de este (Agamben, 2011). Ante la ausencia de una clara delimitación de las fronteras, este concepto es inaccesible para el lego, no obstante, el especialista ejercerá absoluta hegemonía, emergiendo la figura del profesional de la salud mental como

el puntal al que remite todo criterio de probidad y rigor, obligando al paciente, y de forma indirecta a la sociedad, a depositar la confianza en su experticia.

Con lo anterior, no se pretende insinuar que el o la profesional opera de forma mecánica e irreflexiva, en efecto, el recorrido histórico-conceptual que ha dado forma a la noción de salud mental, considerando las controversias, tensiones y disputas, da cuenta de la vigencia de las problemáticas que articularon su desarrollo y de la necesidad de proponer una comprensión que testimonie los heterogéneos saberes que conforman y orientan su práctica (Macaya, Pihan y Parada, 2018). En consideración de esto último, una tarea de primer orden —que guiará este capítulo—, es la necesaria demarcación de las fronteras de la salud mental, reconociendo su imbricación con las condiciones materiales, contextuales y epocales en las que esta se despliega, lo que torna pertinente una clara y exhaustiva delimitación del marco conceptual que sostiene el paradigma contemporáneo de la salud mental.

Si concebimos la salud mental como un lugar de encuentro, y a su vez de disputa, debemos suponer que en ella no solo convergen apuestas comprensivas y prácticas, igualmente conviven y en ocasiones colisionan ideales y temores gestados en torno al par enfermedad/salud que, a modo de imaginario social, tiñen completamente la discusión (Castro, 2013; Macaya, Pihan y Parada, 2018) Por lo anterior, es necesario circunscribir y diferenciar los aspectos propios y singulares de las distintas formas en que se ha pensado este campo, propiciando una conversación donde los actores implicados en su gestión pueden aunar fuerzas y, al mismo tiempo evitar traslapar las temáticas propias con las de otros, situación recurrente si consideramos las relaciones que la Psicología, la Psiquiatría y la Psicopatología, por nombrar algunos, mantienen con la salud mental. Para evitar dicho tropiezo es pertinente adentrarnos en la problemática de las definiciones y sus derroteros histórico-conceptuales.

Antes de avanzar en este recorrido es necesario establecer que los referentes considerados se sitúan al lado occidental de la historia, pues los antecedentes desde los cuales comprenderemos el actual escenario de la salud mental nos remite mayormente al desarrollo de la salud acontecido en el hemisferio occidental, no obstante, no se puede dejar de señalar que las fronteras de influencia siempre han sido permeables y en constante movimiento (Berríos y Olivares, 1995), situación que no solo ocurre con

las tradiciones orientales de la salud, sino que también acontece con los modelos de salud ya presentes en los pueblos originarios.

Un breve recorrido histórico-conceptual

La primera estación en la que nos detendremos a buscar los referentes de lo que hoy entendemos por salud mental es en la cultura de la antigua Grecia, puntualmente en la etimología de la palabra *higiene*, que por ese entonces gozaba de una connotación más amplia a la que hoy le atribuimos. Los griegos reconocían a *Hygea* como la diosa del arte de estar sano, entendiendo esto como moderación en el vivir o el orden natural de las cosas. En este sentido, en un primer momento, en el campo semántico del término *higiene* circulan expresiones que nos acercan a las ideas modernas de armonía y equilibrio (Ivanovic-Zuvic, 2004; Macaya, Pihan y Parada, 2018). Por su parte, de forma complementaria, *Panacea*, hija de Asclepio y de Epione, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos. Además, el mito también le atribuía la posesión de un cataplasma o poción con la que curaba a los enfermos. Este antecedente añade a las connotaciones propias de *higiene* la idea de curación, es decir, la posibilidad de restablecer en su salud a la persona gracias a un recurso externo: el medicamento. Ambas nociones forman parte del *Corpus Hippocraticum* de Hipócrates (Salaberry, 2012; Macaya, Pihan y Parada, 2018).

Luego, en el Imperio romano, la impronta espiritual pasó a un segundo plano, orientando la comprensión de la salud a una visión más atendida a los hechos. No obstante, conservaron preceptos higiénicos heredados de los griegos y egipcios (López, 2004). La medicina romana exalta el trabajo como fuente de salud (Plutarco, citado en Macaya, Pihan y Parada, 2018) propiciando una concepción más amplia de esta, en la cual ya figura la noción de mente, consagrada en el proverbio *mens sana in corpore sano* (Sátira X, 356, citada en López-Pulido, 2021) —mente sana en cuerpo sano—. En esta saga Galeno, tal vez el más renombrado de los médicos romanos, dirige su atención a los “prerrequisitos”, lo que hoy llamamos condicionantes de la salud como la “libertad de pasión e independencia económica”. La consideración por estos aspectos fue tal que les otorgó mayor incidencia que la misma constitución física, pues

esta no es posible si no hay condiciones previas que la permitan. Con estos antecedentes, es sostenible reconocer en la concepción romana un mayor miramiento por la incidencia del contexto en las posibilidades de salud o enfermedad.

Posteriormente, en la Edad Media, se realiza el espíritu como preocupación central de la salud y el cuerpo es vinculado al pecado, por lo que las enfermedades son comprendidas como castigo por la inevitable debilidad espiritual de los seres humanos. La impronta de las cartas paulinas —los escritos del Nuevo Testamento atribuidos a Pablo— permiten comprender cómo la enfermedad y el pecado quedarán firmemente imbricados en la concepción teológica de la salud medieval. Para Pablo, la naturaleza misma del ser humano es pecaminosa y la virtud solo puede alcanzarse por la gracia de Dios que, mediante el Espíritu Santo, lo protege de su propia predisposición impía que lo conduce a la muerte: “...porque la paga del pecado es muerte, pero el don de Dios es vida eterna en Cristo Jesús nuestro Señor” (Reina Valera, 1969; Romanos, 6:23). Esto no solo tuvo implicancias teológicas, pues la enseñanza paulina, al situar en el centro de las preocupaciones del cristianismo el miramiento no solo por las acciones si no por la predisposición pecaminosa (la concupiscencia) de sus fieles, allanó el terreno para el desarrollo de un relato articulado en torno a la exaltación del espíritu. Como veremos más adelante, este giro fue capital en la emergencia de los discursos y prácticas orientadas a velar y disciplinar la intimidad afectiva y de pensamiento de los sujetos (Illouz, 2010).

Aun así, en el siglo XII, posterior a las cruzadas durante la Baja Edad Media, la medicina europea recibió la influencia de los antiguos tratados médicos y de higiene de los árabes (Arrizabalaga, 1993). De estos últimos, cabe destacar como una importante contribución la introducción de la figura del hospital, vinculando la academia a servicios de atención de pacientes como contribución al aprendizaje de la medicina desde la práctica clínica (Macaya, Pihan y Parada, 2018), giro que afianzó la relación existente entre la experiencia de sufrimiento del enfermo con el anhelo comprensivo y elaborativo del médico, articulación gravitante en el desarrollo de la clínica moderna. No obstante, dicha transformación deberá esperar un par de siglos todavía.

Con la reforma protestante, habitualmente fechada alrededor de 1517 con la publicación de las tesis de Lutero, la hegemonía del poder

temporal de la iglesia comienza a mermar y con ello su dominio sobre las prácticas médicas. Un ejemplo útil para comprender este proceso lo podemos ver en la consolidación de la anatomía contemporánea, puntualmente en la obra de Andreas Vesalius (1514-1564), considerado el padre del desarrollo moderno de esta disciplina. Sin entrar en lo específico de este campo, cabe señalar algunos antecedentes de este autor que reflejan las transformaciones que marcarán la apertura hacia un nuevo paradigma comprensivo en salud: el paradigma moderno.

Vesalius, a diferencia de muchos de sus congéneres, apuesta decididamente por la riqueza de la experiencia directa, esto implicó superar cualquier atisbo de dogma religioso respecto al cuerpo humano y, si bien no fue el primero en hacerlo, sus exploraciones lo llevaron a un punto de inflexión de mayor envergadura: romper con la herencia de la medicina grecorromana, en específico con Galeno (Romero, 2007). La sistematización de sus disecciones, lo llevó a reconocer significativas imprecisiones en los textos del médico clásico, descubriendo que las investigaciones de Galeno estaban basadas en la disección de animales, y no de seres humanos, pues la disección humana había estado prohibida en la antigua Roma. En consecuencia, Vesalius abandonó la herencia del gran médico grecorromano en la enseñanza de la anatomía (Romero, 2007).

Preeminencia de la experiencia directa, reconocimiento del papel central del conocimiento emanado del abordaje del caso en su singularidad por sobre el saber especulativo, teórico heredado de los textos de los grandes maestros, fueron algunos de los “nuevos hábitos” que figuras como Vesalius introdujeron a la práctica médica. Sin embargo, el recorrido hacia lo que actualmente se concibe como salud mental está en este punto lejos de arribar a la forma de lo que conocemos actualmente.

Con el declive de la hegemonía de la iglesia como única matriz explicativa de la condición humana, las compresiones respecto del sufrimiento y la enfermedad articuladas en torno a la figura del pecado fueron cediendo su espacio a aproximaciones cada vez más escépticas respecto de las posibilidades explicativas de la religión, orientando su fe hacia un nuevo campo: la ciencia. En este escenario, los saberes emanados del pensamiento científico cimentaron su edificio en los pilares del razonamiento lógico y la experiencia contrastable, es decir, el método científico. La medicina y la concepción moderna sobre la salud mental siguieron estos referentes.

Ahora bien, en el contexto de las transformaciones de la modernidad, la atención y práctica de quienes irán conformando el campo de la salud mental se desplazó en diferentes formas y de maneras significativas. Por una parte, el protagonismo del poder religioso, si bien se mantuvo en cuanto a la tarea hospitalaria —aspecto que aún es factible de apreciar en algunas instituciones y que ha ido a la par con la secularización de la sociedad—, vio desplazada su hegemonía en el campo de los modelos explicativos de la enfermedad mental. De esta forma, las comprensiones articuladas en torno a la noción de pecado comenzaron a convivir con apuestas terapéuticas fundamentadas en tratamientos orientados a restablecer a la persona mediante cuidados dirigidos al cuerpo. Con este giro se esboza la dirección de otra importante transformación en el abordaje del sufrimiento psíquico: el problema de las causas.

Si bien durante todo el Medievo se practicaron terapias corporales o que otorgasen cierto protagonismo a la corporalidad, cabe puntualizar que la mayoría estaba destinada a salvaguardar la probidad del espíritu, por lo tanto, el cuerpo ocupaba un lugar de mediación entre la acción terapéutica y la espiritualidad del sujeto. No obstante, con la entrada en escena de los ideales humanistas, los métodos curativos dirigieron sus esfuerzos a promover la salud en un campo de acción diferente. Ya no se trataba de una problemática articulada alrededor de los conflictos del ser humano con la divinidad sino, ante todo, de las relaciones de los sujetos consigo mismo y con sus semejantes.

Un ejemplo palpable de estos cambios lo encontramos en la contraposición de dos figuras que anteceden al desarrollo moderno de la psiquiatría: uno es Johann Joseph Gassner y el otro es Franz Anton Mesmer (Ellenberger, 1976). El primero fue un reconocido exorcista, residente de la pequeña ciudad alemana de Ellwangen, cuya fama se extendió por Alemania, Austria, Suiza e incluso Francia, recibiendo considerable notoriedad al exorcizar a los enfermos en presencia de autoridades eclesásticas, representantes de la medicina oficial, escépticos, creyentes y todo aquel que quisiera (Ellenberger, 1976). Y aunque las motivaciones de su práctica nunca entraron en cuestionamiento, reconociendo la dedicación y altruismo con que asumía la tarea, la ausencia de un modelo explicativo que fuese más allá de las fronteras de la religión y confiriese coherencia y racionalidad a su terapéutica fue una falta que no logró superar. A fin de cuentas, su propuesta llegó en un momento tardío. Los ideales de la

ilustración demandaban una comprensión y una práctica a la que se ajustó de mejor forma los planteamientos de Mesmer.

El caso de Mesmer (Ocaña, Tlatoa y Bermeo, 2014) es particularmente útil para describir la racionalidad que guió el desarrollo de la medicina en la Modernidad. Recogiendo los estudios de Paracelso abocados al magnetismo, Mesmer desarrolló un método de tratamiento aplicable a un vastísimo repertorio de dolencias, obteniendo —de acuerdo con algunos registros (Ocaña, Tlatoa y Bermeo, 2014)— satisfactorios resultados y en otras ocasiones cuestionables logros. De todos modos, su fama se extendió rápidamente en su Austria natal, para luego trasladarse a París y finalmente terminar sus días en Alemania. Aunque en la actualidad no hay acuerdo sobre la efectividad de su magnetismo, el punto a considerar acá es cómo a diferencia de Gassner los trabajos de Mesmer permanecen, hasta hoy, como antecedentes reconocidos por la comunidad médica.

El punto de inflexión entre los desarrollos de uno y otro recae en la capacidad de adecuación de sus prácticas a las matrices de sentido de su época. En este sentido, la trascendencia de Mesmer para la medicina contemporánea no responde a lo acertado de su terapéutica, si no en lograr articular una práctica destinada a abordar el sufrimiento bajo las directrices de un conocimiento fundado en el saber científico. Al igual que Vesalius, el papel de la experiencia directa marcó el norte de su trayectoria. Con todo, la disputa por instalar un modelo explicativo y un ejercicio terapéutico derivado de este resultó particularmente intensa en el devenir de la salud mental.

Desde antes del siglo XIX y a lo largo de este, la delimitación del campo de la salud mental devino en un bastión disputado por los más heterogéneos actores y con los más diversos intereses. Respecto de este punto, si bien es sostenible asumir que la preocupación por el bienestar de las personas ha sido un foco permanente, también se han gestado importantes contiendas en torno a la finalidad de la salud buscada. La pregunta por los parámetros desde los cuales es posible considerar a un sujeto como mentalmente saludable no agota esta problemática, a esta se suma el cuestionamiento por lo buscado en dicha salud, la relación o vinculación entre salud individual y colectiva, los usos y eventuales vicios que cierta definición de salud mental puede promover en determinado contexto social y un complejo y extenso etcétera.

En consideración con lo anterior, y para no extraviar el recorrido, recapitularé las ideas predominantes en los distintos momentos históricos, teniendo presente lo parcial y esquemático de la revisión. Así, en la antigua Grecia las nociones de salud y enfermedad se articulan en torno a un conjunto de preceptos que exaltan el valor de la armonía y el equilibrio, concibiendo al ser humano en una relación de continuidad con su realidad circundante. Si bien no se trata de una cosmovisión animista como la de los pueblos originarios no europeos, emerge una visión de la salud —en términos generales y no específicamente mental—, que podría considerarse ecológica en cuanto permanentemente entiende la salud como resultante de la relación del sujeto con los elementos de su entorno.

Por su parte, la cultura romana, a pesar de heredar muchos de los referentes griegos, incorpora en su concepción nuevas coordenadas valóricas al momento de configurar una matriz comprensiva de lo que entenderá como el campo de las relaciones que dan forma al binomio salud/enfermedad. En el discurso y las prácticas, los romanos resaltan el valor del trabajo en una particular articulación donde el sometimiento del cuerpo a la disciplina y el ejercicio no solo se destina al fortalecimiento de las condiciones físicas, además, se busca elevar “la fortaleza del espíritu” bajo la premisa de que la salud mental no puede sostenerse en un cuerpo débil. Desde esta perspectiva, la cultura romana consolida una clara división entre mente y cuerpo, no obstante, remarca la importancia material de la corporalidad como condición para la salud mental. De hecho, amplía esta perspectiva otorgando a las condiciones materiales de la persona un papel relevante en sus posibilidades de salud.

Durante la Alta Edad Media, la centralidad otorgada a la noción judeocristiana de espíritu fue correlativa al papel dado a la concepción de pecado elevado al estatuto de causa de la enfermedad mental. Este giro, además de reforzar la connotación moral de la enfermedad mental al ligar a la trasgresión de los mandatos de Dios anudando la salud a la búsqueda de una vida piadosa, dirigió la mirada de quienes se preocupaban por el sufrimiento psíquico al mundo interno de los pacientes/pecadores y con ello la anormalidad. Lo desviado se proyectó sobre un nuevo espacio de la condición humana más allá de los actos mismos, pues, en la concepción religiosa la enfermedad no recae solamente en los hechos pues ya está presente en la intención del sujeto, en la concupiscencia del alma.

En el devenir de la Baja Edad Media, y de forma más nítida durante el Renacimiento, la hegemonía de la cosmovisión judeocristiana fue cediendo paso al desarrollo de otras perspectivas. Los trabajos de estudiosos del mundo árabe recibieron acogida en Occidente, pero esta no fue la única influencia que se proyectó sobre el campo de la salud mental. La reforma y contrarreforma, la entrada en contacto del pensamiento europeo con las culturas americanas, el tránsito desde la economía feudal a las tempranas formas de capitalismo, y con ello el surgimiento de la burguesía, propiciaron una comprensión del malestar psíquico menos atenta a la condición trascendente del ser humano y más afín a su condición terrenal.

Con este giro, el horizonte comprensivo de la enfermedad mental no solo se alejó de la impronta religiosa, además situó al sujeto en el cruce de todas las causas posibles. En este sentido, aunque el humanismo promovió una lectura de la condición humana vinculando al orden natural, también generó una apreciación de este como punto de realización y portador de las mayores virtudes de la existencia. La capacidad racional y trabajadora del ser humano civilizado le otorgó la potencialidad de constituirse en artífice de su propio devenir. En este contexto, la sombra de la enfermedad mental se desplazará sobre todo lo que atente contra dichos valores.

Todo lo anterior permitiría comprender cómo el desarrollo moderno de la salud mental sería resultado de distintas fuentes que dieron origen a un conjunto heterogéneo de teorías y prácticas que, desde una aproximación panorámica, y en cierta medida superficial, se presenta como la consolidación de un conocimiento que, bajo el alero del pensamiento científico logró despojarse de las limitaciones y los sesgos propios de los momentos históricos que antecedieron a la Modernidad. No obstante, esta ilusión de progreso no se sostiene al reconocer en las problemáticas actuales la convivencia de nuevas conflictivas con aprehensiones tan antiguas como la historia misma de la salud mental, pero los métodos de abordaje han cambiado significativamente, siendo el científico el que logró hegemonizar esta nueva etapa de desarrollo.

Como resultado de lo anterior, se reconocen dos aspectos articuladores del devenir moderno de la salud mental. Por una parte, la férrea convicción en el método científico como forma apropiada de comprender y abordar las problemáticas del sufrimiento psíquico y, por otra, la

convergencia de las más variadas aproximaciones cuyas coordenadas y lógica interna a momentos resultan incompatibles con otras, pero, al mismo tiempo, comparten un mismo espacio en cuanto cada una de ellas se parapeta bajo los principios del rigor científico. De esta forma, se traza un escenario complejo en el que distintos actores promueven heterogéneas formas de responder a lo que cada uno concibe como enfermedad en búsqueda de aquello que se entiende como salud. Precisamente a ese panorama trataremos de aproximarnos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Paradigmas de la salud mental en los distintos momentos históricos

Matriz histórica	Conceptos emergentes	Conceptos predominantes
Griega	Predominio de visión ecológica.	Armonía y equilibrio. Terapia y cura.
Romana	Primacía de la concepción mente.	Exaltación del trabajo. Reconocimiento de los prerequisites.
Alta Edad Media (Occidente)	Noción judeocristiana de espíritu.	Enfermedad y pecado.
Baja Edad Media (Occidente) y Reforma	Centralidad del ser humano.	Ser terrenal, racional y trabajador.
Modernidad	Conocimiento científico.	Disputa por el campo de la salud mental.

Reflexiones en torno a una interacción compleja: el escenario actual

Llegados a este punto, contamos con los antecedentes suficientes para considerar a la salud mental como algo más complejo que la mera ausencia de enfermedad. Por el contrario, debemos comprenderla como el resultado de la compleja interacción de factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales, entre otros, cuya convergencia origina condiciones que actúan favoreciendo u obstaculizando el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades del sujeto, entendiendo al ser humano en su dimensión individual y social. En consecuencia, la salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante, intersectorial (Macaya, Pihan y Parada, 2018).

Lo anterior implica considerar que tanto la promoción como la terapéutica requieren de abordajes que se orienten a acciones conjuntas, pues las problemáticas tratadas son resultado de la interacción de diferentes actores vinculados al bienestar social de la población. En consecuencia, los dispositivos de salud mental son una parte de los agentes comprometidos con ella, pues esta depende de la sociedad en su conjunto, lo que exige repensar los modelos que insisten en el carácter individual del sufrimiento psíquico, ya sean las aproximaciones más biologicistas que remiten el asunto al campo de la neuroquímica del cerebro, o los modelos psicológicos que insisten en pensar la constitución psíquica como un proceso que ocurre en una suerte de solipsismo mental.

Otra consecuencia de la compleja interacción de la que surge la salud mental es el hecho de que esta como condición estándar no existe, pues como proceso dinámico es relativa a cada persona y, a su vez, depende del momento del ciclo vital en que se encuentre (Jaramillo y Restrepo, 2011). Además, no solo se vincula al momento de desarrollo, sino que comprende todos los planos del ser humano que están en constante interacción, pues es imposible separar lo que es producto del pensamiento, de las creencias y los sentimientos, del entorno socio/histórico del sujeto. En este sentido, la salud mental tiene la particular cualidad de ser, a todas luces, la expresión singular e irreplicable de una persona en un momento determinado, pero al mismo tiempo, está en permanente relación con las determinantes materiales, culturales e históricas que anudan a esa persona con su comunidad.

La adecuada comprensión de lo señalado requiere aclarar la relación entre sujeto y sociedad, puesto que la imbricación de ambos no se debe entender como una unidad donde la plena adecuación a las demandas de un determinado orden cultural sea garante de salud mental. El solo hecho de actuar acorde a las coordenadas normativas no es un indicador infalible del estado mental de los miembros de un grupo. A su vez, nada nos asegura que la influencia del orden sociocultural sobre el ser humano propicie condiciones de salud. Como ya lo indicaron los romanos, no es posible suponer que un sujeto, ante el significativo peso de las condicionantes patológicas de una comunidad, logre conservar su integridad psicológica.

Lo señalado previamente conlleva una necesaria relectura respecto de la articulación entre salud y enfermedad, términos históricamente abordados de forma unívoca, pero como lo puntualiza acertadamente Galende (1997; 2008) pensar el concepto de salud mental como sinónimo de enfermedad mental, sitúa el sufrimiento en el escenario individual de la existencia de las personas. No obstante, el objeto de la salud no es la enfermedad, sino “algo” que se constituye en torno a un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional (1997; 2008), pues el sufrimiento del ser humano acontece en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales, por lo tanto, el objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo al individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que se establecen entre estos actores y que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad.

Otro argumento, contrario a cualquier tentativa de definición estática y homogeneizadora guarda relación con la experiencia del sufrimiento. Aunque se trate de una aproximación reduccionista, que equipare el sufrimiento psíquico al dolor físico —distinción desarrollada por Le Breton (2012; 2017)—, caracterizado y categorizado como síntoma, este no puede ser desligado de su carácter subjetivo (Almirón, 2008), cuya vivencia necesariamente variará de acuerdo con aquel que lo siente y, por lo tanto, su formalización está insoslayablemente anudada a las limitaciones del lenguaje. Por lo mismo, toda formalización del sufrimiento es indirecta y parcial. Y a pesar de eso, los estudios en este campo trazan un continuo que va desde el mayor grado de deterioro a un estado de plenitud o bienestar psicológico (Almirón, 2008) trabajando con el binomio

salud/enfermedad, aunque siempre se trate de una abstracción de dichas experiencias.

Finalmente, no es posible concluir esta reflexión sin señalar cuán lejana resulta de las tempranas definiciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió a fines de la década del 40. La apuesta en ese entonces era una concepción de salud articulada en torno a conceptos objetivos y subjetivos como “un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente por la ausencia de enfermedad o incapacidad” (OMS, 1948). Y aunque dicha definición permaneció un tiempo considerable en el relato de la medicina y otras disciplinas de la salud, la verdad es que nunca gozó de pleno reconocimiento. Tempranamente, y como resultado de los desarrollos teóricos y prácticos de las disciplinas psiques, las concepciones de salud y de enfermedad dieron cuenta de la imposibilidad de consenso, tanto en los enfoques teóricos como en los criterios de diagnóstico, situación que hoy no escandaliza a nadie, en la medida que reconocemos que la salud mental es tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social (Almirón, 2008).

Conclusiones

Teniendo en cuenta este escenario, resulta sostenible pensar la salud mental como una configuración rizomática (Deleuze y Guattari, 2004), cuya construcción teórica no tiene una definición directa, estática ni menos fronteras claramente delimitadas, en cuanto es resultante de la interacción de actores heterogéneos, en un campo plural e interdisciplinario que recibe contribuciones de diferentes disciplinas (Almirón, 2008), las que, a su vez, presentan diversas orientaciones, con concepciones idiosincrásicas y abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar. Por lo mismo, es esperable que las acciones e investigaciones en salud mental no obedezcan a definiciones universales, sino a concepciones construidas a partir de los diferentes enfoques, muchas veces en disputa, desde los cuales se piensa la relación salud/enfermedad.

La propuesta previa puede resultar desalentadora si lo esperado es un esquema ordenador capaz de delimitar y “podar” las complejidades que

le son propias al campo de la salud mental. En efecto, muchas iniciativas y políticas orientadas a imponer una visión hegemónica y unificadora de esta han chocado, no solo con la resistencia de los profesionales sino, mayormente, con la de los pacientes/usuarios que se han visto sometidos a escuchas y miradas reduccionistas de su sufrimiento psíquico.

No obstante, y a fin de terminar con una mirada alentadora, es pertinente señalar que la diversidad no implica necesariamente la ausencia de acuerdos en cuanto a criterios mínimos y unificadores de aquello de lo que no puede prescindir la salud mental. Un significativo testimonio de lo anterior fue la Declaración de Alma Ata (1978) redactada durante la realización de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en lo que hoy es Kazajistán (en ese entonces integrante de la URSS), la cual declaró piso base de la salud mental los siguientes puntos:

- Sin salud mental no hay salud.
- La salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental.
- La salud mental está determinada por factores socioeconómicos y ambientales.
- La salud mental está vinculada a la conducta.
- Las intervenciones efectivas en salud pública pueden mejorar la salud mental.
- La acción colectiva depende, por igual, de los valores compartidos y de la calidad de la evidencia científica.
- Un ambiente que proteja y respete los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos, es fundamental para la promoción de la salud mental.
- Los vínculos intersectoriales son la clave para la promoción de la salud mental.
- La salud mental es asunto de todos (OMS, 2004).

Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
- Almirón, L. (2008). Construcción rizomática del concepto de salud mental. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(4), 56-65.
- Arrizabalaga, J. (1993). Locura y enfermedades mentales en el mundo medieval. *Institución Milá y Fontanals de Investigación en Humanidades*, 31-43.
- Berrios, G., & Olivares, J. (1995). Psicopatología descriptiva: Aspectos cualitativos y cuantitativos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 13(2).
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto: Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, (11), 73-114. <https://doi.org/10.18046/recs.i11.1525>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2004). Rizoma (Introducción). En *Mil mesetas*. Pre-Textos.
- Ellenberger, H. F. (1976). *El descubrimiento del inconsciente: Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Gredos.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Lugar Editorial.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna*. Katz Editores.
- Ivanovic-Zuvcic, F. (2004). Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(3), 163-175. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272004000300005>
- Jaramillo, J., & Restrepo, D. (2015). Normalidad y salud mental: Análisis de una relación multivalente. *Revista CES Psicología*, 8(1), 37-46.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria: Adolescencia y sufrimiento*. LOM Ediciones.
- Le Breton, D. (2017). *El cuerpo herido: Identidades estalladas contemporáneas*. Topia.
- López-Pulido, A. (2021). El envejecimiento activo en la antigua Roma: ¿Mens sana in corpore sano? *Cultura de los Cuidados*, 25(59). <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.09>
- López, S. (2004). Una aproximación a la demencia en la Roma y el Oriente Antiguo. *Praesentia. Revista Venezolana de Estudios Clásicos*. <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/praesentia/article/view/3728>

- Macaya, X., Pihan, R., & Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo disciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232.
- Makari, G. (2012). *Revolución en mente: La creación del psicoanálisis*. Sexto Piso.
- Ocaña, H., Tlatoa, H., & Bermeo, J. (2014). El fluido magnético de Mesmer. *Medicina e Investigación*, 3(1), 57-60.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Constitución de la OMS*. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*.
- Sociedad Bíblica. (1969). *Santa Biblia: Versión Reina-Valera*. Broadman & Holman.
- Romero, R. (2007). Andreas Vesalius (1514-1564): Fundador de la anatomía humana moderna. *International Journal of Morphology*, 25(4), 847-850.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2012.291.2369>

Capítulo II

Programas de entrenamiento socioemocional en la escuela: ¿cuánto importa implementarlos con fidelidad?

Rodrigo Rojas Andrade

El aprendizaje socioemocional (SEL, por sus siglas en inglés) ha surgido como un componente clave en la promoción de habilidades para el desarrollo integral de niños y niñas, permitiéndoles adquirir competencias como la autoconciencia, la regulación emocional, la construcción de relaciones positivas y la toma de decisiones responsables (Greenberg et al., 2017). Estas competencias son fundamentales no solo para el bienestar personal y social, sino también para mejorar el rendimiento académico y fomentar ambientes escolares más inclusivos y seguros.

En los últimos años, la implementación de programas de entrenamiento socioemocional en las escuelas ha cobrado gran relevancia, especialmente en comunidades vulnerables. En estos contextos, los programas de SEL no solo buscan mejorar el bienestar de los estudiantes, sino también promover la equidad educativa. La evidencia demuestra que los estudiantes que participan en estos programas ya sean universales o focalizados, mejoran en habilidades socioemocionales y desempeño académico, además de reducir el riesgo de involucrarse en conductas problemáticas, como el consumo de drogas o en la delincuencia (Durlak et al., 2011; Kellam et al., 2014).

Sin embargo, la efectividad de estos programas depende en gran medida de cómo se implementan en las escuelas. Investigaciones recientes subrayan que, para que un programa de SEL tenga éxito, deben cumplirse tres condiciones clave: que esté basado en evidencia científica, que la escuela esté preparada para adoptarlo y que la implementación sea de alta calidad (Fixsen et al., 2019). En particular, la fidelidad de la implementación (FI) —el grado en que la intervención se ejecuta conforme a su planificación original— desempeña un rol crucial en la relación entre el diseño del programa y los resultados obtenidos. Las intervenciones

aplicadas con alta FI pueden incrementar significativamente su impacto, llegando a duplicar o triplicar el tamaño del efecto en los resultados esperados (Gresham, 2009).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la implementación de un programa focalizado de entrenamiento socioemocional, tomando como caso el componente preventivo del programa Habilidades para la Vida (HPV), implementado en escuelas chilenas. Este programa ha sido reconocido internacionalmente por su impacto en la promoción de competencias socioemocionales en estudiantes de contextos vulnerables (Murphy et al., 2017). La investigación busca modelar las relaciones entre la FI, los soportes organizacionales y los logros socioemocionales, utilizando un análisis de ecuaciones estructurales (PLS-SEM). A partir de la evidencia existente, se espera que los hallazgos contribuyan a una mejor comprensión de los factores que influyen en la implementación exitosa de programas socioemocionales en contextos escolares latinoamericanos, ofreciendo así información relevante para la toma de decisiones políticas y educativas.

El aprendizaje socioemocional en la educación

El SEL permite a los niños y niñas desarrollar las competencias necesarias para ser conscientes de sí mismos y de su entorno, regular sus emociones, establecer relaciones interpersonales positivas y tomar decisiones responsables (Greenberg et al., 2017). Estas habilidades no solo son fundamentales para el bienestar personal y social, sino que también mejoran el rendimiento académico y contribuyen al desarrollo integral de los estudiantes. Además, el SEL fomenta entornos de aprendizaje inclusivos, equitativos y seguros, facilitando la convivencia escolar y reduciendo el riesgo de comportamientos disruptivos.

En la práctica, el SEL se traduce en tres grandes áreas de innovación educativa: (1) las prácticas docentes instruccionales, en las cuales los educadores integran habilidades socioemocionales dentro de su metodología de enseñanza diaria; (2) la integración de contenidos de SEL en áreas curriculares tradicionales, como matemáticas o lenguaje, que permite a los estudiantes aplicar estas competencias en diversos contextos; y (3) el entrenamiento explícito de habilidades socioemocionales,

que se centra en el desarrollo estructurado de estas competencias a través de programas organizados en sesiones de duración variable. Este último tipo de intervención, uno de los más comunes, sigue los principios del enfoque SAFE: actividades secuenciales, activas, focalizadas y explícitas (Durlak et al., 2011).

Tipos de programas de entrenamiento en habilidades socioemocionales

Los programas de entrenamiento de habilidades socioemocionales se pueden clasificar en dos tipos principales: universales y focalizados. Los primeros están dirigidos a toda la población estudiantil, independientemente de sus necesidades emocionales o conductuales, mientras que los segundos se diseñan específicamente para aquellos estudiantes que presentan mayores necesidades de apoyo en estas áreas.

La evidencia científica ha demostrado consistentemente que ambos tipos de programas son efectivos en la promoción de las habilidades socioemocionales y académicas del estudiantado. Quienes participan en estos programas no solo mejoran en competencias socioemocionales, sino que también reducen la probabilidad de desarrollar comportamientos de riesgo, como el consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo y comportamientos delictivos (Kellam et al., 2014).

Aunque ambos enfoques son beneficiosos, se ha demostrado que los programas focalizados tienden a ser más efectivos, ya que pueden ajustarse de manera más precisa a las necesidades y características individuales de los estudiantes, proporcionando un entrenamiento personalizado que maximiza los beneficios para los participantes (Werner-Seidler et al., 2017). Esta personalización es particularmente relevante en comunidades escolares situadas en contextos de alta vulnerabilidad, donde las experiencias adversas en los primeros años de vida pueden tener un impacto negativo significativo en el desarrollo emocional y académico de los estudiantes (Evans y Kim, 2013).

El papel del aprendizaje socioemocional en contextos de vulnerabilidad

Las comunidades escolares en contextos de pobreza y alta complejidad enfrentan desafíos adicionales, tanto en términos de la falta de estimulación cognitiva temprana como en las necesidades socioemocionales generadas por experiencias de adversidad. Los niños y las niñas que crecen en estos entornos suelen estar expuestos a múltiples factores de estrés, como la inseguridad económica, la violencia doméstica o la segregación escolar. Estas condiciones afectan su rendimiento académico y sus trayectorias de desarrollo a largo plazo, exacerbando las desigualdades educativas existentes (De la Barra et al., 2019).

En este contexto, los programas de entrenamiento socioemocional pueden desempeñar un papel crucial en la promoción de la resiliencia infantil y la reducción de las brechas educativas. Un objetivo clave de estos programas es fortalecer la capacidad de los niños y las niñas para enfrentar la adversidad y superar los desafíos emocionales. Al centrarse en el desarrollo de habilidades socioemocionales, estos programas reparan las relaciones interpersonales dentro de las comunidades escolares, promoviendo una mayor cohesión entre estudiantes, docentes y familias. Así, SEL se convierte en una herramienta estratégica para promover la igualdad educativa, al ofrecer a todos los estudiantes, independientemente de su contexto socioeconómico, la oportunidad de desarrollar competencias clave para su éxito académico y personal (Greenberg et al., 2017).

Implementación de programas de entrenamiento de habilidades socioemocionales

Para que los programas de entrenamiento socioemocional sean efectivos, su implementación en las escuelas requiere que se cumplan tres condiciones fundamentales: la selección de un programa basado en evidencia científica, un contexto escolar preparado y una implementación de alta calidad (Fixsen et al., 2019). Es crucial que las escuelas opten por intervenciones respaldadas por evidencia sólida, ya que la adopción de programas mal diseñados o sin rigurosidad puede resultar en un fracaso ético y práctico, además de una inversión ineficaz de recursos.

Afortunadamente, existen programas con respaldo científico que han sido integrados exitosamente en las prácticas escolares diarias. Un ejemplo notable es el programa Habilidades para la Vida (HPV) implementado en Chile, el cual se basa en principios de aprendizaje socioemocional preventivo y ha sido reconocido internacionalmente por su impacto, sostenibilidad y cobertura (Murphy et al., 2017).

Para que una escuela pueda adoptar con éxito un programa, debe estar preparada, es decir, la comunidad escolar debe ser consciente de las necesidades emocionales de sus estudiantes, reconocer los recursos disponibles y legitimar la estrategia de intervención propuesta (Feigenberg et al., 2010). Este “clima de implementación” es esencial para que el programa sea parte integral del currículo y la planificación escolar (Sarno et al., 2013).

La importancia de la fidelidad de implementación (FI)

La selección de un programa efectivo y la preparación del contexto escolar son esenciales, pero no suficientes. La calidad de la implementación, medida a través de la FI, es crucial para garantizar el éxito de una intervención SEL. La FI se refiere al grado en que una intervención se lleva a cabo conforme a su planificación original (Gresham, 2009). Esta variable modera la relación entre el diseño del programa y sus resultados, y estudios han mostrado que una implementación con alta FI puede duplicar o triplicar el impacto de un programa en comparación con una implementación deficiente.

La FI puede evaluarse a través de varios indicadores. En el caso de los profesionales, es importante medir su adherencia a los componentes del programa y su competencia en la ejecución de las actividades (Perepletchikova, 2011). En cuanto a los estudiantes, su receptividad y asistencia son indicadores clave para el éxito de la intervención (Low et al., 2016). A pesar del consenso sobre la importancia de la FI, todavía no hay acuerdo sobre el peso relativo de sus dimensiones. Algunos estudios sugieren que la receptividad de los estudiantes puede ser incluso más importante que la adherencia técnica de los profesionales en la predicción de los resultados del programa (Humphrey et al., 2017).

Propósito de la investigación

A pesar de los avances teóricos sobre la implementación de programas socioemocionales, en especial en países desarrollados, aún son escasos los estudios empíricos que exploran estas relaciones en contextos latinoamericanos. En este sentido, la teoría sobre fidelidad de implementación y sus soportes está bien desarrollada, pero su aplicación en América Latina es limitada.

El propósito de esta investigación es analizar las asociaciones entre la FI, los soportes organizacionales y los resultados socioemocionales en el contexto del programa Habilidades para la Vida (HPV), implementado en escuelas chilenas de alta vulnerabilidad. Este programa ha sido reconocido a nivel internacional como uno de los ocho grandes programas de salud mental escolar en el mundo (Murphy et al., 2017).

Las hipótesis planteadas en este estudio fueron las siguientes:

- H1: La FI del profesional tiene un efecto positivo en los resultados del entrenamiento socioemocional.
- H2: La FI del profesional tiene un efecto positivo en la FI de los estudiantes.
- H3: La FI de los estudiantes tiene un efecto positivo en los resultados del entrenamiento socioemocional.
- H4: Los soportes de competencias tienen efectos positivos sobre la FI del profesional.
- H5: Los soportes de apoyo escolar tienen efectos positivos sobre la FI de los estudiantes.
- H6: Los soportes de coordinación tienen efectos positivos sobre los soportes de apoyo escolar y de calidad del profesional.

Este estudio busca avanzar en la comprensión de cómo los programas socioemocionales pueden implementarse de manera más efectiva en contextos vulnerables de América Latina. La correcta implementación de programas SEL con alta FI puede generar cambios significativos en la educación, contribuyendo a la equidad y al bienestar socioemocional de los estudiantes. Implementar un programa sin la debida calidad es tan dañino como aplicar programas sin respaldo científico, subrayando

la necesidad de garantizar una implementación rigurosa en contextos escolares vulnerables.

Metodología

Este estudio empleó un diseño no experimental con enfoque analítico-predictivo, ideal para analizar el fenómeno de la implementación en su contexto natural sin la manipulación de variables. Este tipo de diseño es adecuado para modelar relaciones teóricas complejas entre variables, lo que permite evaluar cómo diferentes factores influyen en los resultados de la implementación (Ato et al., 2013).

La investigación incluyó a 110 profesionales pertenecientes a 67 proyectos locales del programa Habilidades para la Vida (HPV), lo que representa el 37,43% del total de proyectos ejecutados en Chile. La mayoría de los y las participantes (82,7%) se identificaron como mujeres, con un promedio de edad de 31,68 años (DE=5,38). Respecto a la formación académica, el 59,1% de los y las participantes eran psicólogos, el 20,9% trabajadores sociales, el 5,5% educadores, y el resto tenía formación en otras disciplinas relacionadas con la educación o las ciencias sociales. Además, el 9,1% poseía un posgrado. Los y las profesionales reportaron una experiencia laboral promedio de 5,59 años (DE=4,63) y 2,70 años (DE=2,40) trabajando específicamente en el programa HPV.

El programa HPV es una intervención multinivel diseñada para mejorar la salud mental escolar. A nivel promocional, el programa trabaja con docentes y familias para fortalecer ambientes de aprendizaje nutritivos. A nivel preventivo, entrena habilidades socioemocionales en estudiantes con dificultades de adaptación escolar, y a nivel de tratamiento, deriva a los estudiantes con necesidades a redes asistenciales de salud mental (JUNAEB, 2015).

Este estudio se centró en el nivel preventivo focalizado (ver Tabla 1), donde se aplican talleres grupales de habilidades socioemocionales a estudiantes de segundo grado, que comprenden 10 sesiones semanales de 120 minutos. Además, se incluyen tres sesiones para padres y madres y dos para docentes. El taller utiliza un enfoque cognitivo-conductual en dinámicas grupales lúdicas y participativas (Vargas y Peña, 2016). Investigaciones previas han demostrado la efectividad de este enfoque para

mejorar la atención, la motivación escolar y la regulación emocional a partir de la octava sesión (Guzmán et al., 2015; Leiva et al., 2015).

Tabla 1. Fases del entrenamiento socioemocional focalizado del programa HPV

Fase	Competencia socioemocional	Habilidades entrenadas
1. Reconocimiento e integración grupal	Conciencia social. Empatizar con otros y entender normas sociales	Toma de perspectiva, empatía, aprecio por la diversidad, respeto por los otros e identidad grupal
2. Identidad y autonomía	Conciencia de uno mismo. Reconocer emociones, valores, fortalezas y límites propios, identificando su influencia en los comportamientos.	Autoestima positiva, autonomía, reconocimiento de fortalezas, autoeficacia e identidad.
3. Emociones	Regulación emocional. Autorregular las emociones, pensamientos y conductas en diferentes situaciones.	Identificación y expresión de emociones, control de impulsos, manejo del estrés y automotivación.
4. Resolución de conflictos	Habilidades sociales. Comunicarse claramente, cooperar con otros, negociar conflictos y buscar y ofrecer ayuda si es necesario.	Resolución no violenta de conflictos, construcción de relaciones positivas y conductas prosociales.
5. Cierre	Toma de decisiones responsables. Tomar decisiones constructivas sobre el comportamiento personal y las interacciones sociales y evaluar las consecuencias de las acciones.	Identificación y resolución de problemas, proyección de metas personales, integración de experiencias constructivas

Fuente: elaboración propia adaptado de Vargas y Peña (2016).

Para la evaluación de la fidelidad de la implementación y los resultados socioemocionales, se utilizaron diversas medidas. La escala de fidelidad profesional (EFP) mide la adherencia y la experticia de los profesionales en la aplicación de las actividades del programa. Este instrumento cuenta con 12 ítems que evalúan aspectos clave de la implementación, como la anticipación de consecuencias y el uso de actividades

activas. Las propiedades psicométricas de la EFP han sido validadas previamente, mostrando un buen ajuste estructural (CFI=860; TLI=853; RMSEA=0,072) y una consistencia interna satisfactoria ($\alpha=.836$) (Rojas Andrade, 2018).

La escala de fidelidad del estudiante (EFE) evalúa la receptividad de los estudiantes a partir de la percepción de los facilitadores. Consta de 8 ítems que miden el compromiso cognitivo y afectivo de los estudiantes durante las actividades. Este instrumento se basa en una adaptación de la escala de satisfacción usuaria desarrollada por el programa HPV, que cuenta con indicadores psicométricos adecuados (Junaeb, 2018).

Asimismo, se aplicó una encuesta de determinantes de implementación (EDI), diseñada a partir de estudios cualitativos previos sobre el programa (George et al., 2012). Esta encuesta mide situaciones que afectan la implementación del programa, como la supervisión técnica, la coordinación dentro de la escuela y la cultura organizacional de salud mental. Las situaciones se evaluaron en una escala Likert de 5 puntos (1=nunca; 5=siempre), y se clasificaron en tres dimensiones: soportes de competencias, apoyo escolar y coordinación.

Finalmente, se desarrolló un test retrospectivo de logros socioemocionales (RLS), en el cual los profesionales evaluaron el progreso de los estudiantes en siete habilidades socioemocionales clave, como la autorregulación y la autoestima, comparando su estado actual con el nivel que presentaban antes del inicio de la intervención. Este método retrospectivo utiliza una escala de 5 puntos (1=empeoramiento significativo; 5=mejoramiento significativo).

Los datos se recopilaron mediante la plataforma en línea Survey Monkey, con la autorización institucional de la Dirección Nacional del programa. Se envió un correo a las coordinaciones regionales, quienes lo remitieron a los equipos locales, invitando a los profesionales a participar mediante un consentimiento virtual informado.

Se realizó un análisis de potencia *a priori* utilizando el programa GPower para determinar el tamaño de muestra óptimo. Basado en un tamaño de efecto moderado (.15), un poder estadístico de .8 y una significancia de .01, se determinó que una muestra mínima de 82 participantes sería suficiente. La muestra final superó este umbral.

El análisis de los datos se realizó mediante el modelamiento de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM)

utilizando el software SmartPLS 3 (Ringle et al., 2015). Este método fue adecuado para estimar modelos complejos de predicción sin los supuestos estrictos de normalidad en los datos. El modelo se evaluó en dos etapas: primero, la evaluación del modelo de medida, y luego, la evaluación del modelo estructural, garantizando que las relaciones entre los constructos fueran válidas y confiables. Se utilizó un procedimiento de *bootstrapping* con 500 submuestras para probar la significancia estadística.

Hallazgos

Los resultados obtenidos a partir del análisis descriptivo y el modelo estructural proporcionan una visión integral sobre la implementación del programa y su impacto en las competencias socioemocionales del estudiantado. En primer lugar, los procedimientos utilizados por los y las profesionales durante los talleres grupales mostraron una tendencia hacia el uso de la evaluación del cumplimiento de compromisos y normas, así como el reforzamiento de logros y áreas por mejorar ($\bar{x} = 4.200$; DE = 0.876). En contraste, el uso de dinámicas de observación fue significativamente menor ($\bar{x} = 2.709$; DE = 1.397), lo cual podría indicar una preferencia por técnicas más directivas y estructuradas, probablemente debido a la percepción de mayor competencia en este tipo de actividades.

Respecto a la receptividad del grupo estudiantil, los facilitadores destacaron el alto nivel de participación y disfrute en los talleres ($\bar{x} = 4.564$; DE = 0.534), aunque la atención a las actividades fue un aspecto menos observado ($\bar{x} = 4.027$; DE = 0.566). Esto sugiere que, aunque el estudiantado muestra un alto nivel de motivación para participar, mantener su atención constante durante las actividades podría ser un desafío que requiere ajustes en las dinámicas y enfoques pedagógicos empleados.

En cuanto a los determinantes de implementación, el apoyo de los directores y de las directoras fue el factor que más facilitó la ejecución de los talleres ($\bar{x} = 4.082$; DE = 0.940), destacando el rol clave del liderazgo escolar en la implementación efectiva de programas socioemocionales. Sin embargo, la coordinación con otros programas externos fue percibida como la mayor barrera ($\bar{x} = 2.845$; DE = 1.235), lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer las colaboraciones interinstitucionales para asegurar un entorno de implementación más coherente y eficaz.

El análisis de los resultados socioemocionales observados en los y las estudiantes tras la participación en los talleres indicó que el aumento de la autoestima fue el cambio más significativo ($\bar{x} = 4.370$; $DE = 0.590$), mientras que la toma de decisiones responsables y autónomas fue el aspecto con menor avance ($\bar{x} = 3.750$; $DE = 0.598$). Estos resultados apuntan a la eficacia del programa en el fortalecimiento de su autoestima, pero también sugieren la necesidad de un enfoque más profundo en el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones autónomas.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los ítems incluidos en los instrumentos utilizados

Escala	Ítem	Definición	Media	DE
EFP	AD1	Mencionar las habilidades a trabajar en la próxima sesión.	3.291	1.259
	AD2	Realizar una síntesis integradora de las habilidades aprendidas en la sesión.	4.118	0.885
	AD3	Evaluar el cumplimiento de compromisos y normas reforzando aspectos logrados y por mejorar.	4.200	0.876
	AD4	Utilizar dinámicas que enfatizan el movimiento y la activación corporal.	3.809	0.873
	AD5	Utilizar dinámicas de expresión dramática (por ejemplo, sociodrama, juegos de roles o simulaciones).	2.736	1.055
	AD6	Utilizar dinámicas de autoobservación (e.g., lista de chequeo, FODA, entre otros).	2.709	1.397
	EX1	Mencionar las habilidades a trabajar en la próxima sesión.	3.345	0.933
	EX2	Realizar una síntesis integradora de las habilidades aprendidas en la sesión.	3.700	0.819

Escala	Ítem	Definición	Media	DE
	EX3	Evaluar el cumplimiento de compromisos y normas reforzando aspectos logrados y por mejorar.	3.782	0.817
	EX4	Utilizar dinámicas que enfatizen el movimiento y la activación corporal.	3.636	0.674
	EX5	Utilizar dinámicas de expresión dramática (e.g., sociodrama, juegos de roles o simulaciones).	3.209	0.868
	EX6	Utilizar dinámicas de autoobservación (e.g., lista de chequeo, FODA, entre otros).	2.973	1.153
EFE	RC1	Disfrutaban de participar en el taller.	4.518	0.554
	RC2	Les gustaba participar del taller.	4.564	0.534
	RC3	Estaban contentos y contentas con las actividades que se realizaban en el taller.	4.364	0.602
	RC4	Estaban entretenidos y entretenidas mientras realizaban las actividades del taller.	4.300	0.583
	RC5	Participaban activamente de las actividades del taller.	4.291	0.611
	RC6	Estaban comprometidos y comprometidas con las actividades del taller.	4.091	0.551
	RC7	Prestaban atención a las actividades que estaban realizando.	4.027	0.566
	RC8	Completaban las actividades o tareas que se les daba en el taller.	4.127	0.592
EDI	SC1	El sistema de evaluación y retroalimentación continua del programa.	3.709	1.061
	SC2	Los manuales y orientaciones técnicas que entrega la organización.	3.745	1.035
	SC3	La capacitación recibida por parte de la organización.	3.064	1.214

Escala	Ítem	Definición	Media	DE
	SC4	La supervisión técnica por parte de la organización.	3.164	1.310
	CO1	La coordinación con otros programas dentro de la escuela.	3.164	1.208
	CO2	La coordinación con otros programas fuera de la escuela.	2.845	1.235
	CO3	La planificación conjunta con el profesorado y/o directores y directoras respecto al taller preventivo.	3.445	1.208
	CO4	El currículo y la planificación anual de la escuela.	3.291	1.120
	SE1	La cultura de salud mental en la escuela.	3.236	1.083
	SE2	Compatibilidad del taller preventivo con las características de la escuela.	3.773	0.820
	SE3	El apoyo del profesorado.	3.773	0.905
	SE4	El apoyo de los directores y las directoras.	4.082	0.940
RLS	RE1	Habilidades interpersonales.	4.278	0.561
	RE2	Respeto de normas y límites.	4.102	0.510
	RE3	Toma de decisiones responsable y autónoma.	3.750	0.598
	RE4	Autorregulación (e.g. control de impulsos, tolerancia a la frustración).	3.972	0.571
	RE5	Autoestima.	4.370	0.590
	RE6	Autocuidado.	4.093	0.620
	RE7	Bienestar subjetivo y felicidad.	4.139	0.690

Nota: EFP= Escala de fidelidad del profesional; EFE= Escala de fidelidad del estudiante; EDI= Encuesta de determinantes de la implementación; RLS= Test retrospectivo de logros socioemocionales; AD= Ítems de adherencia; Ex= Ítems de experticia; RC= Ítems de receptividad; SC= Ítems de soportes de competencia; CO= Ítems de coordinación; SE= Ítems de soportes escolares

El modelo de medida permitió evaluar las relaciones entre los constructos teóricos propuestos y los ítems que los representan (ver Tabla 3). Las cargas factoriales de los ítems fueron, en su mayoría, superiores al umbral aceptable de .5, lo que sugiere una buena correspondencia entre los ítems y los constructos latentes. Sin embargo, dos ítems específicos (AD4 y RE2) presentaron valores ligeramente inferiores a dicho umbral ($\lambda = .475$ y $\lambda = .459$, respectivamente). Pese a ello, estos ítems se mantuvieron en el modelo debido a su relevancia conceptual, lo que permitió preservar la coherencia teórica de los factores.

Los índices de fiabilidad compuesta superaron el valor recomendado de .8 en todos los casos, lo que indica que los constructos tienen una consistencia interna satisfactoria. El constructo de fidelidad del estudiante (FE) mostró un puntaje ligeramente elevado (.901), lo que podría indicar cierta redundancia en los ítems. Sin embargo, este valor no excede el umbral crítico de .95, por lo que no se considera problemático en términos de sobrestimación (Hair et al., 2019). En cuanto a la validez convergente, cuatro de los seis constructos evaluados explicaron más del 50% de la varianza de los ítems que los componen, lo que asegura su capacidad explicativa. No obstante, los constructos de fidelidad profesional (FP) y receptividad (RE) mostraron valores de varianza explicada más bajos (.394 y .430, respectivamente). Este resultado podría estar relacionado con la naturaleza multifacética de dichos constructos, dado que la fidelidad profesional incluye tanto la adherencia como la experticia en la aplicación del programa, mientras que la receptividad abarca distintos aspectos de los resultados socioemocionales. Ambos constructos podrían representar dimensiones diferenciadas que requieren una mayor exploración teórica y empírica (Humphrey et al., 2011).

Respecto a la validez divergente, los análisis de HTMT revelaron que todos los constructos son empíricamente distintos entre sí. Los índices más cercanos, aunque dentro de lo esperado teóricamente, se dieron entre los constructos relacionados con los determinantes de implementación, como los soportes escolares y de coordinación. Este resultado es coherente con la literatura que postula que una adecuada coordinación influye indirectamente en la mejora de los soportes educativos y en el desarrollo profesional continuo (Fixsen et al., 2009).

Tabla 3. Indicador heterotrait-monotrait, número de ítems, fidelidad compuesta, varianza promedio extraída y estadísticos descriptivos

Variables	2	3	4	5	6	Ítems	FC	AVE	Mediab	DE
1 FP	.494	.413	.264	.447	.532	12	.886**	.394**	3.459	.609
2 FE		.215	.331	.315	.515	8	.901**	.535**	4.285	.418
3 SC			.544	.659	.217	4	.878**	.643**	3.420	.930
4 SE				.769	.310	4	.894**	.679**	3.716	.772
5 CO					.415	4	.865**	.615**	3.186	.938
6 RE						7	.837**	.430**	4.101	.388

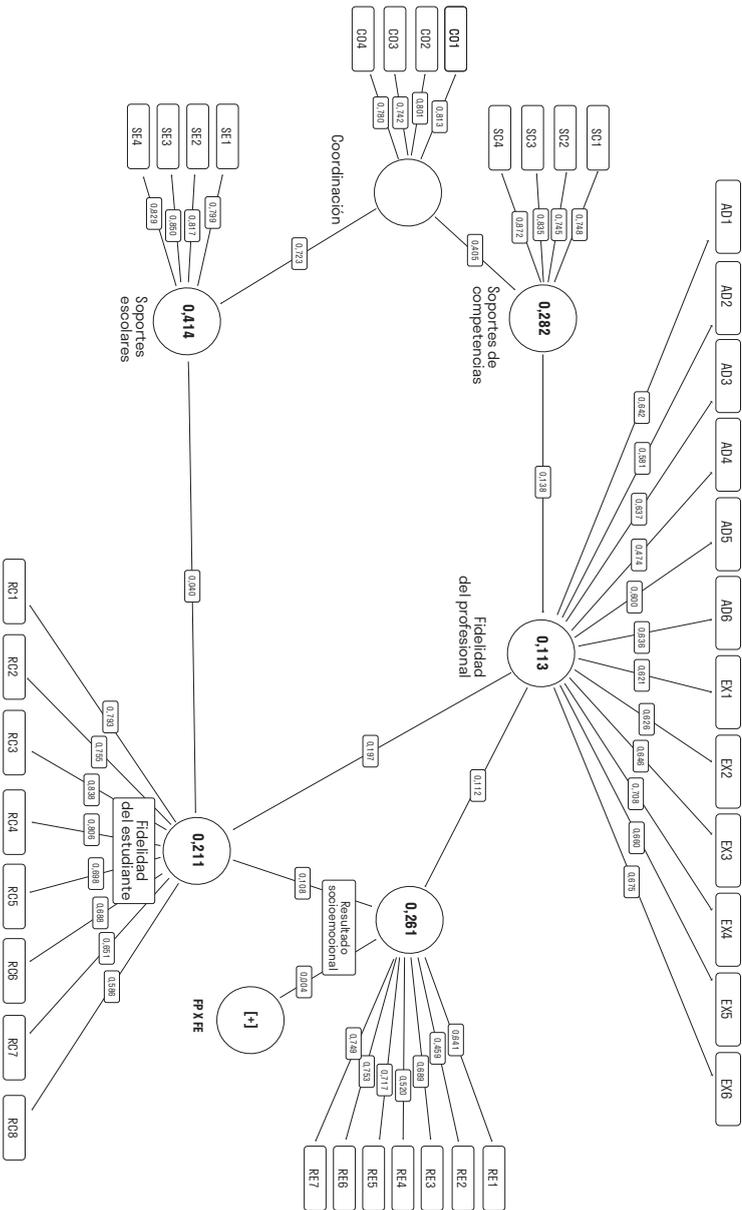
Notas: FP= Fidelidad del profesional; FE=Fidelidad del estudiante; SC=Soportes de competencias; SE=Soportes escolares; CO=Coordinación; RE=Resultados socioemocionales; FC= Fidelidad compuesta; AVE= Varianza promedio extraída; **p=0,001. aNúmero de ítems; bmedia está expresada en una escala de 5 puntos.

El análisis del modelo estructural, basado en el marco teórico de Fixsen et al. (2019), confirmó las relaciones planteadas entre las variables. El examen de colinealidad no presentó problemas, con valores VIF por debajo de 3 en todas las relaciones. Los coeficientes de determinación (R^2) mostraron que la receptividad de los estudiantes (RE) fue explicada en un 26,1% por la fidelidad profesional (FP) y la fidelidad del estudiante (FE), lo que representa un efecto moderado (Hair et al., 2019). En el caso de los soportes de competencias (SC), el 11,3% de la varianza fue explicada por la fidelidad profesional, lo que podría indicar que las actividades de desarrollo profesional no están cubriendo adecuadamente los componentes esenciales del programa.

Asimismo, la fidelidad del estudiante fue explicada en un 21,1% por la fidelidad profesional y los soportes educativos, mientras que los soportes escolares (SE) y de competencias fueron explicados por la coordinación en un 28,2% y 41,4%, respectivamente. Estos resultados subrayan la importancia de una buena coordinación para incrementar los apoyos escolares e influir positivamente en la implementación del programa.

Los coeficientes path entre las variables mostraron las direcciones esperadas y una significación estadística adecuada, confirmando las hipótesis planteadas en el modelo teórico. El tamaño del efecto (f^2) también reveló que la coordinación tiene un impacto considerable en los soportes escolares y de competencias, con efectos de 72,3% y 40,5%, respectivamente.

Figura 1. Tamaño del efecto (F^2) de las relaciones entre los soportes de implementación, la fidelidad y los resultados, varianza explicada de los constructos y cargas factoriales



Conclusiones

El estudio sobre la implementación del programa Habilidades para la Vida (HPV) en escuelas chilenas vulnerables ha proporcionado evidencia sobre los factores que influyen en la efectividad de los programas de aprendizaje socioemocional (SEL). Uno de los hallazgos más importantes fue que la fidelidad de implementación (FI) del profesional tiene un efecto positivo en los resultados del entrenamiento socioemocional, confirmando la hipótesis H1. Aquellos profesionales que implementaron el programa siguiendo fielmente los lineamientos establecidos lograron que los y las estudiantes experimentaran mejoras significativas en áreas como la autoestima y la autorregulación (Gresham, 2009). Esto refuerza la importancia de asegurar que los programas SEL sean ejecutados de acuerdo con los planes originales para maximizar su impacto en el estudiantado.

De igual forma, los resultados también confirmaron la hipótesis H2, que planteaba que la FI del profesional influye positivamente en la FI de los y las estudiantes. El grupo de facilitadores que implementaron el programa con alta calidad observaron que los y las estudiantes participaban activamente en las actividades del taller, lo que a su vez mejoró los resultados socioemocionales. Estos resultados coinciden con estudios previos que sugieren que la adherencia de los facilitadores a las actividades planificadas aumenta la receptividad y el compromiso del grupo estudiantil (Perepletchikova, 2011). Así, una implementación precisa no solo mejora la efectividad del programa en términos de desarrollo socioemocional, sino que también incrementa su motivación e interés.

En cuanto a la hipótesis H3, los datos respaldaron que la FI de los y las estudiantes tiene un impacto positivo en los resultados del entrenamiento socioemocional. El grupo que participó activamente y mantuvo la atención durante las sesiones del programa, experimentó mejoras notables en sus habilidades emocionales y sociales. Este hallazgo está en línea con investigaciones anteriores que subrayan la importancia de la atención sostenida en programas SEL para el desarrollo cognitivo y emocional de los y las estudiantes (Humphrey et al., 2017). Así, la receptividad del estudiantado se revela como un factor clave para el éxito de las intervenciones socioemocionales.

Los soportes organizacionales, como la capacitación y la supervisión técnica, también fueron determinantes para mejorar la FI del profesional, lo que confirma la hipótesis H4. Las escuelas que proporcionaron más recursos en términos de capacitación continua y apoyo técnico vieron una implementación más efectiva por parte de los facilitadores, lo que impactó directamente en los resultados del grupo estudiantil (Fixsen et al., 2019). Esto subraya la importancia de crear un ambiente de trabajo donde los y las profesionales cuenten con las herramientas necesarias para desempeñar sus funciones de manera óptima.

Por otra parte, se encontró que los soportes de apoyo escolar, como el liderazgo de los directores y las directoras y el respaldo del cuerpo docente, tuvieron un efecto positivo en la FI de los y las estudiantes, confirmando la hipótesis H5. Las escuelas donde el liderazgo escolar fue más visible y proactivo lograron integrar mejor el programa en el currículo escolar, lo que facilitó una mayor implicación por parte del estudiantado (Sarno et al., 2013). Este resultado resalta el papel crucial de los directores y directoras y líderes escolares en la creación de un entorno donde las intervenciones SEL puedan implementarse con éxito.

Finalmente, la hipótesis H6, que planteaba que los soportes de coordinación tienen un efecto positivo en los soportes de apoyo escolar y la calidad del profesional, también fue confirmada. El estudio mostró que una mejor coordinación entre actores escolares y programas externos fortaleció tanto los soportes escolares como la calidad de la implementación del programa por parte de los y las profesionales (Feigenberg et al., 2010). Esto pone en relieve la necesidad de establecer alianzas entre las escuelas y los programas de salud mental comunitarios para mejorar tanto la implementación como los resultados del SEL en contextos vulnerables.

A pesar de los resultados positivos, este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la muestra estuvo compuesta únicamente por profesionales y estudiantes de escuelas chilenas, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos educativos de América Latina o del mundo. Además, la naturaleza no experimental del diseño impide establecer relaciones causales definitivas entre las variables de implementación y los resultados socioemocionales. Es importante destacar también que los datos se basaron en gran medida

en la percepción de los facilitadores, lo que podría haber introducido sesgos de autoinforme o subjetividad en las evaluaciones.

Otra limitación significativa es que el estudio no exploró en profundidad la influencia de factores socioeconómicos o contextuales más amplios, que podrían afectar tanto la implementación del programa como los resultados de los estudiantes. Aspectos como la pobreza, la violencia en el hogar o la disponibilidad de recursos externos podrían haber tenido un impacto considerable en la eficacia del programa, y no fueron abordados de manera exhaustiva en esta investigación.

Para superar estas limitaciones, futuras investigaciones deberían enfocarse en la evaluación de programas SEL en diferentes contextos culturales y geográficos, lo que permitiría comparar los efectos de las intervenciones en distintas poblaciones escolares. También sería beneficioso llevar a cabo estudios longitudinales que sigan a los y las estudiantes a lo largo del tiempo, para evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones SEL sobre su desarrollo emocional y académico.

Asimismo, sería útil incluir medidas más objetivas de la fidelidad de implementación y los resultados socioemocionales, como observaciones directas en el aula o evaluaciones psicológicas estandarizadas para el estudiantado. Además, futuras investigaciones podrían explorar cómo diferentes factores contextuales, como la infraestructura escolar, el apoyo familiar o el entorno comunitario, influyen en la implementación y el éxito de los programas SEL.

Las implicaciones para la práctica derivadas de este estudio son claras. Primero, los responsables de la toma de decisiones en el ámbito educativo deben asegurar que los programas SEL se implementen con alta fidelidad, proporcionando a los y las profesionales la capacitación y el apoyo continuo necesarios para llevar a cabo las intervenciones de manera efectiva. El liderazgo escolar también es clave para el éxito de estos programas, por lo que los directores y las directoras, y quienes administran las escuelas deben desempeñar un papel activo en la integración de SEL en el currículo y en el clima escolar.

Además, se debe fomentar una mayor coordinación entre los sectores educativos y de salud mental, con el objetivo de garantizar que los y las estudiantes con necesidades socioemocionales reciban un apoyo integral. Las políticas educativas deben priorizar la creación de contextos escolares inclusivos y seguros, donde los programas SEL puedan contribuir

no solo al bienestar emocional del grupo estudiantil, sino también a la reducción de las desigualdades educativas.

En conclusión, los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de implementar los programas de aprendizaje socioemocional con alta fidelidad. La ejecución rigurosa y precisa de los lineamientos del programa no solo asegura la adherencia a su diseño original, sino que amplifica notablemente sus efectos en el desarrollo de competencias socioemocionales en los estudiantes. En definitiva, la relación entre la calidad de la implementación y los resultados obtenidos es contundente: los y las profesionales que implementan el programa de manera fiel logran un mayor compromiso por parte de los y las estudiantes, lo que a su vez se traduce en mejoras sustanciales en su autoestima, autorregulación y toma de decisiones.

Así, en respuesta a la pregunta central de este trabajo, ¿cuánto importa implementar con fidelidad los programas socioemocionales? La evidencia muestra que una implementación de calidad es esencial para maximizar los beneficios del SEL, y las desviaciones al diseño podrían limitar significativamente su impacto positivo en los contextos escolares vulnerables.

Referencias

- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología: Un marco conceptual para la investigación empírica en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Cochrane, W. S., Sanetti, L. M. H., & Minster, M. C. (2018). School psychologists' beliefs and practices about treatment integrity in 2008 and 2017. *Psychology in the Schools*, 56(3), 295-305. <https://doi.org/10.1002/pits.22177>
- De la Barra, F., Irrarázaval, M., Valdés, A., & Soto-Brandt, G. (2019). Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e33.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Evans, G. W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48. <https://doi.org/10.1111/cdep.12013>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Feigenberg, L. F., Watts, C. L., & Buckner, J. C. (2010). The School Mental Health Capacity Instrument: Development of an assessment and consultation tool. *School Mental Health*, 2(3), 142-154. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9041-6>
- Fixsen, D., Blase, K. A., & Naoom, S. F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540.
- Fixsen, D., Blase, K., & Van Dyke, M. (2019). *Implementation: Practice & science*. Active Implementation Research Network.
- García-Garnica, M., & Martínez-Garrido, C. (2019). Dirección escolar y liderazgo en el ámbito iberoamericano. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 23(2), 1-11.
- George, M., Guzmán, J., Flotts, M., Squicciarini, A. M., & Guzmán, M. P. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: Evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología*, 21, 55-81.

- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and emotional learning as a public health approach to education. *The Future of Children*, 27(1), 13-32. <https://doi.org/10.2307/44219019>
- Gresham, F. M. (2009). Evolution of the treatment integrity concept: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 38(4), 533-540.
- Guzmán, J., Kessler, R. C., Squicciarini, A. M., George, M., Baer, L., Canenguez, K. M., Abel, M. R., McCarthy, A., Jellinek, M. S., & Murphy, J. M. (2015). Evidence for the effectiveness of a national school-based mental health program in Chile. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(10), 799-807. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.07.005>
- Hair, J., Risher, J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
- Humphrey, N., Barlow, A., & Lendrum, A. (2017). Quality matters: Implementation moderates student outcomes in the PATHS curriculum. *Prevention Science*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0802-4>
- Humphrey, N., Kalambouka, A., Wigelsworth, M., Lendrum, A., Deighton, J., & Wolpert, M. (2011). Measures of social and emotional skills for children and young people: A systematic review. *Educational and Psychological Measurement*, 71(4), 617-637. <https://doi.org/10.1177/0013164410382896>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total país. Actualización 2019*. <https://www.ine.cl>
- Jellinek, M. S., Patel, B. P., & Froehle, M. C. (Eds.). (2015). *Bright Futures in Practice: Mental Health*. National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491-525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health: Guidelines based on existing knowledge*. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006). Integrating person and situation perspectives on work satisfaction: A social-cognitive view. *Journal of Vocational Behavior*, 69(2), 236-247. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.02.006>

- Lerner, R. M., & Castellino, D. R. (2002). Contemporary developmental theory and adolescence: Developmental systems and applied developmental science. *Journal of Adolescent Health, 31*(6), 122-135. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00495-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00495-0)
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (Eds.). (2009). *Handbook of adolescent psychology: Vol. 1. Individual bases of adolescent development* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Lucio, R., Hunt, E., & Bornoalova, M. (2012). Identifying child and adolescent risk factors for mental health problems in adulthood. *American Journal of Community Psychology, 50*(1-2), 114-124. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9488-0>
- Ministerio de Educación. (2018). *Bases curriculares 7° básico a 2° medio*. <https://www.curriculumnacional.cl>
- Ministerio de Salud. (2017). *Informe final de evaluación de diseño del Programa Habilidades para la Vida I (HPV I)*. División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología, Unidad de Evaluación de Programas.
- Morrison, G. M., Brown, M., D’Incau, B., O’Farrell, S. L., & Furlong, M. J. (2006). Understanding resilience in educational trajectories: Implications for protective possibilities. *Psychology in the Schools, 43*(1), 19-31. <https://doi.org/10.1002/pits.20123>
- Muñoz, M. A. (2004). Implementation evaluation of the PATHS curriculum: Fidelity and its relationship to student outcomes. *Journal of Research in Character Education, 2*(2), 89-112.
- Murray, D. W., Rabiner, D., Schulte, A., & Newitt, K. (2008). Feasibility and integrity of a parent-teacher consultation intervention for ADHD students. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(2), 109-122. <https://doi.org/10.1177/1063426608315134>
- Murray, D. W., Rabiner, D., & Hardy, K. (2011). Teacher perspectives on implementing ADHD interventions in the classroom: Implications for practice. *School Mental Health, 3*, 206-213. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9053-9>
- Murray, D. W., Rabiner, D., Schulte, A., Newitt, K., & Hardy, K. (2008). Teacher and parent participation in ADHD treatment: Rationale and review of strategies. *Child & Youth Care Forum, 37*(4), 209-225. <https://doi.org/10.1007/s10566-008-9054-3>
- National Research Council & Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12480>

- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. National Research Council and Institute of Medicine. The National Academies Press.
- OECD. (2015). *Skills for social progress: The power of social and emotional skills*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264226159-en>
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2016). *Low-performing students: Why they fall behind and how to help them succeed*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264250246-en>
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2017). *Promising practices in supporting success for Indigenous students*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264279421-en>
- Pérez, D., & Leiva, L. (2016). Resultados de la aplicación del cuestionario de bienestar infantil y adolescente en estudiantes de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 15(2), 67-77. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol15-issue2-fulltext-671>
- Pérez, J. C., & Rodríguez, C. (2011). Bienestar psicológico y emocional en la infancia: Propuestas de evaluación e intervención desde una perspectiva ecológica. *Interdisciplinaria*, 28(2), 181-198.
- Reyes, M. R., Brackett, M. A., Rivers, S. E., White, M., & Salovey, P. (2012). Classroom emotional climate, student engagement, and academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 104(3), 700-712. <https://doi.org/10.1037/a0027268>
- Ribé, J. (2003). Diseño y evaluación de programas de intervención social. *Revista de Educación*, 331, 197-214.
- Rojas, R., Leiva, L., Vargas, B., & Squicciarini, A. M. (2016). Implementación y resultados de una intervención escolar de salud mental en Chile: Efectos sobre indicadores psicosociales. *Interdisciplinaria*, 33(2), 171-185. <https://doi.org/10.16888/interd.2016.33.2.11>
- Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M., & Mishely-Yarlap, A. (2016). Subjective well-being in adolescence: The role of self-control, social support, age, gender, and familial crisis. *Journal of Happiness Studies*, 17, 81-104. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9585-5>
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. D., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892-909. <https://doi.org/10.1002/pits.21641>
- Smith, B. H., & Polaha, J. (2005). Using behavioral consultation to support evidence-based practices in schools. *Psychology in the Schools*, 42(4), 467-481. <https://doi.org/10.1002/pits.20086>

- Social and Character Development Research Consortium. (2010). *Efficacy of schoolwide programs to promote social and character development and reduce problem behavior in elementary school children* (NCER 2011-2001). National Center for Education Research, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education.
- Souza, D. L., & Cecilio, S. (2017). Fidelity of program implementation: A systematic review. *Psicologia: Teoria e Prática*, *19*(1), 184-197. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p184-197>
- Sugai, G., & Horner, R. H. (2006). A promising approach for expanding and sustaining school-wide positive behavior support. *School Psychology Review*, *35*(2), 245-259.
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, *7*(1), 27-56. <https://doi.org/10.1007/s11292-010-9109-1>
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. U.S. Public Health Service.
- Valiente, C., Swanson, J., & Lemery-Chalfant, K. (2012). Kindergartners' temperament, classroom engagement, and student-teacher relationship: Moderation by effortful control. *Social Development*, *21*(3), 558-576. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00640.x>
- Van der Put, C. E., Creemers, H. E., & Hoes, M. (2014). Differences in the quality of implementation of evidence-based programs: The role of socio-demographic factors and implementation characteristics. *Children and Youth Services Review*, *39*, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.01.004>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, *26*(S1), i29-i69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Weist, M. D., & Murray, M. (2008). Advancing school mental health promotion globally. *Advances in School Mental Health Promotion*, *1*(1), 2-12. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2008.9715730>
- Weist, M. D., & Paternite, C. E. (2006). Building an interconnected policy-training-practice-research agenda to advance school mental health. *Education and Treatment of Children*, *29*(2), 173-196.
- Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., & Gullotta, T. P. (2015). Social and emotional learning: Past, present, and future. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg, & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (pp. 3-19). The Guilford Press.

- Wigelsworth, M., Lendrum, A., Oldfield, J., Scott, A., ten Bokkel, I., Tate, K., & Emery, C. (2016). The impact of trial stage, developer involvement and international transferability on universal social and emotional learning programme outcomes: A meta-analysis. *Cambridge Journal of Education*, 46(3), 347-376. <https://doi.org/10.1080/0305764X.2016.1195791>
- Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C., & Walberg, H. J. (Eds.). (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* Teachers College Press.

Capítulo III

Relaciones entre los paradigmas de gestión y bienestar psicológico

Juan Andrés Pucheu Moris

El bienestar psicosocial que las personas logran mantener en el trabajo es un tema que ha recibido atención desde los inicios de la psicología organizacional¹ y ha aumentado su relevancia en las últimas décadas, especialmente en la medida que los cambios sociotécnicos han hecho que el bienestar no solo se considere un imperativo ético asociado a la dignidad humana, si no que un factor relevante en la productividad y estabilidad de los procesos económicos y el desarrollo social. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es capaz de apreciar sus propias capacidades y manejar los estresores normales de la vida, pudiendo trabajar efectiva y productivamente, de modo que resulta capaz de hacer una contribución a su comunidad”². Por consiguiente, en estas notas revisaremos la evolución general de los paradigmas de gestión y las incidencias que el nivel de bienestar psicológico tiene sobre su operación, comentando cómo estas incidencias han influenciado tanto la concepción de lo que significa un adecuado nivel de bienestar y salud mental, como la demanda de servicios profesionales requeridos para facilitar su desarrollo. Finalizamos con una descripción de las tendencias que son posibles de observar en la evaluación.

1 Ver un ejemplo en Mayo, E. (1930). The human effect of mechanization. *The American Economic Review*, 20(1), 156-176, <https://www.jstor.org/stable/1805670>

2 Ver una revisión de esta y otras definiciones en Fusar-Poli et al., 2020. What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46, <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>.

Evolución de los paradigmas de gestión y su incidencia en la concepción del bienestar psicológico

Para efectos de simplicidad, en esta breve revisión de los paradigmas de gestión los vamos a dividir en cuatro grandes grupos: gestión de procesos productivos agrícolas y manufactura artesanal, enmarcados en una concepción de la producción preindustrial; producción industrializada; producción de servicios personales; y, por último, gestión basada en innovación y diversidad. Cada una de estas concepciones supone formas específicas de actividad y desafíos que a su vez determinan la forma en que es concebido el bienestar psicológico y la importancia que se le asigna, generando por esto mismo algunas disfunciones características. Es importante considerar que, pese a que se desarrollaron evolutivamente, los cuatro modelos coexisten en el mundo del trabajo en la forma de ideas de sentido común que todavía son consideradas válidas por algunos individuos o comunidades, de modo que la cultura o los procesos de socialización de un sistema organizacional no necesariamente está alineada con los requerimientos de los sistemas productivos que opera y en muchos casos se pueden observar situaciones en las que dos o más modelos se aplican de manera conjunta.

1. El paradigma preindustrial

La implementación de procesos agrícolas y de manufactura realizados en escala artesanal depende fundamentalmente de destrezas psicomotrices individuales y algún grado de colaboración entre miembros de una comunidad, familia o agrupación productiva, sin que necesariamente se requiera aplicar un sentido estético muy sofisticado o la capacidad de resolución de problemas inhabituales. Adicionalmente, el contexto sociocultural en que se originó este esquema, con expectativas de vida y consumo muy limitadas³, también acotaba las posibilidades de bienestar

³ Ocupando datos del proyecto Madison, Eyzaguirre indica que los ingresos per cápita del mundo romano eran en el mejor de los casos alrededor de US\$1.000 y que solo llegaron a US\$2.000 en la actual España del siglo XIV. En 1850 el ingreso per cápita de Inglaterra era US\$3.000. Ver Eyzaguirre, N. (2020). *Desigualdad*. Santiago: Debate.

e individuación. Para ilustrar estas afirmaciones podemos recordar las condiciones del mundo agrícola chileno hasta los años sesenta, basado en un modelo productivo originado en la hacienda autárquica de la época colonial, con jerarquías en las que se integraban nociones de clase, género y propiedad (Chonchol, 1994).

En este esquema productivo, las funciones administrativas son realizadas de forma centralizada por el patrón o capataz, quien dirige discrecionalmente a los empleados o inquilinos, quienes implementan acciones recurrentes en las que aplican capacidades psicomotrices y cognitivas que en muchos casos fueron desarrolladas desde la niñez. Las excepciones de este esquema están en algunas funciones auxiliares, como la contabilidad tributaria o la logística de transporte, que pueden ser contratadas externamente. Este es un modelo de gestión en el que la idea de salud se asocia a aspectos físicos y las capacidades y bienestar psicológico se conceptualizan como virtudes morales, asociadas a las prescripciones de género, la religión y otras instituciones que validan identidades adecuadas a un sistema jerárquico y relativamente estable. Podemos recordar ejemplos de la forma de evaluar esas virtudes en dicotomías como “leal versus desleal”; “trabajador versus flojo”; “ubicado versus desubicado”; “ser bien hombrecito versus ser débil o llorón”.

El hecho de que el bienestar se conceptualice como una virtud moral facilita el ocultamiento o la desvaloración de los problemas y el malestar, que pasan a ser un defecto que debería ser castigado o solucionado a través del rigor. Esta forma de interpretar el malestar contribuye a mantener sesgos de clase y género, desvalorizando al mismo tiempo los beneficios y racionalidad de la ayuda profesional para superar las dificultades. Estas ideas todavía se asumen como un supuesto de sentido común en muchos sistemas organizacionales, incluso por parte de personas con educación profesional.

2. El paradigma industrial

El segundo modelo general de gestión en la estandarización de procesos administrativos y de manufactura que asociamos a las estructuras burocráticas y el taylorismo. Este esquema se desarrolló conceptual y prácticamente desde la segunda mitad del siglo XIX, culminando con

el desarrollo de modelos de excelencia operacional como Total Quality Management o Lean Six Sigma. Siguiendo las propuestas originales de Taylor (Thompson, 1914), este esquema se conforma en torno a cuatro principios:

1. Organización científica del trabajo, que implica la descripción detallada de acciones y procesos en función del logro de la mayor eficiencia y estandarización posible.
2. Selección y entrenamiento del trabajador en función de puestos y tareas individuales específicas.
3. Remuneración por rendimiento individual.
4. Asignación de las tareas de planeación y organización del trabajo en los ejecutivos, los que son responsables por los resultados.

La aplicación de estos principios generó muy tempranamente una preocupación por su impacto en la salud física y mental de los trabajadores operativos (Taylor, 1914), ya que la extrema simplicidad y recurrencia de las acciones tiende a facilitar la aparición de disfunciones psicomotrices y el alineamiento. La estructuración de la formación y el trabajo en puestos individuales altamente formalizados también dificulta el desarrollo de capacidades reflexivas y de colaboración compleja, lentificando el desarrollo de lo que hoy consideraríamos flexibilidad e inteligencia emocional.

Desde la posguerra, la observación de estos efectos negativos determinó la aparición del movimiento y disciplina denominado Desarrollo Organizacional (DO), que planteaba una alternativa a la aplicación de los principios generales de la psicología industrial, cuyo foco estaba en el aumento de la productividad. En tanto movimiento, el DO propuso una serie de valores asociados a la primacía del valor y dignidad de las personas⁴, buscando combatir la idea de que los trabajadores y las trabajadoras

⁴ Ver una revisión histórica del DO y la importancia de sus valores en Church, A. H., Hurley, R. F., & Warner Burke, W. (1992). Evolution or revolution in the values of Organization Development: Commentary on the state of the field. *Journal of Organizational Change Management*, 5(4), 6-23, <https://doi.org/10.1108/09534819210021438>

tenían bajo potencial de autocontrol y desarrollo⁵. El paradigma industrial también está asociado a la configuración de ideas como inteligencia y liderazgo, que servirá tanto para la asignación de individuos a distintos tipos de tareas⁶ como para la justificación de esquemas de vinculación orientados al control. En este último sentido, el modelo más difundido y todavía en uso es el de “liderazgo situacional” (Hersey, Blanchard y Johnson, 1998), que orienta a los supervisores a clasificar a sus subalternos en función de sus capacidades y motivaciones, que son conceptualizadas como “madurez”, para luego implementar planes sistemáticos de estandarización.

Es importante señalar que la difusión del paradigma de producción industrial a la organización y posterior desarrollo de los sistemas de educación pública no solo impacta la conceptualización de la salud mental adulta, sino que también deriva en la generación de categorías diagnósticas para las variables humanas que afectan la productividad del sistema educacional. Así, las dificultades para mantener atención en el contexto de la sala de clases y las metodologías de enseñanza-aprendizaje tradicionales derivará en el “descubrimiento” de trastornos del aprendizaje por déficit atencional. Posteriormente, con el aumento de la atención respecto a negociación y trabajo en equipo, se conceptualizarán trastornos de los aprendizajes no verbales y es muy posible que en el futuro cercano, dada la importancia actual del aprendizaje autodirigido⁷, se institucionalicen categorías de trastornos del autocontrol y la creatividad.

5 Probablemente el ejemplo más claro va a ser la teoría X Y de McGregor, que ha sido ampliamente difundida. Ver McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. McGraw-Hill: New York.

6 Ver Vinchur, A. J., & Bryan, L. L. K. (2012). A history of personnel selection and assessment. En Schimtt, N. (editor) *The Oxford Handbook of Personnel Assessment and Selection*, New York: Oxford University Press, páginas 31-47.

7 Self-directed Learning es un concepto acuñado en los años 70, pero con creciente difusión. Ver Loeng, S. (2020). Self-directed learning: A core concept in adult education. *Education Research International*, 2020, 1-12, <https://doi.org/10.1155/2020/3816132> y aplicaciones en Manuaba, I. B. A. P., -No, Y., & Wu, C. C. (2022). The effectiveness of problem based learning in improving critical thinking, problem-solving and self-directed learning in first-year medical students: A meta-analysis. *PloS One*, 17(11), e0277339, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277339>.

3. El paradigma de servicios personales

El tercer enfoque general de gestión se va a desarrollar desde fines de los años sesenta, en función de los cambios en la economía y el empleo de los países desarrollados, que rápidamente van a pasar desde focos en industrialización al desarrollo de diversos tipos de servicios, como salud, educación, seguridad o turismo, entre muchas otras. El cambio desde el empleo industrial a los servicios ha sido muy rápido y masivo, de modo que este último ocupa a más de la mitad de los trabajadores incluso en países orientados hacia la producción industrial, como China o India⁸.

Tabla 1. Diferencias entre la producción industrial y los servicios personales

	Producción industrial	Servicios personales
Tipo de proceso	Estables en actividades y secuencias	Flexibles, las actividades y secuencias se deben ajustar al contexto, lo que dificulta su simbolización
Tipo de actividad	Persona opera artefactos	Interacción entre personas
Ubicación de la generación de valor	En la eficiencia del operario	En la actividad del usuario o cliente
Tipos de destrezas claves	Psicomotrices y cognitivas	Cognitivas y afectivas

La producción de servicios difiere de la producción industrial en al menos cuatro aspectos. El primero es el tipo de procesos, ya que donde en la producción industrial se busca estandarizar acciones y secuencias, en servicios es necesario adaptarse a los requerimientos contextuales del usuario, lo que obliga a modificar los procesos en cada ocasión. El primer y más relevante impacto de este cambio es el hecho de que el lenguaje disminuye su capacidad de referencia respecto de las acciones. Esto ocurre porque los lenguajes desarrollados en comunidades preindustriales, como es el caso del castellano, no requerían de la trasmisión detallada de los movimientos, que eran posibles de observar visualmente. Así, en el lenguaje verbal solo se expresaban comandos, como “cerrar la puerta”

⁸ Según datos del Banco Mundial. Ver en <https://www.worldbank.org>

o “traer el agua”, que no expresan las acciones, si no que sus resultados. Mientras se trabaja en procesos estables, como una línea de montaje, la acción que ha sido descrita puede ser demostrada, como “apretar un perno con 40 libras de presión”, sin que sea necesario explicar la acción que ha sido observada y que puede repetirse hasta lograr automatización y dejar de requerir control volitivo. Por el contrario, en los procesos de servicio es necesario que acciones como “curar una herida” o “explicar una ecuación” sean observadas repetidas veces hasta lograr comprender sus elementos y etapas esenciales, que luego deben ser adaptados a la persona que ejecuta y que a su vez debe considerar flexiblemente las características concretas de cada herida o, en el caso de explicar una ecuación, ajustarse al nivel de comprensión de cada paciente o estudiante con quien se interactúe.

Una segunda diferencia entre la producción industrial y la de servicios personales se refiere a la naturaleza de las actividades, que en la primera tiene que ver con el manejo de herramientas y artefactos, como el obrero que arma partes de un vehículo. En el caso de los servicios personales, si bien pueden existir requerimientos en los que toca a artefactos, las actividades esenciales están asociadas a la vinculación con los usuarios y clientes, los que normalmente deben cooperar coordinando acciones con el sujeto que hace de proveedor.

Estos requerimientos aumentan la complejidad de las actividades, ampliando también los ámbitos en que pueden aparecer disfunciones, como lenguaje y manejo de repertorios de lenguaje no verbal, emociones a base de empatía y compasión, adecuación y coherencia de los sistemas de identidad que permiten el ajuste de roles o capacidades asociadas a la distribución y uso de información. En consecuencia, es posible observar la institucionalización de nuevas categorías de trastornos del aprendizaje, el ánimo o la colaboración, que se han ido difundiendo desde los años ochenta.

La tercera diferencia es, en el caso de servicios, el valor generado por el proceso que es producido por el usuario o cliente y no por el trabajador que lo sirve. Por ejemplo, en el caso de la relación profesor-estudiante, es el estudiante quien realiza el aprendizaje y la posterior aplicación de lo aprendido. En el caso de una persona que manifieste cronicidades, como presión alta, es ella misma quien debe cambiar de estilo de vida para lograr un mayor bienestar sostenible, lo que será imposible solo con el

tratamiento médico. Podríamos tomar otros ejemplos, pero lo esencial es que en la relación del cliente o usuario con el proveedor es necesario que se establezcan vínculos de confianza, que permitan comunicar aspectos que pueden ser socialmente inadecuados o sobre los que los usuarios manifiesten pudor o ambivalencia, como dolencias, envejecimiento, deseos o emociones que pueden estar poco claras o resultar egodistónicas. Esta necesidad de intimidad va a agregar requerimientos a la evaluación de salud y bienestar en el trabajo, que con esto abarcarán a la posibilidad de establecer vínculos afectivos de confianza e intimidad que permitan la exploración y reconceptualización de los afectos. Lo anterior ha llevado a la amplia difusión de técnicas de *coaching*⁹ y entrevista motivacional¹⁰, que hoy se aplican en muy diversos ámbitos.

Finalmente, una cuarta diferencia se ubica en el tipo de capacidades críticas para obtener resultados. La operación de herramientas y artefactos en actividades estandarizadas y recurrentes, tal cual ocurre en procesos estables, deriva normalmente en automatización. Para esto se requieren capacidades cognitivas que están asociadas a los procesos de aprendizaje observacional y luego de la práctica que permite la transformación de lo aprendido en capacidades procedurales, distribuidas en la corporeidad. En cambio, las capacidades requeridas para mantener comunicación, empatizando y generando acuerdos con pacientes, usuarios

9 Ver ejemplos en Abbas, S. M., Salama, H. M., Nour-Eldein, H., & Ahmed, H. A. S. (2024). Health coaching for hypertension control in primary care patients with uncontrolled hypertension in Egypt. *Journal of Family and Community Medicine*, 31(1), 16-24, https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_174_23 y Benzo, M. V., Kelpin, S. S., Werneburg, B., Hoult, J., Clark, M. M., Novotny, P., & Benzo, R. (2024). Patient engagement in health coaching and self-management abilities in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 18(2), 243-251, <https://doi.org/10.1177/15598276221120523>.

10 Ver algunos ejemplos en Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(7), 109, <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>; Cunha, O., Almeida, T. C., Gonçalves, R. A., & Caridade, S. (2024). Effectiveness of the motivational interviewing techniques with perpetrators of intimate partner violence: A non-randomized clinical trial. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 33(3), 291-310, <https://doi.org/10.1080/10926771.2023.2189043>; Jevitt, C. M., & Ketchum, K. (2024). Pairing evidence-based strategies with motivational interviewing to support optimal nutrition and weight gain in pregnancy. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 38(1), 25-36, <https://doi.org/10.1080/10926771.2023.2189043>.

y otras contrapartes requiere de una combinación de capacidades cognitivas asociadas a las capacidades afectivas necesarias para mantener el cuidado por otros pese al estrés y la fatiga que puede llegar a producir el cuidado. Esto es lo que podemos observar con la aparición de diversos conceptos asociados al mantenimiento de la salud afectiva en el trabajo, tales como *flow*¹¹, *engagement*¹² o comportamiento extrarol¹³ en la condición positiva o *burnout*¹⁴, cinismo organizacional¹⁵ o fatiga de la compasión¹⁶, en el polo negativo.

La atención prestada a estas diferencias ha ido generando un cambio en la ubicación de las variables consideradas relevantes para el mantenimiento de la salud y bienestar, que han pasado desde el carácter y la corporeidad individual al puesto de trabajo y la cultura organizacional. Al mismo tiempo, las expectativas de bienestar y realización han aumentado, pasando desde la búsqueda del mantenimiento de mínimos y la evitación de disfunciones manifiestas, a la búsqueda del máximo bienestar humano posible¹⁷, usando evaluaciones para guiar a la organización en la

11 Ver Weintraub, J., Cassell, D., & DePatie, T. P. (2021). Nudging flow through 'SMART' goal setting to decrease stress, increase engagement, and increase performance at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 94(2), 230-258, <https://doi.org/10.1111/joop.12347>.

12 Ver Mazzetti, G., Robledo, E., Vignoli, M., Topa, G., Guglielmi, D., & Schaufeli, W. B. (2023). Work engagement: A meta-analysis using the job demands-resources model. *Psychological Reports*, 126(3), 1069-1107, <https://doi.org/10.1177/003329412111051988>.

13 Ver Gong, T., & Yi, Y. (2021). A review of customer citizenship behaviors in the service context. *The Service Industries Journal*, 41(3-4), 169-199, <https://doi.org/10.1080/02642069.2019.1680641>.

14 Ver Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>.

15 Ver Pfrombeck, J., Doden, W., Grote, G., & Feierabend, A. (2020). A study of organizational cynicism and how it is affected by social exchange relationships at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 93(3), 578-604, <https://doi.org/10.1111/joop.12306>.

16 Ver Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., ... & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing ethics*, 27(3), 639-665. <https://doi.org/10.1177/096973301988940>

17 Este es un cambio en los valores y la concepción humana que ha sido observado desde diversos puntos de vista y evaluaciones, generando una controversia que se

búsqueda de mejoras. Esto lo podemos observar en la creación y amplia aplicación de encuestas de *engagement*¹⁸ o clima orientado al desarrollo, como las encuestas Gallup 12 o Best place to work¹⁹. La amplia difusión de estos modelos ha hecho que la necesidad de asegurar mínimas condiciones de bienestar se extienda de manera universal, estableciéndose como norma legal la evaluación periódica de los riesgos psicosociales en las organizaciones chilenas²⁰.

-
- mantiene hasta ahora. Para efectos descriptivos podemos revisar los estudios sobre cambio en los valores realizados por Ronald Inglehart, Christian Welzel y otros investigadores asociados al equipo del proyecto World Values Survey. Ver Inglehart R (1971) The silent revolution in Europe: Intergenerational change in post-industrial societies. *American Political Science Review* 65(4): 991-1017, <https://doi.org/10.2307/1953494>; Welzel, C., & Inglehart, R. (2005). Liberalism, postmaterialism, and the growth of freedom. *International Review of Sociology*, 15(1), 81-108, <https://doi.org/10.1080/03906700500038579>; Abramson, P. R., & Inglehart, R. (1992). Generational replacement and value change in eight West European societies. *British Journal of Political Science*, 22(2), 183-228, <https://doi.org/10.1017/S0007123400006335> o Duch, R. M., & Taylor, M. A. (1993). Postmaterialism and the economic condition. *American Journal of Political Science*, 37(3), 747-779, <https://www.jstor.org/stable/2111573>.
- 18 Ver ejemplos en Latorre, M. L. A., Cruz, J. C. R., & Tena, R. O. (2024). Propiedades psicométricas de la Utrecht Work Engagement Scale Student (UWES-S-17) en estudiantes mexicanos. *Horizontes. Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 8(33), 880-892, <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v8i33.770> o Guerra Díaz, F., & Jorquera Gutiérrez, R. (2021). Análisis psicométrico de la Utrecht Work Engagement Scale en las versiones UWES-17S y UWES-9S en universitarios chilenos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 15(2), <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2021.1542>
- 19 La aplicación de encuestas de clima que son propiedad de una empresa es un ámbito de difícil evaluación. Sin embargo, su popularidad es evidente. Ver algunos ejemplos en Anand, G. (2017). Corporate excellence through governance and employee engagement: A brief analysis. *Journal of Commerce and Management Thought*, 8(3), 554-562, <https://doi.org/10.5958/0976-478X.2017.00033.7>; Lomas, T., Ishikawa, Y., Diego-Rosell, P., Daly, J., English, C., Harter, J., ... & Lai, A. Y. (2022). Balance and harmony in the Gallup World Poll: The development of the Global Wellbeing Initiative module. *International Journal of Wellbeing*, 12(4), 1-19, <https://doi.org/10.5502/ijw.v12i4.2655> y Hinkin, T. R., & Tracey, J. B. (2010). What makes it so great? An analysis of human resources practices among Fortune's best companies to work for. *Cornell Hospitality Quarterly*, 51(2), 158-170, <https://doi.org/10.1177/1938965510362487>
- 20 Si bien la intención ha tenido apoyo universal, el uso del instrumento ISTAS 21 no ha estado exento de controversias, ver Cerda-Silva, G., & Porras-Tapia, F. (2018). Revisión de las Propiedades de Psicométricas de la Escala de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo SUCESO/ISTAS 21 en el Contexto Chileno. *Ciencia & Trabajo*, 20(63), 121-125. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000300121>

4. El paradigma de gestión ágil

El 12 de febrero de 2001, un grupo de 17 renombrados analistas se reunieron para consensuar algunos criterios que consideraban claves en el desarrollo de software, lo que se publicó con el nombre de *Manifiesto ágil*²¹, influenciando fuertemente las tendencias en innovación y gestión general. Los cuatro valores de la propuesta ágil son:

1. Individuos e interacciones sobre procesos y herramientas.
2. Software funcionando sobre documentación extensiva.
3. Colaboración con el cliente sobre negociación contractual.
4. Respuesta ante el cambio sobre seguir un plan.

Estos valores orientan hacia un paradigma de gestión que no solo aumenta los requerimientos de flexibilidad y orientación al usuario-cliente, si no que ponen el foco de la gestión en la generación de respuestas innovadoras que anticipan los posibles contextos y requerimientos. Esta idea puede quedar más clara al observar la relación entre las empresas del sector primario, como mineras o forestales y sus proveedores. En periodos anteriores era posible que una empresa ubicada en el país comprara productos a un representante comercial, que importaba los equipos o herramientas desde su país de origen. En este contexto la idea de servicio tenía que ver con capacidades de comunicación y respuesta ante los requerimientos²². Ahora bien, en la medida que las empresas del sector primario hoy pueden comprar directamente a los productores, que se encargan también del envío o incluso producir ellas mismas a través de un contrato de manufactura, las empresas que antes proveían de estos equipos deben evolucionar hasta lograr un conocimiento tan acabado de sus clientes que puedan ofertar combinaciones de productos y servicios que resulten más convenientes que las elecciones que puedan hacer las propias empresas clientes. En otras palabras, deben ser tanto expertos en los productos como expertos en los potenciales y futuros requerimientos de sus clientes, generando ofertas sinérgicas a través de economías de

21 Ver el manifiesto agile y la lista de formantes en <https://agilemanifesto.org/>

22 Un ejemplo de modelo que puede ocuparse en esta situación es el SERQUAL. Ver Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (2002). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of retailing*, 67(4), 420-450. Sin DOI disponible.

escala o la integración de diferentes tecnologías, lo que también supone una reorganización de su estructura interna y forma de trabajar (Uлага y Reinartz, 2011).

La orientación hacia la gestión ágil orienta a las organizaciones a organizarse en equipos, utilizando ciclos tan cortos como semanas en los procesos de planificación, implementación y evaluación de acciones. Desde el punto de vista del empleo este se ha reflejado en la llamada “externalización” de servicios, que implica la disminución de los contratos de duración indefinida y su reemplazo por servicios temporales, en algunos casos de muy corta duración. El aumento de las exigencias cognitivas y afectivas que esto produce en los trabajadores se ha traducido en la aparición de nuevas teorías sobre la capacidad adaptativa²³, tolerancia al estrés y recuperación ante pérdidas²⁴. La mayor difusión de conceptos como *mental toughness*, que aluden al desarrollo preventivo de la capacidad de tolerar estrés sin afectar el bienestar o desempeño ilustra esta tendencia (Clough, Strycharczyk y Perry, 2021).

Tabla 2. Modelos de gestión y su concepción e impacto en bienestar psicológico

Modelo de gestión	Concepción implícita de bienestar psicológico	Impacto
Gestión de procesos productivos agrícolas y manufactura artesanal	En el marco de la cultura preindustrial, el bienestar se asocia a un carácter individual que opera de acuerdo con los valores y sentido común de la cultura hegemónica: “Ser una buena persona”.	Hay una tendencia a conceptualizar las disfunciones como una falta personal, éticamente reprochable.

23 Sternberg, R. J. (2021). *Adaptive intelligence. Surviving and thriving in times of uncertainty*. New York: Cambridge University Press.

24 Ver una revisión de diferentes conceptos en Roslan, N. S., Yusoff, M. S. B., Morgan, K., Razak, A. A., & Shauki, N. I. A. (2022). Evolution of resilience construct, its distinction with hardiness, mental toughness, work engagement and grit, and implications to future healthcare research. *Education in Medicine Journal*, 14(1). 99-114, <https://doi.org/10.21315/eimj2022.14.1.9>

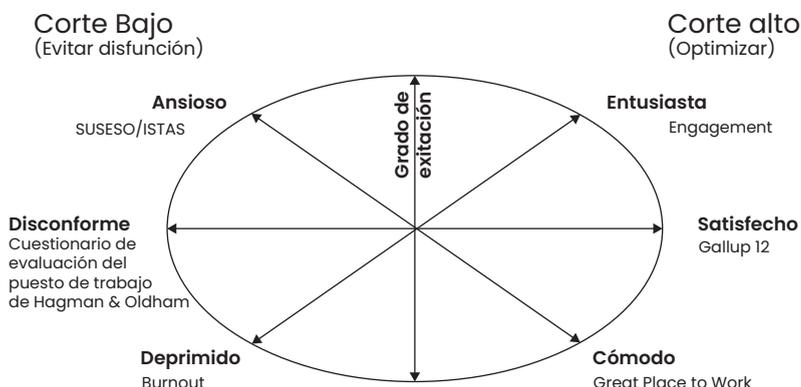
Modelo de gestión	Concepción implícita de bienestar psicológico	Impacto
Producción industrializada	Dadas las restricciones impuestas por el proceso productivo, el bienestar se asocia a la capacidad de trabajar: “Estar motivado y no querer irse”.	Se aplica un criterio de evaluación de corte bajo, con los que se detectan los problemas cuando ya son manifiestos.
Producción de servicios personales	Los servicios personales suponen relaciones en las que se deben aplicar capacidades como empatía y compasión, lo que deriva en conceptos como inteligencia emocional y un mayor énfasis en la formación vocacional: “Ser un buen profesional”.	El traspaso de valores y altas expectativas respecto al propio rol y desempeño pueden llevar a la frustración, facilitando la aparición del <i>burnout</i> .
Gestión basada en innovación y diversidad	Los procesos de innovación requieren de la colaboración en equipos y comunidades, con un nivel de confianza que posibilite análisis, creatividad y pensamiento crítico: “Alto nivel de <i>engagement</i> ”.	Se aplica un criterio de evaluación de corte alto, que puede orientar las acciones de fomento del bienestar. Sin embargo, todavía se aplican con un enfoque individual.

Como se señaló anteriormente, en estos momentos hay una superposición de distintos paradigmas de gestión, lo cual se refleja en distintas concepciones respecto de la salud y bienestar psicológico, que no siempre corresponden a los requerimientos de las personas o los procesos productivos. Así, mientras el empleo humano tiende a ubicarse aceleradamente en los servicios y la gestión de innovaciones, muchas veces se mantienen concepciones de las capacidades y salud mental que se generaron en los contextos agrícolas e industriales, que tenían menores exigencias en lo que respecta a capacidades cognitivas y afectivas, así como expectativas considerablemente menores de bienestar subjetivo. A esto hay que agregar que la concepción de salud mental preindustrial ubicaba la salud como una responsabilidad individual, asociadas a virtudes morales, lo que no corresponde con la comprensión sistémica que hoy se ubica a la base de nociones como *burnout* o control de riesgos psicosociales. Todo esto hace que, a las disfunciones generadas por cada paradigma de gestión, debemos agregar las dificultades que las personas y comunidades enfrentan al intentar adaptarse a requerimientos contradictorios.

Buscando una evaluación equilibrada de bienestar y salud

La cantidad y diversidad de los paradigmas y modelos que hoy existen sobre salud y bienestar obliga a buscar una forma de organizar su evaluación. Para esto puede resultar útil la propuesta de Peter Ward (1994), quien propuso la existencia de tres dimensiones en el análisis de la salud mental en el trabajo: 1) desde la sensación de comodidad a la sensación de ansiedad; 2) desde la sensación de satisfacción a la de disconformidad; y 3) desde el entusiasmo a la depresión.

Figura 1. Tres dimensiones esenciales en la evaluación del bienestar²⁵



Hoy es posible pensar que estos tres continuos pueden ser evaluados con distintos niveles de exigencia. En algunas ocasiones puede ser posible que solo sea factible buscar la evitación de daños, así que evaluaremos en los niveles bajos y con instrumentos que detectan la aparición de disfuncionalidad. Por ejemplo, la ansiedad puede ser evaluada con los instrumentos SUCESO/ISTAS²⁶; el nivel de satisfacción con el cuestionario de evaluación del puesto de trabajo (Hackman & Oldham,

²⁵ Adaptada con modificaciones de Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8(2), 84-97.

²⁶ Revisar las publicaciones e instrumentos de la Superintendencia de Seguridad Social en <https://www.suseso.cl/607/w3-propertyvalue-10360.html>

1975), que evalúa precisamente el grado de motivación generado por las características del puesto; y finalmente el nivel de alteración negativa de los estados de ánimo con un instrumento de evaluación del nivel de *burnout*, como el CESQT, diseñado por Pedro Gil-Monte (2011). La misma secuencia de dimensiones puede ser evaluada buscando el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar óptimo, lo que sería particularmente necesario en organizaciones que provean de servicios profesionales o requieran de innovación ágil. En estos casos se podría utilizar una encuesta que evalúa *engagement*, como alguna de las versiones del Utrecht work engagement scale²⁷; la satisfacción con una encuesta como la Gallup o Q 12; y el grado de comodidad con la encuesta Great Place to Work u otra encuesta de clima organizacional de similar nivel de exigencia. Por supuesto que es posible obviar alguna de estas evaluaciones. Sin embargo, es necesario considerar que como planteaba el modelo de factores higiénicos y satisfactores de Herzberg (2003), no es lo mismo estar satisfecho o cómodo que estar motivado, al mismo tiempo que en algunos casos pueden aparecer disfunciones debido precisamente a mantener altos niveles de actividad y motivación por periodos excesivamente prolongados (Bolino et al., 2015; Trougakos et al., 2015).

Conclusiones

Las concepciones sobre el bienestar requerido y la salud mental de las personas han sido influidas por los cambios en los paradigmas de gestión. Hoy coexisten distintas aproximaciones, asociadas a los sistemas productivos de materias primas, manufactura, servicios e innovación. Cada uno de estos paradigmas genera concepciones de la salud y disfunciones características, a las que se agregan las dificultades que aparecen al intentar adaptarse al cambio y superposición de exigencias.

Desde el punto de vista ético debemos buscar como mínimo el respeto por los derechos y condiciones mínimas de cada persona. Al mismo

²⁷ Hay validaciones chilenas ya citadas, para ver referencias ver Carmona-Halty, M. A., Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2019). The Utrecht Work Engagement Scale for Students (UWES-9S): Factorial validity, reliability, and measurement invariance in a Chilean sample of undergraduate university students. *Frontiers in psychology*, *10*, 437007, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01017>

tiempo, también debemos considerar que los requerimientos asociados a la salud mental en el trabajo han ido aumentando y que debemos discriminar distintas dimensiones sobre el entusiasmo, la satisfacción y comodidad, las que pueden ser evaluadas en sus mínimos, detectando disfunciones, o en estándares más altos, que deberían orientar la búsqueda de condiciones que permitan empatía, creatividad y engagement, entre otras capacidades claves en el nuevo mundo del trabajo.

Referencias

- Bolino, M. C., Hsiung, H. H., Harvey, J., & LePine, J. A. (2015). "Well, I'm tired of tryin'!" Organizational citizenship behavior and citizenship fatigue. *Journal of Applied Psychology, 100*(1), 56-74, <https://doi.org/10.1037/a0037583>
- Chonchol, J. (1994). *Sistemas agrarios en América Latina*. Fondo de Cultura Económica.
- Clough, P., Strycharczyk, D., & Perry, J. (2021). *Developing mental toughness: Strategies to improve performance, resilience and wellbeing in individuals and organizations*. Kogan Page Publishers.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *CESQT Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. TEA Ediciones.
- Hackman, J. y Oldham, G. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology, 60*(2), 159-170, <https://doi.org/10.1037/h0076546>
- Hersey, P., Blanchard, K. & Johnson, D. (1998). *Administración del comportamiento organizacional. Liderazgo situacional*. Prentice Hall.
- Herzberg, F. (2003). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review, 81*(1). Reprint R0301F. Disponible en <https://hbr.org/2003/01/one-more-time-how-do-you-motivate-employees>
- Taylor, F. W. (1914). Scientific management: reply from Mr. FW Taylor. *The Sociological Review, 7*(3), 266-269, <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1914.tb02387.x>
- Thompson, C. B. (1914). The literature of scientific management. *The Quarterly Journal of Economics, 28*(3), 506-557, <https://www.jstor.org/stable/1884986>
- Trougakos, J. P., Beal, D. J., Cheng, B. H., Hideg, I., & Zweig, D. (2015). Too drained to help: a resource depletion perspective on daily interpersonal citizenship behaviors. *Journal of Applied Psychology, 100*(1), 227-236, <https://doi.org/10.1037/a0038082>
- Uлага, W., & Reinartz, W. J. (2011). Hybrid offerings: How manufacturing firms combine goods and services successfully. *Journal of Marketing, 75*(6), 5-23, <https://doi.org/10.1509/jm.09.0395>
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress, 8*(2), 84-97, <https://doi.org/10.1080/02678379408259982>

Capítulo IV

Relación entre la cultura y el estilo de vida con la depresión en Chile

Wilsa Szabo Lagos

La depresión es una enfermedad de origen multifactorial y de presentación clínica heterogénea y dentro de sus principales consecuencias está la importante discapacidad que genera, el grado de disfuncionalidad y el alto costo social que puede provocar (Salvo, 2014).

La depresión es uno de los problemas de salud pública más comunes y significativos a nivel mundial (Katon, 2011). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está en aumento (OMS, 2011).

La prevalencia de depresión en Chile es una de las más altas de Latinoamérica, con un 9% en mujeres y un 6,4% en hombres (Minsal, 2013). Mientras que el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), titulado *Mortalidad por suicidio en las Américas*, muestra que Chile tiene una de las tasas de suicidio más alta en América Latina con 11,2 personas por cada 100.000 habitantes (OPS, 2014).

A partir de estos antecedentes cabe preguntarse: ¿Qué factores culturales y de estilo de vida propios de la cultura chilena podrían influir en el diagnóstico y desarrollo de la depresión? El presente trabajo tiene como objetivo general describir los elementos de la cultura y estilo de vida de chilenos y chilenas que podrían tener relación con el desarrollo de la depresión en el país. Como objetivos específicos, se intenta describir términos claves, tales como cultura, estilo de vida y depresión; describir los principales antecedentes de la relación entre la cultura, el estilo de vida y la depresión en el mundo; describir las características de la depresión como fenómeno en Chile y describir aspectos de la cultura y estilo de vida propios de Chile que podrían tener relación con el desarrollo de patologías mentales y la depresión.

Algunos antecedentes clínicos

El diagnóstico de la depresión suele ser sumamente difícil. Debido a que no hay una adecuada descripción y diferenciación de la enfermedad; esta debiese ser entendida como un fenómeno complejo que puede y debe ser analizado desde diversas perspectivas, como es el espectro afectivo, la interacción con el ambiente sociocultural, la personalidad, el comportamiento y la genética. La depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado, y clínicamente heterogéneo, al cual se puede llegar a través de diversas vías, cuyas manifestaciones psicopatológicas se relacionan con la personalidad y que depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales a lo largo del desarrollo (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Dada que la prevalencia de depresión en Chile es una de las más altas de la región, el tratamiento temprano de la depresión es considerado una prioridad de salud en Chile (Minoletti y Zaccaria, 2005) y está considerada como una patología AUGE, contando con una Guía Clínica AUGE para la depresión (Minsal, 2013) con la cual se diagnostica y se establecen los pasos del tratamiento a seguir. Esta guía es utilizada en el contexto de la atención pública y servicios de atención primaria de salud. Actualmente sigue siendo usada para el diagnóstico y tratamiento de la depresión, considerando los parámetros del CIE-10, aunque ya existe una actualización de este manual (CIE-11). Por lo tanto, se mencionan en el siguiente trabajo los signos mencionados aún en CIE-10. Para el diagnóstico de depresión se deben cumplir con los criterios diagnósticos para el episodio depresivo del CIE-10 (Minsal, 2013). Dentro de los criterios diagnósticos se encuentran: estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse es reducida y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza casi siempre están reducidas y a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, tales como: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor, agitación, pérdida

de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave, considerando además que la duración de los síntomas debe ser de al menos dos semanas, no existiendo presencia de síntomas hipomaniacos o maniacos concordantes con otro tipo de diagnóstico (depresión bipolar) y no siendo el episodio atribuible al abuso de sustancias psicoactivas (Minsal, 2013).

Las diversas causas de los problemas de salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales (tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás), sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (OMS, 2013).

La manera en que la depresión es entendida, interpretada, discutida, comunicada, y tratada varía de una cultura a otra. Aunque existen elementos universales en la psicopatología de la depresión, la manera en que esta se expresa se encuentra modelada por la cultura (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Cultura

La cultura es un conjunto de conocimientos, creencias y conductas compartidas que constituyen los elementos normativos de un grupo (Torres-López et al., 2015).

Los dominios culturales son categorías significativas de conocimiento para una cultura en particular. Son creados por la población, a partir de reglas cognitivas que permiten organizar las ideas, cosas y formas que tienen en mente, además de crear modelos para percibir, relacionar e interpretar la información (Bernard, 2006).

Dentro de las variables culturales, encontramos los siguientes puntos: género, etnia, nivel socioeconómico, nivel educacional, creencias, religión, moral, valores, costumbres (Cerquera, Ara y Meléndez, 2010) y grupos étnicos (Urzúa, Zúñiga y Buunk, 2012). Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales (Rodríguez, 2008). Sin embargo, la investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo para alcanzar la salud (Rodríguez, 2008).

Según Langdon y Wiik (2010), la cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas y, al mismo tiempo, la cultura es aprendida, compartida, y estandarizada, ya que no se pueden explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada, pues la cultura consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos a partir de interacciones sociales y experiencia en determinados contextos específicos.

La cultura se ve expresada en una serie de conductas propias de un individuo o grupo de individuos, lo que se conoce como estilo de vida.

Estilo de vida

Es una construcción del individuo moldeada por la familia, la educación y la sociedad. Es el modo de vivir o “estar en el mundo” y se expresa en comportamientos y costumbres. También refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo de un individuo (Guerrero y León, 2010).

La OMS (1998), establece que el estilo de vida, es una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Así, cada persona presenta patrones de comportamientos conscientes o hábitos que fomentan la salud, conocidos como factores protectores de la salud, o de manera inconsciente tiende a exponerse a factores de riesgos o condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con un incremento de la susceptibilidad para la enfermedad, salud deficiente o lesiones.

En los últimos años los investigadores han escudriñado el mundo para buscar los secretos de una larga vida. La revista *National Geographic*, en su edición de noviembre de 2005, publicó los últimos hallazgos sobre las poblaciones más longevas del planeta (Buettner, 2005). Los focos de longevidad encontrados por los demógrafos están en Cerdeña, Italia; Okinawa, Japón; y en Loma Linda, California. En una proporción significativa, muchos de los habitantes de estas comunidades llegan a los 100 años. En este artículo se afirma que una vida larga y saludable no es un accidente, si no que depende de buenos hábitos de vida (Guerrero y León, 2010).

Se sugiere que, si se adopta un estilo de vida más saludable, existen muchas probabilidades de vivir más y con mayor calidad. De ahí la importancia de que en este nuevo milenio se le está concediendo al estilo de vida desde una perspectiva preventiva (Guerrero y León, 2010) y curativa. El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población y la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. Así mismo, el estilo de vida que lleva cada individuo puede afectar su salud, tanto física como mental.

No existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. Por ello, la estrategia de crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyarla (OMS, 1998), pero deben ser intervenciones en contexto y adaptadas a las necesidades de los individuos y que, ante todo, fomenten su bienestar biopsicosocial. Por lo tanto, el estilo de vida saludable es aquel que propicia la adquisición y mantenimiento, en la vida diaria, de pautas de conducta individuales y colectivas que mejoran la calidad de vida en la cotidianidad (Vives, 2007). Los estilos de vida saludable incluyen: conductas de salud, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar la salud, bienestar y calidad de vida en forma integral y son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales que emergen del presente y de la historia personal (Pullen, Noble y Fiandt, 2001). Los estilos de vida saludables incluyen comportamientos que fomenten el bienestar psicológico de las personas e incluyen un manejo adecuado del estrés y emociones negativas, sueño, alimentación, actividad física, uso del tiempo libre, control del uso de sustancias adictivas y psicoactivas y en general un autocuidado en salud (Roberfroid y Pomer, 2001).

Existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por el estilo de vida de la población, no obstante, los recursos destinados a la salud, se orientan a atender y cuidar la enfermedad, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde las dimensiones del estilo de vida (Guerrero y León, 2010). De esto se desprende que muchas veces se

entiende la salud como un proceso biológico, desligado de la realidad social, cultural, política y económica que la rodea (Rodríguez, 2008).

Cultura y depresión

La depresión no solo varía entre un individuo y otro, sino que también varía dentro de un mismo sujeto según los distintos momentos de la vida (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Considerando que la cultura es un fenómeno dinámico, se puede entender que la comprensión de los fenómenos de salud, enfermedad y depresión, pueden modificarse en las personas en distintos momentos y etapas de la vida de acuerdo a los cambios culturales externos e internos.

Kleinman y Good (1985) sugieren que el poder sería un tema prioritario de investigación transcultural en la depresión. La depresión en gran parte de las sociedades tiene una prevalencia mayor entre las mujeres y personas de bajos ingresos, grupos que podrían estar en estatus sociales de falta de poder (Moreira, 2007). Siguiendo la explicación económica, los bajos ingresos pueden limitar el acceso a los servicios de salud y tiene efectos sobre la salud a través de canales más indirectos como, por ejemplo: el tipo de alimentación, la higiene ambiental donde habitan, la seguridad de los lugares de trabajo, etc. Así también se ha demostrado que las personas de estratos socioeconómicos bajos, experimentan situaciones de mayor estrés y deterioro de su salud mental, relacionadas con la falta de control de sus vidas, inestabilidad, maltrato físico y psicológico y discriminación (Fundación para la Superación de la Pobreza, 2014).

La sensación de impotencia o de falta de poder se expresa en la idea de que no depende del sujeto cambiar el orden de las cosas, similar a lo que ocurre en el caso de la “desesperanza aprendida”, no depende del sujeto cambiar la sociedad vigente. Todo esto da lugar a formas emocionales de desesperanza, desánimo y desmotivación (Moreira, 2007).

Las enfermedades mentales están ligadas a culturas específicas, llegando a considerar la depresión como el síndrome de la sociedad contemporánea occidental (Moreira, 2003).

De acuerdo al estudio de cultura chilena del PNUD (2002), en las últimas dos décadas los cambios han transformado la fisonomía del país y en este sentido, los chilenos han podido disfrutar un desarrollo notable

en el nivel y la calidad de su vida cotidiana. Chile está viviendo un profundo cambio cultural, proceso en el que desempeñan un papel central las dinámicas de globalización de la sociedad e individualización de las personas, la centralidad del mercado y de las nuevas tecnologías. Sin embargo, los cambios culturales crean oportunidades, pero también dificultades para la convivencia cotidiana.

Las personas se constituyen en sujetos mediante la interacción de la biografía personal y la convivencia social. Todo individuo nace y se desarrolla en sociedades ya existentes y sus oportunidades y restricciones dependen del tipo de sociedad en la que está inserto (PNUD, 2002). Por lo tanto, a continuación, se describen las variables culturales propias de la cultura chilena que podrían tener relación con el desarrollo de la depresión.

Factores culturales que podrían influir en el desarrollo de la depresión en Chile

1. Familia: el país ha cambiado y las personas organizan sus vidas de manera más individual que en tiempos de sus padres, madres y antepasados (PNUD, 2002).

Las familias de menor tamaño, el aumento de los hogares monoparentales con mujeres trabajadoras, generan tensión entre las exigencias domésticas, tradicionalmente en esta sociedad adjudicadas a la mujer, que permanecen vigentes, y las nuevas exigencias del trabajo. La superposición de ambas actividades en las mujeres da origen a la “doble jornada”. Esto se hace especialmente difícil en el caso de las mujeres jefas de hogar (PNUD, 2002). Si bien ha existido una tensión en la redistribución de las tareas desde una perspectiva feminista en nuestro país, aún esto sigue siendo un proceso pendiente y en curso de cuestionamiento y transformación.

2. Amistad: según sus propias declaraciones, los chilenos reconocen tener pocos amigos o solo conocidos. Los hombres tienden a declararse más amigos que las mujeres, y los jóvenes más que los mayores (PNUD, 2002). Un estudio de la Universidad Católica señala que, en promedio, los chilenos tienen 3,3 amigos, lo cual estaría bajo el promedio de 6,2

amigos declarados en Estados Unidos por ejemplo (DESUC, 2001). De esta manera, podrían estar en juego la sensación de pertenencia a grupos y el establecimiento de redes de apoyo. Esto iría en concordancia con el desarrollo de sociedades más individualistas que colectivistas.

3. Ingresos: Chile sigue siendo el país de la OCDE con la distribución de ingresos más desigual, donde el 20% más rico se lleva el 54,5% de los ingresos del país. En 2015, el 53,5% de la población ganaba menos de \$300.000 pesos líquidos mensuales (OCDE, 2015). Hoy, el 50% de las personas que trabajan remuneradamente gana menos de \$503.000 y solo el 19% gana más de \$1 millón (Durán y Kremerman, 2023). A noviembre de 2022, la línea de la pobreza para un hogar promedio de cuatro personas, era de \$572.269 y el 55,3% del total de personas ocupadas en Chile, no podría sacar de la pobreza a un hogar promedio. La cifra asciende a 62,4% en el caso de las mujeres y 50% para los hombres. La situación de las mujeres es mucho más crítica desde la perspectiva de la desigualdad de los sueldos, existiendo una brecha de ingresos entre hombres y mujeres que asciende a \$217.078 mensuales (Durán y Kremerman, 2023).

4. Trabajo: de acuerdo a la OCDE (2015), Chile es el cuarto país miembro con el número más alto de horas de trabajo anual, alcanzando las 2.015 horas por trabajador, en relación al resto de los otros países que es de 1.770 horas.

Además, las mujeres trabajadoras poseen un doble rol en donde las tareas domésticas tienden a tomar más tiempo que en el caso de los hombres. Según la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo del INE (2019), en el Chile pre-pandémico las mujeres dedicaban 5,89 horas al trabajo no remunerado por día, superando en más de tres horas a los hombres, quienes destinaban 2,74 horas a las mismas labores.

5. Economía: a pesar del fuerte desarrollo económico durante la década pasada, la mitad de los chilenos entrevistados por el PNUD (2002), se ven a sí mismos como “perdedor”. En cambio, solo un 38% se declara “ganador”. La posición económica no es un dato “objetivo” que exista al margen de la experiencia subjetiva del individuo. En realidad, representa

una construcción social que depende de la percepción y valoración que cada uno hace de su situación.

6. **Traslados:** una encuesta realizada en 2006 por la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud indicó que más de un tercio dice que ocupa entre una y tres horas diarias en trasladarse entre su casa y su trabajo cada día (ida y vuelta) (Zunino y Abate, 2009), tiempo que finalmente se resta del descanso y sueño, aumentando en aquellos lugares de menores ingresos que tienden a tener los tiempos de traslado más altos (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

7. **Sueño:** la Encuesta Nacional de Salud de 2010 reveló que 6 de cada 10 chilenos presentan trastornos de sueño (ENS, 2010). El 80% de la población duerme menos de 6 horas diarias. La somnolencia es mucho peor que consumir alcohol. Por ejemplo, estar despiertos entre 17 y 18 horas y media a diario, hace desempeñarse como si se tuviera un nivel de 0,05% de alcohol en la sangre (Abate, Jaque y Derosas, 2012). Según estos datos, el 80% de los chilenos estaría pasando por esta situación y funcionan, pero como si hubiesen bebido.

8. **Tiempo:** la falta de tiempo alude a un hecho muy concreto. Las demandas de la “máquina” de la rutina dejan poco tiempo para desarrollar otros aspectos de la vida, tales como la familia, los amigos, el descanso (PNUD, 2002). La rutina se emplea principalmente en el trabajo y las tareas domésticas, quedando menos espacio para el autocuidado y el ocio.

9. **Estrés y ansiolíticos:** Chile es el cuarto país en Latinoamérica en consumo de benzodiazepinas, después de Venezuela, Uruguay y Argentina (Díaz, 2012). Entre los 40 y 60 años es donde se produce el mayor consumo, correspondiente al 39% (Yates, 2009; Catril, 2009). Esto podría indicar que la presión laboral y el factor estrés (considerando el rango de edad de la población económicamente activa) estaría jugando un papel importante (Guic, Bilbao y Bertin, 2002). Las farmacias aumentan sus ventas de ansiolíticos en un 30% en marzo (Abate, Jaque y Derosas, 2012), mes que en el país se regresa a las rutinas laborales y escolares posvacaciones de verano.

10. Género: el género es uno de los factores predictivos más importantes de sintomatología depresiva, con un riesgo estimado dos veces mayor entre las mujeres en comparación a los hombres (Jiménez, Reyes y Rojas, 2021). Las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, podrían explicar estas desigualdades de género en la salud mental (Bacigalupe et al., 2020), estando las mujeres más sobrecargadas al respecto de las labores domésticas y también dado que las mujeres trabajadoras están sometidas a los efectos de la doble presencia, entendida como la necesidad de responder a las demandas del trabajo asalariado y del doméstico-familiar de forma sincrónica (Moreno et al., 2011). Esta carga mental constante a lo largo del día muchas veces genera estrés, culpa, sensación de incompetencia, de no ser suficientemente buena en lo que se hace, mermando la seguridad y autoestima. También genera sensación de desesperanza, impotencia y la imposibilidad de cambiar las cosas hace entrar en un círculo vicioso que va ocasionando más malestar, estrés crónico y sintomatología de tipo ansiosa y depresiva. Este es un fenómeno que afecta principalmente a las mujeres y tiene efectos negativos sobre la salud (Moreno et al., 2011).

Conclusiones

La depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, al cual se puede llegar a través de diversas vías, cuyas manifestaciones psicopatológicas se relacionan con la personalidad y lo que depende de la interacción entre factores genéticos, ambientales y culturales a lo largo del desarrollo (Botto, Acuña y Jiménez, 2014). Por lo tanto, es un fenómeno multidimensional.

De acuerdo a Nazar y cols. (2021), a la fecha se han identificado diversos factores asociados a la etiología de la depresión, que incluyen tanto antecedentes genéticos y alteraciones fisiopatológicas, como factores ambientales y psicosociales, y sus interacciones. Entre los con mayor evidencia apuntan al riesgo aumentado en mujeres, en personas en situación de vulnerabilidad, como pobreza, frente a estrés financiero, presencia de dolor, morbilidad y experiencias traumáticas, particularmente en etapas tempranas del desarrollo. Destaca el menor número de horas de

sueño, mayor tiempo sedente o sin actividad, mayor consumo de tabaco, presencia de multimorbilidad y menor bienestar percibido.

Las diferencias culturales y los estilos de vida propios de cada comunidad podrían tener una incidencia en la aparición de la sintomatología depresiva. Queda como desafío investigar más al respecto.

Los trastornos psiquiátricos son cuadros etiológicamente complejos. Para entenderlos es necesario contar con un modelo que, sin dejar de lado la rigurosidad conceptual y empírica, sea pluralista e integrativo y cuyo fundamento se encuentre en la estrecha colaboración con otras ramas de la ciencia (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

En ese sentido, se plantea la necesidad de investigar en mayor profundidad la cultura y estilos de vida de las personas en Chile, que permita considerar el estudio de las enfermedades de salud mental en contexto, permitiendo así también generar posibles intervenciones en niveles complementarios a los centros de salud, pero que impactan en el bienestar y salud de las personas.

Referencias

- Abate, J., Jaque, J., & Derosas, F. (2018, 6 de julio). La mitad de los chilenos no puede dormir. *La Tercera*. <http://papeldigital.info/tendencias/2012/05/05/01/paginas/004.pdf>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización: Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301813>
- Bernard, H. R. (2006). *Research methods in cultural anthropology*. Sage Publications. http://www.dphu.org/uploads/attachments/books/books_476_0.pdf
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142, 1297-1305. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Cerquera, A., & Meléndez, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 63-72. <http://www.redalyc.org/html/801/80113673005/>
- Díaz, C. (2012). La trampa de los ansiolíticos. *Paula*. <http://www.paula.cl/reportaje/la-trampa-de-los-ansioliticos/>
- Durán, G., & Kremerman, M. (2023). *Los verdaderos sueldos de Chile*. Fundación Sol. [https://fundacionsol.cl/cl_luzit_herramientas/static/adjuntos/7407/VIS2023%20\(ESI2022\).pdf](https://fundacionsol.cl/cl_luzit_herramientas/static/adjuntos/7407/VIS2023%20(ESI2022).pdf)
- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica AUGÉ: Depresión*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
- Guerrero, L., & León, A. (2010). Estilo de vida en salud. *Educere*, 14(48), 13-19. <http://www.redalyc.org/html/356/35616720002/>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). *Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT)*. Gobierno de Chile. <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/uso-del-tiempo-tiempo-libre/publicaciones-y-anuarios/publicaciones/sintesis-resultados-regionales-enut.pdf>
- Jiménez, A., Reyes, P., & Rojas, G. (2021). Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile. *Revista Médica de Chile*, 149(4), 533-542. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000400533

- Katon, W. J. (2010). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181964/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-7.pdf>
- Kleinman, A., & Good, B. (1985). *Culture and depression: Studies on the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. University of California Press.
- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Informe de Desarrollo Social 2017*. <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/pdf/upload/IDS2017.pdf>
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 314-327. <http://www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf>
- Moreira, V. (2003). The ideological meaning of depression in the contemporary world. *International Journal of Critical Psychology*, 9, 143-159.
- Moreira, V. (2007). Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: Una lectura fenomenológica mundana. *Psykhé*, 16(2), 129-137. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000200011
- Moreira, R., Papelbaum, M., Appolinario, C., Matos, A., Coutinho, W., Meirelles, R., ... Zagury, L. (2003). Diabetes mellitus e depressão: Uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 47(1), 19-29. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000100005
- Moreno, N., Moncada, S., Llorens, C., & Carrasquer, P. (2011). Double presence, paid work, and domestic-family work. *New Solutions*, 20(4), 511-526. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/NS.20.4.h>
- Nazar, G., Gatica-Saavedra, P., Provoste, M., Leiva, A., Martorell, C., Ulloa, N., Petermann-Rocha, F., Troncoso-Pantoja, C., Celis-Morales, C., & Consorcio de Investigación ELHOC-Chile. (2021). Factores asociados a depresión en población chilena: Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Revista Médica de Chile*, 149(10), 1403-1413. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021001001430
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Glosario de promoción de salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. <https://www.paho.org/es/documentos/mortalidad-por-suicidio-en-las-americas-informe-regional>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2002). *El desafío cultural de Chile*. <http://desarrollohumano.cl/idh/download/2002.pdf>
- Pullen, C., Noble, S., & Fiandt, K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family & Community Health, 24*, 49-73.
- Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: La cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Trabajo presentado en el *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)*, Córdoba, Argentina. <http://www.ossy.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
- Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista Médica de Chile, 142*(9), 1173-1180. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900010
- Torres-López, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Concepciones culturales sobre la salud mental de personas que asisten a procesos terapéuticos psicológicos. *Actualidades en Psicología, 29*(118), 35-46. <http://www.redalyc.org/pdf/1332/133239321005.pdf>
- Urzúa, A., Zúñiga, P., & Buunk, A. (2012). La edad y el sexo en la orientación a la comparación social. *Terapia Psicológica, 30*(3), 79-88. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art08.pdf>
- Vives, A. E. (2007). *Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria*. Facultad de Ciencias Médicas Policlínico Docente Mártires de Calabazas.
- Zunino, N., & Abate, J. (2018, 6 de julio). Cada vez más los chilenos les roban horas al sueño. *La Tercera*. http://www.latercera.com/contenido/739_208551_9.shtml

Capítulo V

Suicidalidad

Makarena Moris Ibáñez

En este capítulo, se lleva a cabo un diálogo técnico y comprensivo sobre la conducta suicida, con el propósito de revisar herramientas clínicas que permitan abordar de manera sensible la situación de personas en riesgo. Desde una perspectiva epidemiológica, el informe de mortalidad por suicidio en Chile durante el período 2010-2019 indica que, en promedio, 1.800 individuos fallecen anualmente debido a esta causa, convirtiéndose en una tragedia personal que cobra vidas prematuramente y con un impacto expansivo que afecta a familias, amistades y comunidades, representando además una preocupante carga y causa de mortalidad a nivel nacional y global (Minsal, 2022).

La conducta suicida se conceptualiza como un fenómeno complejo, no lineal, multifactorial y dinámico (Morales et al., 2017). Resulta esencial distinguir y aplicar herramientas de evaluación y estrategias de manejo oportuno para satisfacer las necesidades de quienes consultan con riesgo suicida, dada su naturaleza clínica de gran complejidad.

La suicidalidad abarca un espectro desde las ideas de muerte hasta el intento de suicidio, con un período de transición especialmente riesgoso entre la ideación y el acto suicida. Los intentos de suicidio incrementan notablemente la probabilidad de mortalidad, lo que subraya la importancia de analizar detalladamente los factores de riesgo, las señales de advertencia y los factores protectores asociados. Aunque la capacidad predictiva en la clínica es incierta dada la naturaleza del fenómeno, se aconseja enfocarse en indicadores a corto plazo para una evaluación más precisa de crisis suicidas inminentes.

Se revisa el enfoque SAFE-T como una herramienta integral al considerar eventos estresantes recientes, patrones de ideación y motivación suicida, y factores protectores en la evaluación del riesgo suicida. Una

vez concluida la evaluación, los profesionales de la salud mental pueden emplear las directrices del SAFE-T para determinar el riesgo relativo y elegir intervenciones adecuadas para reducirlo, como consultas médicas, apoyo psicosocial y hospitalización. Los tratamientos psicosociales y la comunicación empática remota, han demostrado su eficacia en la disminución del riesgo de suicidio. También la calidad de las relaciones sociales actúa como factor protector o de riesgo en este contexto (Fowler, 2012).

A pesar de los avances en las herramientas de evaluación del riesgo de suicidio, persisten desafíos relacionados con la tasa de falsos positivos y negativos. La entrevista clínica, junto con una evaluación exhaustiva de antecedentes, diagnósticos y factores de riesgo, sigue siendo esencial en la evaluación del riesgo suicida y en la implementación de intervenciones preventivas adecuadas. Se destaca la importancia de un enfoque colaborativo y centrado en el paciente para abordar la conducta suicida de manera efectiva.

El diagnóstico e intervención del riesgo suicida requiere una perspectiva integral, basada en la evidencia y centrada en la persona, siendo una tarea crítica y compleja en el campo de la salud mental. El compromiso con la prevención y la atención del riesgo de suicidio sigue siendo una prioridad en el abordaje de este problema complejo.

Concepto de suicidalidad

Se conceptualiza como un continuo que abarca diversos comportamientos. Puede ser definida como una preocupación o acto que intencionalmente inflija un daño o cause la muerte de sí mismo (Silva et al., 2013), es decir, abarca desde la ideación, el intento de suicidio, hasta el suicidio consumado, constituyendo una importante preocupación de salud a nivel nacional y mundial tanto en población adolescente como adulta. En la literatura científica, se ha extendido considerablemente la operativización del suicidio en tres formas: ideaciones suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado. Sin embargo, en los últimos años se ha cuestionado la validez de este constructo y se ha enfatizado también la importancia de estudiar los factores asociados a cada una de estas formas (García et al., 2018).

La palabra suicidio tiene su origen en el latín *suicidium*, que está compuesto por *sui* (de sí o a sí) y *cidium* (matar), es decir, matar a sí mismo (Jiménez, Acuña y Botto, 2024). La Organización Mundial de la Salud (2014) lo define como “un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo, con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte”. Se refiere al comportamiento suicida como una variedad de conductas que abarcan los pensamientos suicidas (idea-ción), la planificación, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Sugiere usar el término muerte por suicidio, como término no valorativo y compatible, con la forma en que describimos otros tipos de muerte (muerto por infarto al miocardio).

En estas conductas puede existir una clara y consciente intención de acabar con la vida, aunque no necesariamente siempre ocurre así. En algunos casos también puede suceder que esté presente una alta ambivalencia con una mezcla de sentimientos en torno a cometer el acto. De todas formas, la mayoría de las veces no existen deseos de morir, si no el sentimiento de no ser capaz de tolerar estar vivo (OMS, 2014). Es importante clarificar que la intencionalidad de las conductas suicidas puede ser altamente dinámica e inestable, pudiendo estar presente en un momento para luego ya no estar en otro (Fowler, 2012; Morales et al., 2017 en Minsal, 2019).

La conducta suicida se manifiesta de diversas maneras según datos del Ministerio de Salud; Gobierno de Chile en los años 2013, 2019 y 2023:

- Ideación suicida: incluye un rango que va desde pensamientos sobre la muerte hasta planes específicos para suicidarse, deseos de morir o pensamientos sobre hacerse daño.
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente (LAIN): un acto no habitual con resultado no mortal que una persona, esperando morir o exponiéndose al riesgo de morir o de infligirse daños corporales, ha iniciado y ejecutado con la finalidad de propiciar cambios deseados. En este sentido, la definición de una LAIN responde a dos variables específicas: a) si la lesión o la intoxicación fue autoinfligida, es decir, que no fue externa ni provocada por un tercero, y b) fue intencional, es decir, no responde a una situación accidental. No es necesario confirmar la intencionalidad

suicida de la lesión, es decir, que haya una intención de morir. El caso podría ser además un intento de suicidio, se requeriría información suficiente para confirmar o descartar el grado de intencionalidad suicida.

- Intento de suicidio: implica una serie de conductas o actos con los que una persona busca intencionalmente causarse daño hasta alcanzar la muerte, aunque sin lograr su consumación.
- Suicidio consumado: se refiere al acto voluntario e intencional de poner fin a la propia vida, caracterizado por su fatalidad y premeditación.

De este modo, en el ámbito de la salud mental, la suicidalidad se refiere a un amplio espectro de comportamientos que van desde la ideación suicida hasta la ejecución del acto de suicidio, cada uno con sus propios niveles de riesgo de muerte y sufrimiento psicológico profundo que limita las alternativas disponibles (Minsal, 2013, 2019; OMS, 2014). Este espectro incluye también la fase de planificación y adquisición de medios necesarios para llevar a cabo el suicidio, culminando en la lamentable pérdida de vidas humanas.

Es importante comprender que el suicidio no es simplemente una decisión individual que surge en un contexto de salud debilitada, sino que también implica una ruptura en las conexiones emocionales y sociales del individuo. En su núcleo, la toma de decisiones suicidas está marcada por un sufrimiento emocional intenso, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente y una desesperanza profunda hacia el futuro, donde la muerte se percibe como la única salida (Bobes, Giner y Saiz, 2011 en Echeburúa, 2015).

Quienes consideran el suicidio son personas que enfrentan un sufrimiento extremo y sienten una falta de alternativas viables. A menudo, no desean realmente morir, sino escapar del sufrimiento. Por lo tanto, la prevención del suicidio no solo implica abordar los factores de riesgo, sino también ofrecer un apoyo integral y opciones que ayuden a las personas a encontrar alivio y esperanza en sus vidas (Spirito y Donaldson, 1998; Echeburúa, 2015).

Las clasificaciones nosológicas son fundamentales debido a su aplicación directa tanto en la práctica clínica como en la perspectiva epidemiológica. Sin embargo, en la actualidad, se enfrentan ciertas dificultades

y existe falta de consenso en la definición de la conducta autolítica. Por un lado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992), el suicidio se encuentra categorizado junto con las causas externas de mortalidad y el homicidio bajo los códigos X60.0 al X84.9, que se refieren a fallecimientos como consecuencia de lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, realizadas intencionalmente, y la codificación de Z91.5 para la historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente (González, 2015).

Por otro lado, en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V, 2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), uno de los manuales más utilizados en la actualidad para la clasificación de trastornos psiquiátricos, el suicidio no cuenta con una categoría específica. En su lugar, se han introducido dos nuevas categorías dentro del capítulo “Trastorno depresivo mayor”: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida, entendido como un síntoma o manifestación dentro de un trastorno, pero se plantea la posibilidad de ser considerado como un trastorno mental en sí mismo (véase la propuesta en “Trastorno del comportamiento suicida” del DSM-5, incluida en el apartado de condiciones para el estudio futuro) (APA, 2013; García Haro et al., 2020).

Prevalencia de muerte por suicidio

Cada suicidio significa una tragedia personal que cobra prematuramente la vida de una persona. También tiene un efecto expansivo que afecta en la vida de sus familias, amistades y comunidades, convirtiéndose en una preocupante fuente de carga y mortalidad en la salud a nivel nacional y mundial.

En relación con el contexto internacional, el informe más reciente de la OMS titulado “Suicidio en el mundo en el 2019. Estimaciones globales de Salud” (2021) ofrece datos a nivel regional y global de 183 países. Según este reporte, la tasa estandarizada mundial de suicidio en 2019 para ambos sexos fue de 9,0 muertes por cada 100.000 habitantes, con una cifra más elevada para hombres (12,6 muertes) que para mujeres (5,4 por cada 100.000 habitantes). De acuerdo con el mismo informe, Chile registra una tasa de suicidios estandarizada por edad para ambos

sexos de 8,0 personas por cada 100.000 habitantes, una cifra ligeramente inferior al promedio global, situándose en la posición 85 entre los 183 países analizados (Minsal, 2022).

Al observar la diferencia de tasas estandarizadas de muerte por suicidio entre hombres y mujeres a nivel global, se constata que las tasas son 2,3 veces más altas en hombres que en mujeres y son en general, mayores en los hombres en todos los grupos de edad. Estudios recientes revelan que el suicidio de hombres supone aproximadamente el 79% del total de las muertes autoinfligidas en las Américas.

Según los datos de la OMS para el año 2019, nuestro país mostraba una de las mayores diferencias a nivel mundial en este indicador, con una proporción de 4,7 (13,4 hombres/3 mujeres). Según la OMS (2014), dentro de las razones que explican esta diferencia en las tasas de suicidio se encuentran:

- Roles de género: a menudo los hombres sienten presión de la sociedad para ser el proveedor y protector de la familia, y si no pueden hacerlo ponen en duda su valor.
- Diferencias en los métodos socialmente aceptables de abordar el estrés y el conflicto: para los hombres puede ser menos aceptable pedir ayuda, por consiguiente, se sienten atrapados y sin esperanzas por su situación, siendo incapaces de encontrar una salida.
- Disponibilidad y preferencia por métodos de suicidio diferentes: a través de su trabajo y de su vida pueden tener acceso a métodos de suicidios diferentes.
- Disponibilidad y patrones de consumo de alcohol: para los hombres puede ser más aceptable consumir alcohol como estrategia de afrontamiento.
- Diferencias de las tasas de solicitud de atención para los trastornos mentales entre hombres y mujeres.

El “Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019” del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2022) proporciona una visión detallada y exhaustiva de la situación de los suicidios en Chile durante el período mencionado, lo cual es crucial para comprender y abordar adecuadamente este problema que compete a la salud pública.

En cuanto a grupos etáreos, según el Institute of Health Metrics and Evaluation (2021), en Chile, el suicidio figura como la principal causa de muerte en el grupo de 15 a 49 años, por encima de los accidentes de transporte, enfermedades cardiovasculares, cirrosis y violencia intrafamiliar. Esta posición se mantiene al comparar las tasas entre los años 2010 y 2019. Sin embargo, a nivel mundial, al comparar las tasas, el suicidio ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en la población entre 15 a 49 años de ambos sexos.

Con respecto a las tasas de mortalidad por “lesiones autoinfligidas intencionalmente”, se observa un promedio de edad de 42,9 años (mediana de 41 años), mostrando diferencias estadísticamente significativas en la edad promedio entre hombres y mujeres. Los hombres tienen una edad promedio de 43,5 años, mientras que las mujeres presentan un promedio de 40,3 años.

En relación a esos grupos etarios, el rango de 25 a 29 años es el que registra el mayor número de fallecimientos, con un total de 1.991 muertes durante todo el período, seguido por el grupo de 20 a 24 años. Estos mismos grupos etarios continúan siendo los de mayor incidencia cuando se considera la distinción por sexo en los análisis.

Al analizar las tasas específicas por edad y sexo durante el período, se advierten variaciones notorias en el comportamiento de acuerdo a los grupos etarios. En el caso de los hombres, las tasas más altas se observan a partir de los 70 años, siendo la más alta en hombres de 80 o más años, con una tasa de 39,5 por cada 100.000 habitantes mayores de 5 años. Le siguen los hombres de 75 a 79 años, con 29,3. Dichas tasas marcan un alza al compararlas con las del grupo entre los 20 a 64 años, con tasas entre 21 y 23 muertes por 100.000 habitantes de 5 o más años. Cifras consistentes con datos proporcionados por la OMS (2014) que señalan que el conjunto de la región de las Américas el suicidio aumenta con la edad, las personas de más de 70 años, especialmente los hombres, son las que tienen una tasa más elevada de suicidios.

En tanto, las tasas más elevadas en mujeres se encuentran en el grupo de edad entre 35 y 59 años, con índices que van de 5,1 a 5,4 muertes por cada 100.000 habitantes mayores de 5 años, mostrando un descenso a partir de esa franja etaria.

Respecto a los métodos de suicidio, según la OMS, varían en la región de las Américas, siendo los más comunes la asfixia (39,7%), las armas de

fuego (33,3%), y la intoxicación (18,2%). Estos tres métodos representan más del 90% del total de suicidios en la región. Comprender estos métodos es esencial por dos razones clave: en primer lugar, para evaluar el nivel de riesgo de suicidio de una persona, considerando factores como el acceso a armas de fuego, herramientas para la asfixia o sustancias tóxicas (plaguicidas, medicamentos); y, en segundo lugar, limitar el acceso a estos medios se convierte en una medida esencial al elaborar una estrategia integral de prevención del suicidio.

Estudios demuestran que más del 83% de las personas que se quitaron la vida habían buscado la ayuda de un médico de atención primaria dentro del año de su fallecimiento, y alrededor del 66% lo había hecho en el último mes (Luoma, Martin y Pearson, 2002). Además, según autopsias psicológicas de individuos que cometieron suicidio, se revela que en el 80% de los casos, estas personas habían expresado señales o insinuaciones de sus intenciones (Bobes et al., 2011; Horowitz et al., 2012).

Prevalencia de ideación, planificación e intento suicida

A nivel mundial, se observa una prevalencia del 9,2% de la ideación suicida en la población general, mientras que los planes de suicidio se sitúan en un 3,1%. Se ha identificado que el período de mayor riesgo para la transición de la ideación suicida a la planificación o el intento de suicidio ocurre durante el primer año desde el inicio de la ideación (Nock et al., 2008).

En cuanto a los intentos de suicidio, estudios sugieren que son mucho más frecuentes, hasta 20 veces, que los casos de suicidio consumado, por lo tanto, la carga en salud es superior a lo que reflejan las estadísticas (OMS, 2014). Se estima que quienes llevan a cabo un intento de suicidio enfrentan un riesgo de muerte 100 veces mayor que la población general, y entre el 10% y el 15% de quienes han intentado hacerlo fallecen debido a esta conducta. Dentro de este grupo, el 2% realiza un nuevo intento en el año siguiente al intento anterior. Por lo tanto, este subconjunto está particularmente expuesto a realizar otro intento de suicidio en los 12 meses posteriores a su interacción con algún servicio de atención de salud mental, especialmente durante el primer mes después de haber sido dado de alta psiquiátrica. En tanto que el 3,9% muere por suicidio

dentro de los próximos cinco años (Appleby et al., 1999; Baader et al., 2004; Fazel y Runeson, 2020 en Jiménez, 2024).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS), el 2,2% de la población respondió sí a la pregunta “¿Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses?”. En relación con la planificación suicida, el 1,5% de la población respondió afirmativamente a las preguntas relacionadas, existiendo una marcada diferencia entre hombres y mujeres (0,5% y 2,5%, respectivamente) y grupos de edad, siendo el grupo de 45-54 años el de mayor porcentaje a nivel poblacional (3%). Finalmente, el intento suicida muestra diferencias significativas, siendo mayor para las mujeres, lo cual es consistente con la evidencia internacional (Minsal, 2021).

Aspectos clínicos del riesgo suicida

Se aborda la necesidad de una evaluación cuidadosa y detallada, subrayando la importancia de identificar la comprensión etiológica del riesgo suicida, tales como factores de riesgo, señales de advertencia y factores protectores, con el fin de implementar intervenciones preventivas adecuadas (Jiménez et al., 2024).

A continuación, se presentan, según Fowler (2012), los factores de riesgo estáticos asociados con el riesgo individual de suicidio y tentativas de suicidio, en términos de fortaleza predictiva:

- Factores demográficos (género, edad, raza, situación económica): los hombres completan más suicidios, las mujeres intentan más, el estado civil no casado, los grupos de personas adultas mayores, adolescentes y adultos jóvenes, y la raza caucásica, con una fortaleza predictiva extremadamente alta.
- Intentos de suicidio previos: este es el predictor más consistente y fuerte tanto para las tentativas de suicidio como para los consumados en numerosos estudios. Un historial de intento de suicidio previo se relacionó de manera significativa y positiva con el intento de suicidio futuro con una fortaleza predictiva moderado-alta. (Borges et al., 2008).

- Diagnósticos psiquiátricos comórbidos: el riesgo aumenta con una mayor comorbilidad, especialmente en trastornos de sustancias, del estado de ánimo y de la personalidad, con una fortaleza predictiva alta.
- Diagnósticos individuales: los trastornos alimentarios y los trastornos de abuso de sustancias conllevan el riesgo más alto, mientras que los trastornos del estado de ánimo y de la personalidad tienen un riesgo moderadamente alto, y los trastornos de ansiedad tienen un riesgo más bajo, con una fortaleza predictiva alta.
- Gravedad de la enfermedad mental: estudios limitados sugieren que la gravedad del deterioro puede ser un factor de riesgo más allá del diagnóstico específico, con una fortaleza predictiva alta.
- Vulnerabilidades psicológicas: la impulsividad/agresión, los síntomas depresivos, la ansiedad, la desesperanza y la autoconciencia/desconexión social aumentan el riesgo, aunque algunos estudios son inconclusos, con una fortaleza predictiva alta.
- Algoritmos de múltiples dominios: los diagnósticos, los síntomas, la demografía y el historial de hospitalización resultan en una predicción moderadamente verdadera, pero con un alto riesgo de falsos positivos, con una fortaleza predictiva alta.
- Marcadores genéticos: el gen de la serotonina 5-HTT es el más estudiado con una asociación moderada. Otros genes candidatos varían según el estudio, con una fortaleza predictiva desconocida.

Los esfuerzos para evaluar la comorbilidad y la gravedad de los trastornos psiquiátricos muestran tendencias prometedoras (Soloff & Fabio, 2008). El historial de intentos de suicidio sigue siendo el factor de riesgo más fuerte para predecir el suicidio y comportamientos relacionados (Brown, Comtois y Linehan, 2002; Cavanagh, Owens y Johnstone, 1999; Joiner et al., 2005). Sin embargo, este único factor de riesgo tiene limitaciones en su validez predictiva (Turecki, 2005). Los intentos de suicidio graves se asocian con un mayor riesgo de mortalidad y repeticiones (Beautrais, 2004; Haukka et al., 2008). Aunque los marcadores genéticos que han sido estudiados, como el gen del transportador de serotonina 5-HTTLPR, su utilidad predictiva aún no está completamente clara (Arango et al., 2003; Currier y Mann, 2008). Hasta la fecha, la lección es que ningún factor de riesgo estático y único proporciona una

herramienta de diagnóstico adecuada para evaluar el riesgo futuro, dado el número inmanejable de predicciones falsas positivas estudiadas en la literatura.

En este entendido, un primer elemento es abordar los factores de riesgo modificables, como indicar un entorno seguro a corto plazo para el paciente y facilitar el acceso a tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, en caso de estar presentes (Fowler, 2012).

La Asociación Americana de Suicidología reconoció la limitación de los factores de riesgo estáticos. Propuso una agenda de investigación para enfocarse en indicadores a corto plazo, como los pensamientos de suicidio y los eventos estresantes, que pueden ser más predictivos de una crisis suicida inminente (Rudd et al., 2006). La identificación temprana de señales de advertencia es esencial para prevenir el suicidio. A continuación, se presentan algunas de ellas con su descripción y fortaleza predictiva:

- Ideación/plan suicida: presencia de pensamientos o planes suicidas. A menudo está presente en suicidios y tentativas de suicidio, pero algunos individuos pueden negar esta ideación, con una alta fortaleza predictiva.
- Eventos estresantes de la vida: eventos estresantes relacionados con pérdida interpersonal, humillación, traición o problemas legales, que aumentan el riesgo de suicidio, con una moderada-alta fortaleza predictiva.
- Transición poshospitalización: aumento de las tasas de suicidio inmediatamente después del alta psiquiátrica. Mayor riesgo en pacientes que se dan de alta por decisión propia, con una moderada-alta fortaleza predictiva.
- Medidas implícitas que evalúan resultados relacionados con el suicidio: medidas cognitivas y afectivas que predicen comportamientos suicidas con baja tasa de falsos positivos, con una baja-moderada fortaleza predictiva.
- Interacción gen X en eventos estresantes: investigaciones prometedoras sobre cómo la genética y los eventos estresantes de la vida se relacionan con la depresión y el intento de suicidio, con una desconocida fortaleza predictiva.

Entre los desencadenantes más significativos se incluyen los eventos estresantes vitales y traumáticos, los cuales ponen a prueba la capacidad de adaptación del individuo. Dentro de los eventos vitales estresantes más comunes se encuentran el fin de una relación de pareja, el duelo por la pérdida de un ser querido, el diagnóstico reciente de cáncer (con mayor incidencia en la primera semana), dolor crónico y la muerte por suicidio de un familiar cercano, siendo especialmente impactante el suicidio de un hijo o una hija. En cuanto a los eventos traumáticos, destacan los asaltos y haber sido arrestado (Fazel y Runeson, 2020 en Jiménez et al., 2024).

La hospitalización psiquiátrica, aunque destinada a reducir el riesgo de suicidio, puede ser un evento estresante. Estudios indican que el riesgo de suicidio aumenta después de la admisión y del alta (Appleby et al., 1999; Goldacre et al., 1993; Rossau y Mortensen, 1997). Adicionalmente, altas tras hospitalizaciones de corta duración se asocian con un mayor riesgo de suicidio, especialmente si no hay seguimiento adecuado posalta (Qin y Nordentoft, 2005; Hunt et al., 2009).

Investigadores del *Estudio colaborativo de trastornos de personalidad a largo plazo* analizaron recientemente la conexión entre los trastornos de personalidad y eventos negativos específicos ocurridos en el mes previo a los intentos de suicidio. Descubrieron que quienes intentaron suicidarse tenían más probabilidades de haber experimentado situaciones estresantes relacionadas con problemas amorosos y matrimoniales, así como con asuntos legales como el encarcelamiento. Este hallazgo se mantuvo significativo incluso después de ajustar por diagnósticos iniciales de trastorno límite de la personalidad, trastornos depresivos graves, trastornos por consumo de sustancias y antecedentes de abuso sexual en la infancia (Yen et al., 2005).

El riesgo de suicidio se entiende mejor como un fenómeno de diátesis-estrés, en el que vulnerabilidades genéticas y eventos adversos interactúan (Currier y Mann, 2008; Mann et al., 1999; Turecki, 2005; Rudd, 2006). Varios estudios respaldan estos modelos, mostrando que eventos estresantes y factores psicológicos incrementan el riesgo de conductas suicidas (Brodsky et al., 2001; Chang et al., 2010; Conner, Beautrais y Conwell, 2003), aunque en casos de múltiples intentos de suicidio, los eventos estresantes pueden no correlacionarse con la intensidad de la crisis suicida (Joiner y Rudd, 2000).

Es crucial para los futuros clínicos entender los modelos diátesis-estrés de riesgo en el contexto del suicidio. Estos modelos reflejan un consenso creciente entre los investigadores de que el riesgo de suicidio se origina en una combinación compleja de factores genéticos y ambientales. En estos modelos, se postula una vulnerabilidad genética que puede ser desencadenada por eventos adversos tempranos. Esto puede conducir a un desarrollo comprometido y a disfunciones en los sistemas neurobiológicos que regulan el comportamiento, las emociones y las funciones cognitivas. Las deficiencias en la capacidad de respuesta al estrés pueden ser abrumadoras, especialmente durante la adolescencia y la adultez, cuando se enfrentan a eventos negativos episódicos. Esto aumenta la probabilidad de que se desencadene una crisis suicida.

Un punto importante es un estudio genético-ambiental que muestra la relación entre el polimorfismo del transportador de serotonina (5-HTTLPR), eventos estresantes de la vida y comportamientos suicidas. Este estudio reveló que la combinación de ciertos eventos estresantes y el gen 5-HTTLPR corto aumenta la ideación suicida y los intentos de suicidio. Esto subraya la importancia de considerar tanto los factores genéticos como los ambientales al evaluar el riesgo de suicidio en la práctica clínica.

La exposición mediática de casos de suicidio también puede actuar como un desencadenante a gran escala, influyendo en las tasas de suicidio, especialmente en los primeros 30 días de cobertura mediática. Se observa un aumento proporcional en las tasas de suicidio que está relacionado con la cantidad de cobertura mediática. Este efecto es más pronunciado cuando se detallan los métodos utilizados, si la persona fallecida era una figura pública y si el suicidio es idealizado o romantizado (Turecki & Brent, 2016 en Jiménez et al., 2024).

En este contexto crítico y complejo es fundamental identificar los factores protectores, que hacen referencia a variables que proporcionan un grado de resiliencia contra los comportamientos suicidas. Estos son cruciales porque la interacción de los factores de riesgo y protectores puede determinar en última instancia el resultado para los individuos con riesgo (Goldsmith et al., 2002). Los clínicos trabajan rutinariamente para mejorar los factores protectores modificables cuando tratan a pacientes con tendencias suicidas, dando mayor énfasis a la resiliencia como un constructo psicológico viable. Los factores protectores se

incluyen cada vez más en los estudios, la medición y los mecanismos de factores protectores específicos asociados al riesgo individual de suicidio e intentos de suicidio se mencionan en el siguiente apartado, con su descripción y fortaleza predictiva relativa APA (2003):

- Afliliación /Creencias religiosas: las fortalezas de la convicción religiosa y espirituales pueden proporcionar estrategias de afrontamiento, sentido de esperanza y propósito, y aumentar las redes de apoyo social. Alta fortaleza predictiva relativa.
- Razones para vivir: mantener un conjunto de razones significativas para vivir, como la responsabilidad hacia los seres queridos, objeciones morales al suicidio y habilidades de afrontamiento, puede actuar como un factor protector significativo. Sus habilidades de afrontamiento saludables y bien desarrolladas pueden proporcionar un amortiguador contra eventos estresantes en la vida, disminuyendo la probabilidad de comportamientos suicidas. Alta fortaleza predictiva relativa.
- Matrimonio: estado civil matrimonial, factor protector excepto en relaciones conflictivas o violentas. Alta (excepto en relaciones conflictivas).
- Niños en el hogar: estado civil matrimonial, factor protector excepto en relaciones conflictivas o violentas. Alta (excepto en ciertos casos).
- Redes sociales de apoyo: apoyo de organizaciones religiosas, lazos familiares cercanos y entornos escolares y vecinales de apoyo. Las relaciones terapéuticas positivas entre pacientes y clínicos también son fundamentales, destacando la importancia de establecer y mantener una alianza terapéutica efectiva como factores protectores. Alta.
- Medicamentos psicotrópicos: efectividad de medicamentos psicotrópicos, como litio para trastornos del estado de ánimo, y clozapina para trastornos psicóticos, como factores protectores. Alta.
- Contactos terapéuticos: efectividad de contactos terapéuticos como factores protectores, incluyendo tratamientos psicosociales para el trastorno límite de la personalidad y la intervención de evaluación y gestión colaborativa de la suicidalidad. La intervención de evaluación y manejo colaborativo de la suicidabilidad

(CAMS) es una estrategia específica y efectiva para reducir la suicidabilidad en pacientes, enfocándose en la calidad de las relaciones y estructuras sociales. Alta (Jobes et al., 2005; Ellis et al., 2011).

- Contactos de apoyo breves: efectividad de contactos breves de apoyo, como la divulgación de preocupación y afecto de forma remota o consultas psicodinámicas en el hogar como factores protectores. Alta.

Las evaluaciones se realizan en el primer contacto y cada vez que el clínico anticipa que el riesgo puede estar elevado. Los clínicos evalúan factores de riesgo estáticos, como historial de abuso, historial de intentos de suicidio, factores de diagnóstico, antecedentes familiares de intentos de suicidio y síntomas presentes de anhedonia, impulsividad, desesperanza, insomnio y alucinaciones imperativas. Los signos de advertencia se incorporan en la evaluación, incluyendo eventos potencialmente desencadenantes, como pérdidas, humillaciones, caos familiar actual y aumento en el abuso de alcohol e intoxicación. Los factores protectores, como los recursos internos de afrontamiento, las creencias religiosas y las razones externas para vivir (responsabilidad hacia los hijos, relaciones terapéuticas positivas y apoyo social), proporcionan un contrapeso a los factores de riesgo, pero se consideran de influencia mínima cuando están presentes fuertes factores de riesgo y eventos desencadenantes.

Aunque los factores de riesgo y las medidas rara vez proporcionan pruebas consistentes de pruebas de diagnóstico eficientes, generalmente los expertos están de acuerdo en que una evaluación multidimensional que incorpore los factores de riesgo y protección más conocidos es el curso de acción más razonable (APA, 2003; Brown, 2002; Goldsmith et al., 2002; Nock et al., 2008; Rudd et al., 2006; Oquendo et al., 2003).

Abordaje clínico del riesgo del suicida: herramientas y estrategias

Para abordar adecuadamente la evaluación del riesgo suicida en un contexto clínico es crucial comprender que este proceso se lleva a cabo en un momento específico y que el riesgo puede variar significativamente con el tiempo. La conducta suicida es el resultado de una compleja

interacción de diversos factores, por lo que es fundamental considerar múltiples aspectos en la evaluación. En la Tabla 1 se presenta una visión detallada de las dimensiones y descriptores asociados con la ideación suicida, lo que facilita su comprensión y evaluación en el contexto clínico.

Tabla 1. Dimensiones de la ideación suicida y descriptores

Dimensiones de la ideación suicida	Descriptores
Frecuencia	Infrecuente / Frecuente / Continua
Relación con estímulos	Clara / Evidente / Dudosa / Inexistente
Duración de los episodios	Segundos / Minutos / Horas
Formato	Verbal / En imágenes
Ideación activa o pasiva	“Ojalá que me ocurra algo” vs. “Quiero...”
Afecto concomitante	Miedo / Angustia / Dolor / Alegría o alivio / Rabia / Culpa / Vergüenza
Nivel de concreción	Vaga o abstracta / Concreta
Evolución	Aguda / Crónica
Posición del Yo frente a la ideación suicida	Activa / Pasiva / Variable u oscilante
Actitud	Rechazo / Indiferencia / Aceptación / Ambivalencia
Planes suicidas	Sí / No / Dudoso
Asociación a otras variables	Situacionales / Interpersonales / Emocionales / Síntomas
Percepción de capacidad	Se siente capaz (“coraje para hacerlo”) / No se considera capaz
Presencia de disuasivos	P. ej. Dañaría otras personas / Razones religiosas
Control percibido	Presente / Ausente / Inseguro
Severidad relativa	Peor episodio el actual / Otros han sido peores
Actitud frente al clínico	Revela abiertamente sus ideas suicidas / Intenta ocultarlas o es renuente a revelarlas

Fuente: Extraído de Gómez, (2012).

El objetivo principal de la evaluación es discernir cuáles son los factores que contribuyen más al riesgo suicida actual en cada caso. Esto implica investigar tanto los factores de riesgo como los factores protectores. Tras una evaluación exhaustiva de ambos, los clínicos deben realizar una investigación sensible de la ideación suicida actual, los planes y los comportamientos (como ensayos y preparación), esforzándose por expresar preocupación y prestando atención a la alianza para comunicar cuidado y maximizar la probabilidad de informes precisos. La determinación del riesgo relativo debe basarse en el juicio del clínico al sopesar la combinación de factores de riesgo y factores protectores, evaluar el apoyo social del paciente, el estado de la alianza terapéutica y el sentido de desesperación del paciente (Jobs, 2016). Algunos de los elementos a tener en cuenta incluyen (Morales et al., 2022):

- Características de la ideación de muerte o intento suicida.
- Antecedentes de suicidios individuales y familiares.
- Antecedentes de psicopatología tanto en el individuo como en su familia.
- Red de apoyo social y familiar.
- Intereses y actividades centrales en la vida del individuo.
- Eventos vitales relacionados con la crisis actual.

Durante la evaluación clínica del riesgo suicida, es importante abordar directamente cualquier síntoma depresivo y preguntar de manera específica sobre pensamientos de muerte e ideación suicida. Es crucial transmitir confianza al paciente, mostrando comprensión y seguridad en cómo abordar la situación. Es fundamental preguntar de manera gradual y tolerar cualquier frustración que pueda surgir durante el proceso (Morales et al., 2022).

Frente a la evaluación de pacientes suicidas, el profesional clínico debe cultivar la curiosidad, la preocupación y la aceptación tranquila de los estados emocionales y cognitivos del paciente para mejorar la alianza terapéutica. Esto puede ayudar al paciente a explorar directamente su angustia y facilitar una evaluación precisa del funcionamiento actual. Es esencial mantener una relación terapéutica positiva y cooperativa para contrarrestar los impulsos suicidas (APA, 2003). Al mismo tiempo, el clínico debe evitar reacciones personales que puedan ser no terapéuticas,

como adoptar un tono adversarial, asumir un papel de salvador o difuminar los límites profesionales (Hendin, 1991; Maltzberger y Buie, 1980).

Identificar los diferentes aspectos del sufrimiento del paciente es esencial para comprender la gravedad de la situación. Esto puede incluir sentimientos de agobio psíquico, soledad, impotencia, desesperanza y falta de sentido de la vida, en este entendido, la desesperanza como un síntoma psicológico se relaciona con una disminución en el sentido de la vida y una sensación más intensa de vacío existencial, lo cual constituye un factor de riesgo significativo para el suicidio según los estudios. Si hay ideas suicidas presentes, es importante explorar sus características, trayectoria y cualquier planificación concreta que pueda existir (Morales et al., 2022).

También es relevante considerar si ha habido intentos de suicidio anteriores, evaluando las circunstancias, letalidad y reacciones ante la so brevida. Identificar factores agravantes, como la falta de enjuiciamiento de la realidad o la ausencia de voluntad de sobrellevar el riesgo, es fundamental para comprender la situación del paciente. En la exploración del riesgo suicida, es esencial centrarse en la totalidad de la experiencia del paciente y no solo en su sufrimiento inmediato. Fortalecer los factores protectores y aprovechar el momento de crisis como una oportunidad para la intervención son aspectos clave en la evaluación y la intervención clínica. La investigación demuestra que enfocarse en el desarrollo y fortalecimiento de factores protectores puede ser más eficaz para disminuir el riesgo de suicidio que centrarse exclusivamente en los factores de riesgo (Morales et al., 2022).

Finalmente, es crucial adoptar una actitud de escucha abierta y desprejuiciada, promoviendo la expresión emocional del paciente y transmitiendo tranquilidad para que pueda explorar sus pensamientos de muerte de manera segura. Ayudar al paciente a poner en palabras sus sentimientos y experiencias puede facilitar una mejor comprensión y un mayor sentido de control en momentos de angustia intensa. Truscott, Evans y Knish (1999) resaltan la importancia de hacer una revisión introspectiva de los eventos estresantes recientes que enfrenta el paciente, lo cual incluye examinar rupturas en la alianza terapéutica y perturbaciones en las relaciones sociales. Aunque mantener una postura terapéutica de curiosidad y preocupación, al mismo tiempo que se está abierto a la posibilidad de que una ruptura de la alianza pueda ser un desencadenante de la crisis,

puede ser difícil en aquellos momentos en que la ansiedad aumenta. Por eso, es esencial comunicar curiosidad y preocupación genuina acerca de las causas del sufrimiento insoportable que experimenta el paciente.

SAFE-T es una herramienta destacada en el ámbito clínico y de evaluación del riesgo suicida, basado en las directrices de práctica de la Asociación Psiquiátrica Americana (2003). Se reconoce como una estrategia de evaluación completa y efectiva que supera las limitaciones de los factores de riesgo individuales. Al considerar eventos estresantes recientes y evaluar patrones actuales de ideación y motivación suicida, el SAFE-T brinda una visión integral del riesgo suicida, complementando esta evaluación con la identificación de factores protectores que pueden reducir la probabilidad de comportamiento suicida en ciertos individuos. Una vez concluida la evaluación, los clínicos pueden emplear las directrices del SAFE-T para comparar los resultados y determinar el riesgo relativo (alto, moderado, bajo).

La definición de niveles de riesgo en la evaluación del riesgo suicida es crucial para adaptar las medidas de seguridad y protección a cada situación específica. Se distinguen tres niveles de riesgo (APA, 2003; Morales et al., 2022):

- Riesgo suicida bajo: se define cuando la persona presenta sintomatología ansiosa y/o depresiva leve, ideación suicida difusa, planificación leve y sin otros factores de riesgo actuales significativos.
- Riesgo suicida moderado: se clasifica en este nivel si la ideación suicida es claramente identificable o si ha habido un intento de suicidio reciente, con presencia de planificación reconocible y posiblemente algunos otros factores de riesgo revisados durante la evaluación.
- Riesgo suicida alto: este nivel se determina cuando la ideación suicida es claramente identificable o ha habido intentos de suicidio recientes, existe planificación de un próximo intento suicida y se observan múltiples factores de riesgo significativos, incluyendo antecedentes familiares e individuales relevantes.

Es fundamental evaluar la disfuncionalidad en áreas vitales como el trabajo, la familia y las relaciones, considerando el nivel de satisfacción como indicador de riesgo o protección adicional. La implementación

de medidas de seguridad adecuadas para cada nivel de riesgo es esencial para una evaluación integral y una prevención efectiva del riesgo suicida.

Las intervenciones, como la consulta médica, el apoyo psicosocial adicional, el desarrollo de un plan de crisis, la provisión de números de emergencia o líneas directas de crisis, y la hospitalización, deben ser discutidas y acordadas con el paciente siempre que sea posible, como parte del proceso de toma de decisiones compartido. Es fundamental documentar de manera clara el nivel de riesgo identificado, el plan de tratamiento justificado para abordar y reducir dicho riesgo, así como cualquier seguimiento necesario (APA, 2003; Joiner, 2005).

Los clínicos especializados en el manejo de pacientes de alto riesgo siguen una serie de pasos clave con la ayuda del SAFE-T:

1. Identificar factores de riesgo pertinentes, especialmente aquellos susceptibles de tratamiento.
2. Evaluar y determinar factores protectores.
3. Realizar una evaluación detallada de la conducta suicida actual, incluyendo pensamientos, planes, comportamientos e intenciones.
4. Determinar el nivel de riesgo y seleccionar intervenciones adecuadas para reducirlo; y finalmente.
5. Documentar de manera exhaustiva la evaluación del riesgo, la justificación de las intervenciones y el seguimiento posterior a la evaluación e intervenciones realizadas (APA, 2003; Joiner, 2005).

Desde una perspectiva psicoterapéutica, se ha observado que ciertos enfoques son particularmente efectivos en el abordaje del riesgo suicida, como lo evidencian numerosos estudios clínicos aleatorios controlados. Entre estos enfoques se encuentran los tratamientos psicosociales destinados a pacientes con síndrome límite de personalidad (Bateman y Fonagy, 2008; Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Exacción et al., 2006; Linehan et al., 2006, citados en Fowanty, 2015), la comunicación remota que expresa cuidado y preocupación (Motto y Bostrom, 2001; Fleishmann et al., 2008, citados en Fowanty, 2015), la psicoterapia dinámica domiciliaria (Guthrie et al., 2001, citado en Fowanty, 2015), la prevención colaborativa basada en la alianza terapéutica y la mejora de los contactos sociales, que ha demostrado reducir las tasas de suicidio (Ellis et al., en prensa; Jobes et al., 2005; Jobes et al., 2009).

Las intervenciones mencionadas anteriormente destacan la importancia de mantener una relación terapéutica sólida y colaborativa, incluso a través de medios remotos como mensajes o llamadas telefónicas, con el fin de reducir el riesgo de suicidio. La calidad de esta relación, junto con la atención constante del terapeuta hacia el paciente, el genuino interés en su bienestar y los esfuerzos para abordar y resolver cualquier ruptura en la alianza terapéutica, pueden ejercer una influencia significativa en la esperanza y la recuperación del paciente (Jobes, 2011).

Se aconseja a los terapeutas que se enfoquen en fortalecer la alianza terapéutica, tomando en consideración cualquier ruptura reciente que pueda contribuir a la ideación suicida. Trabajar de manera colaborativa para entender las causas subyacentes de dicha ideación y desarrollar un enfoque conjunto basado en la evidencia es fundamental (Jobes, 2011). La centralidad de la colaboración y la negociación en el contexto de la alianza terapéutica ayuda al clínico y al paciente a evitar luchas de poder, fantasías de rescate, dependencia patológica y cumplimiento falso. Esta práctica heurística implica evaluar con cuidado los factores de riesgo, señales de advertencia y factores protectores respaldados por evidencia sólida, adoptando luego una perspectiva práctica y clínicamente sensible para determinar el nivel de riesgo y llevar a cabo la intervención psicoterapéutica correspondiente (Fowler, 2012).

Cuando se inicia el tratamiento con pacientes de alto riesgo, lo mejor es negociar un enfoque de tratamiento colaborativo para los pensamientos y comportamientos suicidas que incluya: (1) un plan claro para desescalar una crisis suicida, (2) la negociación de las responsabilidades mutuas e individuales del clínico y el paciente para establecer y mantener la seguridad del paciente (plan de seguridad que incluya la derivación a servicios especializados en casos críticos), y (3) un acuerdo para explorar los desencadenantes y el significado de la crisis una vez que haya pasado (Jobes, 2011).

Dado que la precisión de la evaluación del riesgo de suicidio es menos que perfecta, ¿qué debe hacer un clínico cuando se enfrenta a la evaluación de pacientes suicidas? La curiosidad, la preocupación y la aceptación tranquila de los estados emocionales y cognitivos del paciente pueden servir para mejorar la alianza terapéutica, alentar al paciente a explorar directamente su angustia y ayudar en la evaluación precisa del funcionamiento actual. De esta manera, una relación terapéutica positiva y

cooperativa puede servir como contrapeso a los impulsos suicidas (APA, 2003). Al mismo tiempo, el clínico debe ser consciente de las reacciones personales que pueden llevar a (re)acciones no terapéuticas, como adoptar un tono adverso y hostil, asumir un papel de salvador, difuminar los límites profesionales, evitar o compensar en exceso los sentimientos negativos que surgen (Hendin, 1991; Maltzberger y Buie, 1980).

Conclusiones

Las pruebas de diagnóstico para predecir el riesgo individual de suicidio aún no son precisas, pero hay avances prometedores, como combinar medidas de diferentes áreas y utilizar medidas implícitas de afecto y cognición. Se reconoce el problema de la alta tasa de falsos positivos en las evaluaciones de riesgo suicida, lo que puede llevar a consecuencias no deseadas como hospitalizaciones innecesarias y rupturas en la alianza terapéutica.

Se aconseja a los clínicos negociar con los pacientes sobre cómo abordar la ideación suicida antes de que se convierta en una crisis. Esto puede incluir discutir posibles intervenciones y estrategias para empoderar al paciente y evitar la percepción de traición en caso de intervención. Integrar la evaluación y la exploración del significado de los pensamientos suicidas dentro del tratamiento puede fortalecer la relación terapéutica y aumentar la colaboración entre el clínico y el paciente para evitar resultados negativos asociados con el suicidio. Las investigaciones y debates en torno a la predicción del suicidio han evidenciado una serie de desafíos importantes. La baja tasa base de suicidio ha hecho que sea extraordinariamente complicado prever con precisión quiénes están en riesgo. Aunque se han mejorado la sensibilidad y especificidad de las herramientas de evaluación del riesgo de suicidio, esto ha llevado a un aumento tanto de falsos positivos como de falsos negativos, lo que plantea interrogantes sobre la utilidad efectiva de dichas herramientas.

La fluctuación del estado suicida en las personas también es un factor crítico que dificulta la predicción fiable del suicidio. Ante estas dificultades, surge la cuestión fundamental de si invertir recursos considerables

en la predicción del suicidio es justificable, especialmente cuando los resultados de estas herramientas son cuestionables.

En este contexto, la entrevista clínica emerge como un componente esencial en la evaluación del riesgo suicida. Tanto la interacción directa con el paciente como con sus familiares juegan un papel crucial en comprender adecuadamente el problema y la necesidad de intervención y tratamiento. La presencia de antecedentes de intentos de suicidio previos se ha asociado de manera significativa con futuros intentos, lo que subraya la importancia de una evaluación exhaustiva y continua.

Los criterios diagnósticos también han sido objeto de debate, dada la diversidad de términos y definiciones empleadas para describir el comportamiento suicida. La comprensión de que múltiples factores contribuyen al suicidio, y que este nunca es resultado de una única causa, es fundamental para abordar de manera efectiva este problema complejo.

En la práctica clínica, la atención al riesgo suicida se considera una parte esencial de la atención. Esto implica tratar directamente el riesgo de suicidio como una preocupación primordial, más allá de un síntoma de una condición subyacente. La evaluación cuidadosa del nivel de riesgo y la implementación de intervenciones preventivas adecuadas son pilares fundamentales en la atención a personas con vulnerabilidad suicida. Es importante recordar que la investigación demuestra que enfocarse en el desarrollo y fortalecimiento de factores protectores puede ser más efectivo para reducir el riesgo de suicidio que centrarse exclusivamente en los factores de riesgo.

La evaluación de una persona con riesgo suicida es una de las tareas más desafiantes en la práctica, dado que implica una atención vital donde el diagnóstico se basa en la evaluación clínica, ya que no existen pruebas estandarizadas que puedan determinar objetivamente el nivel de riesgo. La búsqueda constante de indicadores que permitan comprender y predecir el fenómeno de la conducta suicida es una prioridad en la investigación científica. Sin embargo, la naturaleza multifactorial, no lineal, dinámica y fluctuante tanto del suicidio como de los intentos de suicidio conlleva una complejidad técnica que dificulta la precisión en su diagnóstico. A pesar de estos desafíos, es una responsabilidad ética y técnica realizar una valoración del riesgo de conducta autolítica que la persona presenta y al mismo tiempo implementar una respuesta terapéutica

destinada a reducir dicho riesgo. Esta reflexión resalta la importancia de que los profesionales clínicos adquieran habilidades técnicas específicas para comprender y aplicar con eficacia estrategias de intervención frente al riesgo suicida.

Referencias

- Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed., texto revisado). American Psychiatric Association.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., & Kiernan, K. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Medical Journal*, *318*(7183), 1235-1239.
- Arango, V., Huang, Y. Y., Underwood, M. D., & Mann, J. J. (2003). Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*, *37*(5), 375-386.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(5), 631-638.
- Beautrais, A. L. (2004). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, *34*(4), 713-720.
- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., Karam, E. G., Kovess, V., Levinson, D., ... Kessler, R. C. (2008). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(12), 1617-1628.
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871-1877.
- Brown, G. K. (2002). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults* (Technical Report). American Association of Suicidology.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 198-202.
- Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Introducing a standardized measure of suicidal ideation and behavior. *American Association of Suicidology*, *17*(1), 3-21.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1998). Gender, culture, and suicidal behavior. *Transcultural Psychiatry*, *35*(2), 163-190. <https://doi.org/10.1177/136346159803500202>

- Casas, G., Guillamón, I., & Aguilar, M. (2013). Suicidio en jóvenes: Una revisión desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.010>
- Chabrol, H., Mabila, J. D., Mantoulan, R., & Rousseau, A. (2008). Suicidal ideation and school bullying in middle-school students. *European Psychiatry*, 23(3), S240.
- Chehil, S., & Kutcher, S. (2002). Suicide risk management: A manual for health professionals. *Health Canada*.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between nonsuicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>
- Claes, L., Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Kuppens, P., & Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: Which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 386-392. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2009.09.001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023). *Informe sobre la situación de la salud mental en México 2023*. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813931/Informe_Salud_Mental_2023.pdf
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones & Secretaría de Salud. (2022). *Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento del comportamiento suicida*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/696369/GPC_Compportamiento_Suicida_2022.pdf
- Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2004). Suicide prevention strategies for adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.003>
- Conwell, Y., & Brent, D. A. (1995). Suicide and aging. I: Patterns of psychiatric diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 149-164. <https://doi.org/10.1017/S1041610295002861>
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and self-harm induce suicidal ideation? *British Journal of Psychiatry*, *204*(4), 282-285. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126827>
- De Leo, D., Svetic, J., & Milner, A. (2015). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, *10*, 1947-1956. <https://doi.org/10.2147/CIA.S65832>
- Dombrovski, A. Y., Szanto, K., Clark, L., Reynolds, C. F., Butters, M. A., & Siegle, G. J. (2011). Reward signals, attempted suicide, and impulsivity in late-life depression. *JAMA Psychiatry*, *68*(5), 634-642. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.28>
- Douaihy, A. B., Kelly, T. M., & Sullivan, C. P. (2007). Suicide risk assessment and management. *Primary Psychiatry*, *14*(9), 43-49.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie* [El suicidio: estudio sociológico] (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trad.). The Free Press (Original work published 1897).
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, *24*(8), 957-979. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.01.004>
- Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D., ... & Gibbons, R. (1987). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, *144*(9), 1189-1194. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1189>
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... & Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*(9), 703-709. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *161*(3), 437-443. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.437>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

- Gallagher, M. W., & Joiner, T. E. (2014). The interpersonal theory of suicide. In T. E. Joiner & M. K. Nock (Eds.), *The psychology of suicidal behavior* (pp. 47-70). Guilford Press.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- García Herrero, A. M., Sánchez-Meca, J., Álvarez Muñoz, F. J., Rubio-Aparicio, M., & Navarro-Mateu, F. (2018). Neuroticismo e ideas suicidas: un estudio meta-analítico [Neuroticism and suicidal thoughts: A meta-analytic study]. *Revista Española de Salud Pública*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201808049/es/#>
- Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*, 342(8866), 283-286. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)91250-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)91250-K)
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press.
- Gómez, G. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado [Suicide risk assessment: Updated approach]. *Revista de Psiquiatría*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- González Ruiz, M. (2015). Prevención y manejo de conductas suicidas en Atención Primaria. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 7(1). Recuperado de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1890>
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., ... & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323(7305), 135-138. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.135>
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1155-1163. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn053>
- Hendin, H. (1991). Therapeutic countertransference and the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy*, 45(2), 216-224.

- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., et al. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: A case-control study. *Psychological Medicine*, 39(3), 443-449. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003818>
- Jimenez, P., Acuña, J., & Botto, A. (2024). *Salud mental y psiquiatría en la práctica de Atención Primaria*. Ed. Catalonia Ltda.
- Jobes, D. A., Kahn-Greene, E., Greene, J. A., & Goeke-Morey, M. C. (2009). Clinical improvements of suicidal outpatients: Examining suicide status form responses as predictors and moderators. *Archives of Suicide Research*, 13(2), 147-159. <https://doi.org/10.1080/13811110902835157>
- Jobes, D. A., Wong, S. A., Conrad, A. K., Drozd, J. F., & Neal-Walden, T. A. (2005). The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 483-497. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.483>
- Jobes, D. A. (2011). Collaborating to prevent suicide: A clinical-research perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 614-623. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00061.x>
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 909-916. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.909>
- Joiner, T. E., Rudd, M. D., & Rajab, M. H. (2005). The Modified Scale for Suicidal Ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 744-750. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.744>
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1980). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 37(5), 523-527. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170059008>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [Minsal]. (2022). *Informe de Mortalidad Por Suicidio En Chile: 2010-2019*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.

- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [Minsal]. (2018). *Guía clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/Guia_Clinica_Prevenir_Suicidio.pdf
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [Minsal]. (2020). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Resultados principales*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile. <https://www.minsal.cl/encuesta-nacional-de-salud-2016-2017/>
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70341-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70341-2)
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791-798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Pompili, M., Innamorati, M., & Lester, D. (2013). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in psychiatric patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(7), 3174-3191. <https://doi.org/10.3390/ijerph10073174>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., et al. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Prinstein, M. J., & Nock, M. K. (2008). Suicidal behavior in adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 341-366. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141157>
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9454-1>

- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, *46*(2), 225-236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(3), 246-258. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.246>
- Rutz, W., von Knorring, L., & Walinder, J. (1992). Psychiatric services and suicide prevention: An overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *369*(Suppl), 1-26. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb05824.x>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 248-263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, *366*(9495), 1471-1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Statistics Canada. (2018). *Suicide rates and statistics*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2018001/article/54900-eng.htm>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, *387*(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789240026643>
- Wasserman, D. (2016). Suicide: An unnecessary death. *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/med/9780198714428.001.0001>
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, *4*(2), 114-120.

- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603-610. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00015>
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 103-108. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0202-0>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Suicide prevention: Resource for media professionals*. WHO. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf
- Yip, P. S. F., Caine, E. D., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379(9834), 2393-2399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60521-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60521-2)

Capítulo VI

Evaluación y diagnóstico psicológico del deterioro cognitivo leve

Roberto Gárate Maudier

Los cambios en la esperanza de vida y el envejecimiento promedio de la población demandan mayor conocimiento disponible de aquellas condiciones que se relacionan con las fases tardías del desarrollo biopsicosocial. Muchas de estas condiciones de interés se insertan en los procesos de desarrollo tardío como manifestaciones atípicas potencialmente mórbidas, cuya relación con las categorizaciones de normalidad (en cuanto fenómenos esperados o normativos) resulta compleja y difusa en sus límites. Es el caso del estudio psicológico de los procesos cognitivos (en la adultez y adultez tardía) y la diferenciación entre el envejecimiento normal (asociado a una merma funcional relativa) y los trastornos neuropsicológicos degenerativos (Sánchez-Rodríguez, Torrellas-Morales, 2011; Palau et al., 2015).

Las investigaciones han centrado su interés en caracterizar las posibles diferencias entre los procesos normativos y los procesos mórbidos, tanto a nivel categorial como de grado. Al respecto, ha resultado especialmente significativo el caso del deterioro cognitivo leve, como una posible zona sindrómica fronteriza o de transición entre envejecimiento cognitivo normal y las primeras etapas de las demencias (Petersen y Negash, 2008; Quintana et al., 2012). Si bien es posible apreciar que no todos los pacientes con deterioro cognitivo leve evolucionan a una demencia franca, los estudios muestran altos índices de conversión (Busse et al., 2006; Campbell et al., 2013; Michaud et al., 2017; Zuliani et al., 2021).

Estos hallazgos fortalecen la necesidad de profundizar la caracterización de este síndrome (a nivel conceptual y clínico), por su potencial como receptor de intervenciones multidisciplinarias tempranas en población de riesgo de padecer enfermedades degenerativas (Palau et al., 2015).

Evolución del concepto y de los criterios clínicos

Inicialmente asociado al envejecimiento cognitivo normal, las primeras denominaciones, aludían al desarrollo tardío y a la merma relativa de rendimiento en comparación a los estadios etarios y funcionales previos, como “deterioro cognitivo asociado a la edad” (Crook et al., 1987); y/o en su relación con las demencias seniles, como “deterioro cognitivo sin demencia” (Elby et al., 1995; Graham et al., 1997). La introducción del término, “deterioro cognitivo leve” (Reisberg y Ferris, 1988) y su posterior desarrollo conceptual y de criterios en los trabajos de Petersen (1999) supuso un importante incentivo a la investigación, ratificado en el significativo incremento de las publicaciones científicas a partir del año 2000 que abordaron el fenómeno e incluyeron el término en su título o en sus palabras clave (Palau et al., 2015).

Criterios iniciales

En correspondencia al aumento de las publicaciones, las propuestas clínicas se han sucedido. La citada propuesta inicial de Petersen consideró como punto de partida la presencia de quejas subjetivas sobre el funcionamiento cognitivo, especialmente respecto a “pérdidas de memoria” en el reporte o al examen comportamental. A nivel de examen neuropsicológico instrumental, indicó una alteración objetivable del rendimiento en tareas asociadas a la memoria, debidamente ajustadas a la edad y escolaridad del paciente, alteración al menos en el rango de desviación estándar de 1,5 de la media y en contexto, a nivel de procesos, de una función cognitiva general conservada. La exploración instrumental, ciertamente debía corresponderse con actividades de la vida cotidiana preservadas. Finalmente, un criterio de exclusión propio de la lógica clínica: la ausencia de criterios diagnósticos de demencia. Esta lógica de examen —presencia de quejas subjetivas, alteración objetivable de procesos (rendimiento neuropsicológico), función cognitiva general mantenida, actividades de la vida cotidiana preservadas y ausencia de criterios de demencia (como criterio final, por exclusión)—, se ha mantenido en las revisiones posteriores a los criterios iniciales de Petersen. Cada elemento constituye una faceta de interés clínico, si bien incluso

en conjunto resulta una propuesta incompleta. El estudio de las quejas subjetivas ofrece la posibilidad de apreciar la consciencia de enfermedad del paciente, su capacidad de autoexamen y de caracterización respecto de su malestar cognitivo; la comparación posible de las variadas etapas de su rendimiento histórico a nivel tópico y temporal. La capacidad de percibir y criticar la fluctuación de este rendimiento supone un importante criterio inicial. Su carácter inespecífico no le resta valor clínico. La negación o inconciencia respecto de las fluctuaciones cognitivas es, al contrario del examen inicial, un factor de sospecha para condiciones de mayor severidad. El rendimiento disminuido en el examen instrumental (clínico), supone reforzar el valor de las medidas formales normalizadas y su carácter vinculante en el estudio de la cognición. El examen no instrumental (comportamental), de innegable valor, resulta insuficiente para caracterizar de modo exclusivo con un adecuado nivel de resolución (Ardila y Ostrosky, 2012). El examen observacional, el examen dialógico, las tareas formales no normalizadas (por ejemplo, propias del examen mental, o de la exploración comportamental), nos permiten un examen preliminar y complementario, pero que demanda el contrapeso que facilitan las medidas normalizadas, especialmente aquellas de un nivel de resolución diagnóstica (baterías, pruebas de dominio específico). La evaluación del rendimiento cognitivo mediante instrumentos psicométricamente significativos (válidos, confiables, sensibles, específicos), ofrece una medida empíricamente fundamentada y refinada en consideración de variables psicosociales relevantes. La mantención del funcionamiento cognitivo general describe tanto la diferencia respecto las demencias como el carácter relativamente focal de los procesos insidiosos de alteración cognitiva, cuyo impacto puede dissociarse de modo parcial de las actividades de la vida cotidiana, incluso de aquellas más demandantes en las etapas iniciales. Pacientes con rendimientos deficitarios en tareas formalizadas, no necesariamente muestran dificultades significativas en correspondencia en funcionalidad psicosocial.

Segunda propuesta

Las principales críticas a la propuesta inicial radican en que solo considera las alteraciones mnésicas (bajo la hipótesis del continuo cognitivo que consideraba al deterioro cognitivo como un estadio intermedio entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer) (Jak et al., 2009); y la indemnidad de las actividades de la vida cotidiana, motivaron la revisión del grupo internacional de trabajo en deterioro cognitivo leve (Winblad et al., 2004; Petersen, 2004).

El primer aporte al concepto original lo constituyó la diferenciación de distintos subtipos de deterioro cognitivo leve, según (1) la afectación o no afectación de la memoria (deterioro mnésico o no mnésico) y (2) la afectación de dominio cognitivo único o de varios dominios cognitivos. Esta doble división configura 4 posibles subtipos de deterioro cognitivo leve: (a) DLC amnésico de dominio único o simple; (b) DLC amnésico de multidominio o múltiple; (c) DCL no amnésico simple y (d) DCL no amnésico múltiple. Cada uno de los subtipos propuestos supondría un curso de evolución diferenciado y con una mayor probabilidad de conversión a una de las diferentes demencias. El DLC no amnésico constituiría un estado prodrómico de demencias no Alzheimer (i.e, demencias fronto temporales, demencia por cuerpos de Lewy o demencia vascular), mientras que el DCL amnésico evolucionaría con una mayor probabilidad a la enfermedad de Alzheimer (Petersen et al., 2001; Fischer et al., 2007).

Respecto al criterio de quejas subjetivas, se mantiene como guía la presencia de quejas subjetivas de la memoria, reportadas por el propio paciente y/o quejas subjetivas reportadas por un informante. El criterio neuropsicológico instrumental mantiene el rol vinculante de pruebas formales normalizadas: alteraciones objetivas en pruebas cognitivas y/o evidencias de deterioro en el tiempo, medido por pruebas neuropsicológicas (desviación estándar de 1,5 de la media). El criterio de actividades de la vida cotidiana flexibiliza el criterio inicial para incluir pequeñas alteraciones clínicamente apreciables y significativas respecto la funcionalidad previa del paciente: actividades funcionales preservadas o mínimamente afectadas. El criterio de exclusión diagnóstica, propone como fuente putativa los criterios diagnósticos de la Asociación Estadounidense de

Psiquiatría o de la Asociación Mundial de Salud: ausencia de criterios diagnósticos (DSM-IV o CIE-10) para la demencia.

Tercera propuesta

Más que una revisión completa a los criterios de la segunda propuesta, considera una serie de recomendaciones para el “diagnóstico de DCL causado por la enfermedad de Alzheimer”, profundizando en la idea de continuo y donde los distintos subtipos de DCL conformarían posibles procesos prodrómicos de las demencias. Esta propuesta, fruto del trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos y la Asociación del Alzheimer (Albert et al., 2011), además de introducir la nomenclatura “DCL debido a la demencia tipo Alzheimer”, considera la descripción de elementos clínicos específicos para este posible fenotipo. Respecto al criterio de quejas subjetivas añade el matiz de “preocupación por el cambio en la cognición”, cambio apreciado en contrapunto con el nivel funcional previo. Este matiz, implica considerar las posibles estrategias remediativas autogeneradas y que potencialmente podrían “contener” o disminuir el impacto de los déficits sobre la vida cotidiana en esta fase inicial. Precisamente es esta área de interés el segundo foco de las recomendaciones de la tercera propuesta. Respecto a las actividades de la vida cotidiana, flexibiliza los criterios funcionales, considerando la preservación general de la independencia (en término de habilidades funcionales), aunque el paciente presente errores o aprecie disminuida su eficiencia (especialmente a nivel de tiempo de ejecución) en las tareas más complejas.

Criterios actuales

La última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), presentó cambios importantes sobre la propuesta de categorización y criterios. La nueva sección de “trastornos neurocognitivos” reemplaza a la categoría de “*delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos” presente en la edición DSM-IV-TR (APA, 2014), incluyendo

la distinción entre trastornos neurocognitivos menores y mayores. El término demencia es sustituido por el término trastorno neurocognitivo mayor. El cambio supone una reconceptualización importante, restando a la demencia de la categoría de trastornos mentales en pos de acentuar su carácter biológico. La palabra demencia, del latín *dementia* compuesta por el prefijo de (ausencia, alejamiento), mens o mentis (mente) y el sufijo ia (condición, estado, cualidad) (Nitrini, 2011; Custodio et al., 2018); remite en su origen a la tradición mentalista (lo mental como atributo intangible), en referencia a un “estado o condición en que se pierde la mente”. En su reemplazo, el nuevo término y su adjetivación (lo neurocognitivo) remarca la naturaleza corporizada del fenómeno neurológico. Adicionalmente, esta revisión conceptual (y de nomenclatura) intenta consolidar la noción de continuo entre las formas prodrómicas (o menores, como el DCL) y las formas mórbidas francas (o mayores, como las demencias). La caracterización de continuo presenta además el interés de propiciar procesos diagnósticos e intervenciones tempranas para condiciones de alta complejidad clínica, donde las posibilidades de manejo, remediación o atenuación disminuyen significativamente en los estadios avanzados. En la propuesta DSM-V, el DCL se reestructura dentro de los trastornos neurocognitivos menores. El criterio diferencial entre las formas menores y mayores lo constituye el nivel de afectación que las alteraciones cognitivas (a nivel de queja subjetiva y aquellas objetivadas al examen instrumental) suponen para el cumplimiento de un determinado nivel de funcionamiento en actividades de la vida cotidiana, teniendo como referencia el nivel funcional convencional (referencia normativa) y el nivel premórbido. En un trastorno neurocognitivo menor, las alteraciones cognitivas no deben influir en la capacidad del paciente para realizar las actividades habituales. De esta manera, el continuo clínico que construye la reformulación, traza una progresión en 5 estadios, desde la cognición normal a los trastornos cognitivos mayores severos:

(E1) Cognición normal: funciones cognitivas (al examen instrumental) con un rendimiento en rango normal o superior (rendimiento >-1 DE) y conservación de las actividades de la vida cotidiana.

(E2) Trastorno neurocognitivo menor: una o más funciones cognitivas (al examen instrumental) con un rendimiento bajo el rango normal

(rendimiento entre -1 y -2 DE) y actividades de la vida cotidianas conservadas. Con o sin alteración del comportamiento y especificación de la etiología.

(E3) Trastorno neurocognitivo mayor leve: una o más funciones cognitivas (al examen instrumental) con un rendimiento bajo el rango normal (rendimiento <-2 DE) y dificultades en actividades instrumentales de la vida cotidiana. Con o sin alteración del comportamiento y especificación de la etiología.

(E4) Trastorno neurocognitivo mayor moderado: una o más funciones cognitivas (al examen instrumental) con un rendimiento bajo el rango normal (rendimiento <-2 DE) y dificultades en actividades básicas de la vida cotidiana. Con o sin alteración del comportamiento y especificación de la etiología.

(E5) Trastorno neurocognitivo mayor severo: una o más funciones cognitivas (al examen instrumental) con un rendimiento bajo el rango normal (rendimiento <-2 DE) y total dependencia funcional. Con o sin alteración del comportamiento y especificación de la etiología.

La distinción entre trastornos neurocognitivos menores y mayores considera la sospecha de un trastorno neurocognitivo mayor leve (el tránsito desde la forma menor a la mayor) cuando el paciente expresa dificultades en la realización de tareas instrumentales de la vida diaria (es decir: pagar cuentas o cumplir con actividades del hogar), ya sea porque las identifiqué como difíciles, o porque requiere utilizar estrategias compensatorias para llevarlas a cabo. El diagnóstico, sin embargo, demandará la necesidad imperativa o el requerimiento significativo de algún tipo de ayuda para efectuar dichas tareas o cuando las abandone si no dispone de la misma. A esta categorización se le suma la indicación de especificar en el diagnóstico la presencia o ausencia de alteraciones de la conducta, señalando si el trastorno neurocognitivo se presenta acompañado de síntomas psicóticos, de alteración del estado de ánimo, agitación o apatía. Respecto al trastorno neurocognitivo menor, los criterios DSM-V engloban, no solo los cursos insidiosos en el desarrollo tardío (la

conceptualización original del DCL), sino también los deterioros cognitivos por cualquier etiología y rango de edad.

El proceso diagnóstico

El proceso de investigación de caso en los estudios neuropsicológicos, bajo la observación de posibles deterioros cognitivos, considera dos posibilidades iniciales de exploración. El primero, propio de la clínica psicológica tradicional, sugiere la pesquisa desde la queja subjetiva del paciente (y/o la queja subjetiva indirecta referida por un informante confiable), la observación clínica y el examen vivencial (examen dialógico del malestar psicológico referido y su proceso de objetivación). El segundo, considera la pesquisa en condiciones clínicas de sospecha sin la presencia explícita de quejas subjetivas o alteraciones apreciables a nivel funcional, a pacientes con riesgo cognitivo aumentado, es decir pacientes con antecedentes familiares de demencias, patologías de riesgo vascular, trastornos psiquiátricos (trastorno bipolar, depresión recidivante). En ambos casos, la caracterización clínica propone el desafío de diferenciar entre adultos cognitivamente saludables (con rendimiento y funcionamiento acorde a su edad y nivel de entrenamiento cultural) y aquellos con posibles DCL.

La segunda fase considera las fuentes clínicas instrumentales en sus distintos niveles de resolución. Al respecto es posible considerar un primer examen mediante instrumentos de tamizaje, especialmente en casos de sospecha menor (por queja subjetiva sin correlato objetivable de alteración funcional o en condiciones de riesgo potencial por antecedentes). Las pruebas de tamizaje (o cribado) constituyen un grupo de pruebas de evaluación cognitiva preliminar. Son pruebas de aplicación breve (entre 20 a 30 minutos), que demandan materiales simples (prueba de papel y lápiz, con reactivos presentes en el protocolo de aplicación). Pueden ser aplicadas por profesionales generalistas, sin la necesidad de un entrenamiento extenso. Evalúan de manera sucinta procesos básicos (atención) y procesos superiores (lenguaje, gnosias, praxias, memoria y funciones ejecutivas). Su objetivo es discriminar entre rendimientos generales potencialmente alterados (a nivel cuantitativo) y rendimientos generales normales (rendimiento en rango esperado según edad y nivel educativo); esto es, entre rendimientos deficitarios que requieran una evaluación más

detallada y extensa y aquellos que se ubiquen dentro del rango de rendimiento esperado y no demanden un examen detallado. Permiten “filtrar” desde la queja subjetiva inicial rendimientos que, a nivel cuantitativo (objetivable), muestren ejecuciones menoscabadas concordantes con esa queja subjetiva y que demanden un estudio diagnóstico más exhaustivo y especializado. De esta manera, se presentan como una herramienta pragmática para diferenciar entre casos que demandan un estudio neuropsicológico más extenso, de aquellos donde la queja subjetiva no se corresponde con una alteración objetivable del rendimiento. Como se ha comentado, además de su breve y sencilla aplicación, ofrecen puntos de corte cuantitativos para diferenciar entre rendimientos “con alteración probable”, de aquellos dentro del “rango esperado”. Dos ejemplos de amplio uso son el examen cognoscitivo minimental (Folstein et al., 1975; Folstein et al., 2002) y la evaluación cognitiva Montreal (Nasreddine et al., 2005). Un segundo examen instrumental, más extenso y demandante de recursos clínicos mediante el uso de baterías psicológicas breves (NEUROSI o NEUROPSI Atención y Memoria) (Ostrosky-Solís et al., 1999; Ostrosky-Solís et al., 2007) y/o pruebas de dominio específico (i.e. Figura compleja de Rey-Osterrieth, el test de colores y palabras de Stroop, el trail making test, el test de aprendizaje verbal España-Complutense o el test de clasificación de cartas de Wisconsin) (Grant y Berg, 1993; Golden, 1994; Cortés et al., 1996; Benedet y Alexandre, 1998; Bowie y Harvey, 2006), ofrece la posibilidad de profundizar en las variables neuropsicológicas centrales, vinculantes en el proceso diagnóstico y en correspondencia con las propuestas de criterios putativos.

Si bien en la actualidad no existe un consenso en cuanto a qué pruebas utilizar para la valoración cognitiva, sí es ampliamente aceptado en la literatura que los protocolos instrumentales deben incluir la mayor cantidad de dominios cognitivos posibles y una valoración detallada de la funcionalidad del paciente.

La consideración del rol vinculante de la evaluación neuropsicológica instrumental, sin embargo, requiere matices. El enfoque neuropsicológico habitual, de tipo modular (o de batería: serie de diversas tareas, con procedimientos y materiales específicos), demanda un aumento de carga de examen en correspondencia con las variables a estudiar y al nivel de caracterización que se espera de las mismas. El nivel de resolución (en el sentido de la cantidad de información obtenida) aumenta en proporción

al número de tareas aplicadas, pero al mismo tiempo, las investigaciones muestran un fenómeno paradójico: el aumento de las pruebas aplicadas influye de modo inverso en los resultados promedio, con una disminución del rendimiento observado, con independencia del nivel intelectual y la edad, incluso en población no clínica (Binder et al., 2009; González-Martínez et al., 2021). Una obvia consecuencia de este fenómeno es el peligro concomitante de evaluaciones erróneas y el aumento de posibles falsos positivos entre población cognitivamente sana (Oltra-Cucarella et al., 2021). Al respecto, resulta de interés la propuesta de Jak (2016) de un nuevo algoritmo, derivado de los subtipos de DCL, en el que se aplican dos pruebas en tres dominios cognitivos diferentes: a) memoria, examinada a través de las pruebas de memoria lógica y de reproducción visual de la escala de memoria de Wechsler; b) función ejecutiva/atención, examinada a través del Trail Making Test A y B, y c) lenguaje, examinado mediante el Boston Naming Test y la prueba de analogías de la escala de inteligencia de Wechsler. En este caso se estima una correspondencia de rendimiento neuropsicológico con DCL cuando el rendimiento observado se sitúa más de una desviación típica por debajo de las expectativas normativas en ambas pruebas de un dominio cognitivo o en una prueba en cada uno de los tres dominios. Si se cumple alguno de estos criterios, es posible caracterizar al paciente dentro de uno de los subtipos de DCL, en función del número y el tipo de dominios con rendimiento bajo lo normativamente esperado (Jak et al., 2009). Esta propuesta ha mostrado significativas correlaciones con modelos de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer, con una tendencia menor a falsos positivos que los criterios estándar (Jak et al., 2009; Bondi et al., 2014). Sin embargo, lo limitado del número y el tipo de pruebas supone una restricción importante para su uso clínico y en investigación (González-Martínez et al., 2021). Como alternativa de procedimiento a estas limitaciones (Oltra-Cucarella et al., 2018) una serie de indicaciones operacionales, los criterios Number of impaired tests (NIT). La hipótesis inicial sugiere que obtener una o más puntuaciones bajas en una serie de pruebas neuropsicológicas puede reflejar una variabilidad cognitiva normal y no necesariamente el signo de una disfunción o déficit, por lo que el diagnóstico de deterioro cognitivo basado en estas puntuaciones bajas debe ajustarse al número de pruebas realizadas. Para desarrollar los criterios NIT, los autores analizaron el número de puntuaciones al

menos 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media en un grupo de población no clínica (personas cognitivamente sanas). El estudio aplicó a los sujetos una batería neuropsicológica flexible con nueve pruebas obtenidas de seis instrumentos. Calcularon el porcentaje de la muestra que obtenía un número determinado o más de puntuaciones bajas (es decir: una o más puntuaciones bajas, dos o más, tres o más...) y eligieron como criterio de deterioro cognitivo el número de puntuaciones bajas o más que presentaba menos del 10% de la muestra. Los resultados del análisis mostraron que en baterías neuropsicológicas compuestas por hasta dos pruebas, el número de puntuaciones bajas para sospecha de DCL es de uno o más; en el caso de baterías de tres a nueve pruebas, hay sospecha de DCL con dos o más puntuaciones bajas; y para una batería de diez pruebas, el número de puntuaciones bajas para la sospecha de DCL es de tres o más (Oltra-Cucarella et al., 2021).

Conclusiones

El fenómeno clínico asociado al deterioro cognitivo leve, en sus distintas conceptualizaciones y nomenclaturas, constituye un espacio clínico e investigativo de sumo interés. El aumento en la esperanza de vida y las nuevas demandas que suponen al mundo científico, motivan prometedoras áreas en la investigación de los procesos ligados al desarrollo tardío, en facetas normativas, atípicas o mórbidas. En este último caso, la posibilidad de detectar, caracterizar e intervenir sobre condiciones de interés clínico, especialmente en fases tempranas, supone un aporte potencialmente muy significativo de las disciplinas de la salud al bienestar de los individuos y las colectividades.

Referencias

- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... & Phelps, C. H. (2013). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Focus*, *11*(1), 96-106. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.1.96>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Panamericana.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. American Board of Professional Neuropsychology.
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. Á. (1998). *TAVEC: Test de aprendizaje verbal España-Complutense*. TEA Ediciones.
- Binder, L. M., Iverson, G. L., & Brooks, B. L. (2009). To err is human: "Abnormal" neuropsychological scores and variability are common in healthy adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *24*(1), 31-46. <https://doi.org/10.1093/arclin/acn001>
- Bondi, M. W., & Smith, G. E. (2014). Mild cognitive impairment: A concept and diagnostic entity in need of input from neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *20*(2), 129-134. <https://doi.org/10.1017/S1355617713001295>
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Administration and interpretation of the Trail Making Test. *Nature Protocols*, *1*(5), 2277-2281. <https://doi.org/10.1038/nprot.2006.390>
- Busse, A., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2006). Progression of mild cognitive impairment to dementia: A challenge to current thinking. *The British Journal of Psychiatry*, *189*(5), 399-404. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015289>
- Campbell, N. L., Unverzagt, F., LaMantia, M. A., Khan, B. A., & Boustani, M. A. (2013). Risk factors for the progression of mild cognitive impairment to dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, *29*(4), 873-893. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.009>
- Cortés, J. F., Galindo, G., Villa, M., & Salvador, J. (1996). La figura compleja de Rey: Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, *19*(3), 42-48.
- Crook, T. H., Bahar, H., & Sudilovsky, A. (1987). Age-associated memory impairment: Diagnostic criteria and treatment strategies. *International Journal of Neurology*, *21*, 73-82.

- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-249. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3387>
- Ebly, E. M., Hogan, D. B., & Parhad, I. M. (1995). Cognitive impairment in the nondemented elderly: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *Archives of Neurology*, 52(6), 612-619. <https://doi.org/10.1001/archneur.1995.00540300060017>
- Fischer, P., Jungwirth, S., Zehetmayer, S., Weissgram, S., Hoenigschnabl, S., Gelpi, E., ... & Tragl, K. H. (2007). Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia. *Neurology*, 68(4), 288-291. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000252358.03285.9d>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R., & Fanjiang, G. (2002). *MMSE: Examen cognoscitivo Mini-Mental*. TEA Ediciones.
- Graham, J. E., Rockwood, K., Beattie, B. L., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H., & McDowell, I. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *The Lancet*, 349(9068), 1793-1796. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)12060-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)12060-3)
- Golden, C. J. (1994). *Stroop: Test de colores y palabras*. TEA Ediciones.
- González Martínez, P., Oltra-Cucarella, J., Sitges Maciá, E., & Bonete López, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de Neurología*, 72(8), 288-295. <https://doi.org/10.33588/rn.7208.2021194>
- Grant, D. A., & Berg, E. A. (1993). Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Experimental Psychology*.
- Jak, A. J., Bangen, K. J., Wierenga, C. E., Delano-Wood, L., Corey-Bloom, J., & Bondi, M. W. (2009). Contributions of neuropsychology and neuroimaging to understanding clinical subtypes of mild cognitive impairment. *International Review of Neurobiology*, 84, 81-103. [https://doi.org/10.1016/S0074-7742\(09\)00906-3](https://doi.org/10.1016/S0074-7742(09)00906-3)
- Jak, A. J., Bondi, M. W., Delano-Wood, L., Wierenga, C., Corey-Bloom, J., Salmon, D. P., & Delis, D. C. (2009). Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 368-375. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819431d5>

- Jak, A. J., Preis, S. R., Beiser, A. S., Seshadri, S., Wolf, P. A., Bondi, M. W., & Au, R. (2016). Neuropsychological criteria for mild cognitive impairment and dementia risk in the Framingham Heart Study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(9), 937-943. <https://doi.org/10.1017/S1355617716000807>
- Michaud, T. L., Su, D., Siahpush, M., & Murman, D. L. (2017). The risk of incident mild cognitive impairment and progression to dementia considering mild cognitive impairment subtypes. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(1), 15-29. <https://doi.org/10.1159/000455831>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nitrini, R. (2011). Evolución histórica del concepto de demencia y las principales enfermedades relacionadas. En S. Brucki, R. Magaldi, L. Morillo, I. Carvalho, T. Perroco & C. Machado (Eds.), *Demencias: Enfoque multidisciplinario* (pp. 3-10). Editorial Atheneu.
- Oltra-Cucarella, J., Sánchez-SanSegundo, M., Rubio-Aparicio, M., Arango-Lasprilla, J. C., & Ferrer-Cascales, R. (2021). The association between the number of neuropsychological measures and the base rate of low scores. *Assessment*, 28(3), 955-963. <https://doi.org/10.1177/1073191119892343>
- Oltra-Cucarella, J., Sánchez-SanSegundo, M., Lipnicki, D. M., Sachdev, P. S., Crawford, J. D., Perez-Vicente, J. A., ... & Ferrer-Cascales, R. (2018). Using the base rate of low scores helps to identify progression from amnesic MCI to AD. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(7), 1360-1365. <https://doi.org/10.1111/jgs.15384>
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A., & Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(5), 413-433. <https://doi.org/10.1017/S1355617799555045>
- Ostrosky-Solís, F., Gómez-Pérez, M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2007). NEUROPSI Attention and Memory: A neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*, 14(3), 156-170. <https://doi.org/10.1080/09084280701509084>
- Palau, F. G., Buonanotte, F., & Cáceres, M. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: Avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7(1), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.09.002>

- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, *56*(3), 303-308. <https://doi.org/10.1001/archneur.56.3.303>
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... & Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, *58*(12), 1985-1992. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985>
- Petersen, R. C., & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: An overview. *CNS Spectrums*, *13*(1), 45-53. <https://doi.org/10.1017/S1092852900016151>
- Quintana, M., Guàrdia, J., Sánchez-Benavides, G., Aguilar, M., Molinuevo, J. L., Robles, A., ... & Peña-Casanova, J. (2012). Using artificial neural networks in clinical neuropsychology: High performance in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *34*(2), 195-208. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.630649>
- Reisberg, B., & Ferris, S. H. (1988). Brief cognitive rating scale (BCRS). *Psychopharmacology Bulletin*, *24*(4), 629-635.
- Sánchez-Rodríguez, J. L., & Torrellas-Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: Aspectos generales. *Revista de Neurología*, *52*(5), 300-305. <https://doi.org/10.33588/rn.5205.2011116>
- Zuliani, G., Polastri, M., Romagnoli, T., Marabini, L., Seripa, D., Cervellati, C., ... & Brombo, G. (2021). Clinical and demographic parameters predict the progression from mild cognitive impairment to dementia in elderly patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, *33*, 1895-1902. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01656-0>

Capítulo VII

Diagnóstico TEA: algunas puntualizaciones sobre las implicancias de su sobrediagnóstico para los malestares infanto-juveniles en el curso de tratamientos psicoterapéuticos

Andrés Alejandro Albornoz Bustos

Cada vez se hace más habitual en las consultas y en las instituciones escolares, recibir a niños y a niñas que se identifican desde una posición subjetiva diferente, aludiendo a una condición especial por presentar el diagnóstico del llamado trastorno del espectro autista, más conocido como TEA. Tal diagnóstico forma parte de la llamada “neurodiversidad” que provocaría una serie de deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos con dificultades en la reciprocidad socioemocional, en las conductas comunicativas no verbales, en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones, como en patrones de comportamiento restrictivos y repetitivos, en intereses o en actividades que en su conjunto causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras que son importantes para el funcionamiento habitual (DSM-V, 2013)

Así muchos pacientes como sus padres y madres, repiten lo dicho por distintos profesionales de la cultura Psi (psiquiatría y psicología) que proliferan en las redes sociales y que muchas veces no tienen especialidades pertinentes, agregándole incluso educadores, *coach* y profesionales de las más variadas áreas, quienes a través de reels y cortos en TikTok, explican las conductas propias del diagnóstico, dando incluso testimonio o el de su hijo o hija, quienes presentan tal neurodiversidad; enseñando cómo lo anterior corresponde a una condición biológica definida, lo que exigiría que al igual que las numerosas capacidades diferentes o ciertos síndromes genéticos, el ambiente se adapte y funcione acorde a las exigencias por tal diferencia y particularidad.

No hay duda de que la inclusión, el respeto y la incorporación de todas, todos y todes es fundamental en el campo de lo social para la integración y cuidado amoroso de sus integrantes. Y que tales éticas en el campo social han venido de la mano de la lucha y resistencia de un sinnúmero de personas desclasadas, excluidas, violentadas, discriminadas, etc. Minorías o mayorías que no han tenido el poder dentro del campo social y que sufren de la violencia de la exclusión y la discriminación, siendo conocidos ejemplos históricos de pueblos enteros que han sido perseguidos desde los inicios de la historia de la civilización. Es gracias a la lucha de quienes han estado en la resistencia, que a través de los años han generado el cambio cultural hacia la visibilización y respeto por la inclusión de sus diversidades.

Con la presente introducción, mi intención es dejar claro que tales luchas y nuevos estándares morales a nivel social son fundamentales de ejercer y preservar, pero que es también importante por sobre todo para los profesionales del área Psi, tener clara la distinción entre las batallas políticas y legítimas que se juegan en el campo de lo social y el trabajo técnico que se ejerce en el campo clínico en el curso y dirección de la particularidad de los tratamientos para nuestros y nuestras pacientes. Registros diferentes de la realidad de nuestro quehacer profesional, donde lo ético y técnico (que siempre están en discusión permanente) tienen que ser puestos en juego por el y la profesional que se hace cargo de un determinado caso.

Así, es lamentable escuchar a colegas del campo Psi cómo repiten rápidamente discursos políticos/sociales asociados a sus casos, sin fundamento a nivel técnico y confunden cuestiones provenientes del campo de lo social en lo clínico, obturando su pensamiento y dejándose llevar rápidamente por modas diagnósticas y conductuales que medican, derivan, diagnostican y sugieren para todos el mismo tratamiento, en un intento eficiente de atención de casos, propio de la gestión de la salud mental.

Desarrollo del problema

En la actualidad existe el acuerdo generalizado de que la persona TEA tendría una disposición biológica definida, pero lo cierto es que lo anterior está en vías de desarrollo en futuras investigaciones y más bien en

la actualidad tal comprensión existe todavía como una hipótesis, ya que no existen marcadores biológicos definitivos. Por lo tanto, el diagnóstico continúa realizándose a través del juicio clínico. Así de momento, puede afirmarse que el autismo es un síndrome de causa desconocida, donde las diferentes investigaciones han generado una serie de propuestas hipotéticas que van dentro de la línea de alteraciones perceptivas, genéticas, anomalías en el entorno, déficit cognitivos, metabólicos, etc., que todavía no permiten una explicación definitiva acerca de su génesis. Tales resultados aparecen en numerosos estudios como tales como Bristol y Spinella, 1999; López, Rivas y Taboada, 2008 a, b; 2012; Morant, Mulas y Hernández, 2001; Szatmari, 2003 donde se han detectado diversos procesos alterados que pueden estar en la raíz de dicho trastorno y/o nuevos estudios genéticos que por el momento no son concluyentes, como: Au-yeung et al., 2009; Baron-Cohen, Lutchmaya y Knickmeyer, 2004; Kalscheuer et al., 2007; Cornelio-Nieto, 2009; Stein et al., 2006; Iossi et al., 2014; Rivas, López y Taboada, 2009; Rubeis et al., 2014; Huang et al., 2014; Notwell et al., 2016; Lane et al., 2019 (citados en López y Rivas, 2014; Reynoso, Range y Melgar, 2017; Abelenda y Rodríguez, 2020).

Bajo este prisma, por ahora se considera que el autismo no es producto de un único factor, sino que tiene una etiología multicausal que se manifiesta con una gran heterogeneidad y dispersión sintomática que a su vez no es específica solo del autismo y por lo anterior, tales conductas se encuentran también presentes en otros cuadros psicopatológicos. Así las investigaciones podrán seguir avanzando y quizás llegue el día en que contemos con evidencia unívoca de estudios genéticos que a través de un examen demuestre la presencia de autismo y sus niveles heterogéneos. El punto en el presente texto es relevar cómo el problema está en los y las colegas profesionales de la cultura Psi, quienes hablan tan livianamente de esta posible condición en casos muy diversos, sin realizar diagnósticos en profundidad y problematizar sobre las implicancias de tales aseveraciones diagnósticas a nivel clínico para el manejo de los tratamientos en tales casos.

Así la verdad, es que todavía no es posible establecer el autismo a través de estados determinados del sistema nervioso, ya que la complejidad extrema del cerebro muestra una variabilidad infinita. Más bien se ha descubierto que el cerebro es capaz de alterar su estructura y funcionamiento de forma radical si es necesario, lo que ha significado el desarrollo

de numerosas investigaciones que han abierto un campo fecundo basados en la neuroplasticidad¹. Es por esto último, que se menciona que el cerebro está compuesto de una estructura muy compleja y, que debido a lo anterior, por el momento, no existe evidencia de marcadores biológicos unívocos y específicos solo para el TEA.

Más bien las investigaciones en neurociencias demuestran que el cerebro humano es un órgano biopsicosocial y por lo anterior se estructura y organiza en contacto y en función de su entorno, ya que las vías nerviosas y de mielinización se encuentran en correlación con los estímulos que el cerebro mismo recibe (Engel, 1977). Teniendo así el ambiente y los vínculos tempranos en periodos pre y perinatal, importancia subjetivante en su impacto neuroanatómico y de funcionamiento complejo. Así, desde un punto de vista biológico, existe evidencia obtenida a través de estudios por neuroimágenes que demuestran que la mielinización y desarrollo de las neuronas dependen desde el inicio de la vida no solo de la cantidad, sino también de la calidad de los mismos estímulos que el lactante recibe en la interacción con su entorno. De este modo se ha demostrado también que incluso el desarrollo neurológico se puede ver afectado por experiencias vividas por el niño o la niña relacionadas con el aislamiento social y con carencias afectivas a muy temprana edad (Makinodan et al., 2012).

Lo anterior se traduce en un déficit en cuanto a la mielinización de axones que podría modificar la conducción de los impulsos y poner en riesgo el procesamiento de la información, lo cual deja déficit igualmente en el plano cognitivo en especial en cuanto a dificultades para memorizar, así como también en lo que respecta a las interacciones sociales (Garipey

1 Ejemplos de investigaciones de este corte pueden encontrarse en: Kandel E. *Genes, brains and self-understanding*; en *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc, 2005. Coltheart M. *Brain imaging, connectionism and cognitive neuropsychology*. *Cognitive Neuropsychology* 2004; 21-1, p. 21-25. García Segura L M. *Hormones and brain plasticity*. NY: Oxford University Press, 2009. Changeux J P, Christen Y, Damasio A, Singer W. *Neurobiology of human values*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2005. Logothetis N. *What we can do and what we cannot do with fMRI*. *Nature* 2008; 453, p. 869- 878. Davidson D. *Filosofía de la psicología*. Barcelona: Anthropos, 1994. Bub D. *Methodological issues confronting PET and fMRI studies of cognitive function*. *Cognitive Neuropsychology* 2000; 17-5, p. 467-484. Cavell M. *The psychoanalytic mind: from Freud to philosophy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

et al., 1995). Con lo anterior somos testigos de cómo las investigaciones neurobiológicas muestran resultados coherentes y consistentes con las observaciones clínicas y postulados del psicoanálisis en relación a la importancia de los vínculos tempranos para la estructuración subjetiva y la construcción del aparato psíquico.

Así es desde un prisma biologicista y médico simplificado que no considera la complejidad de los resultados anteriores, es cuando responden rápidamente profesionales Psi a cuestiones técnicas propias de la psicología, que no todas se rigen necesariamente solo por este marco, transmitiendo con esto una posición epistemológica propia de la medicina moderna que establece que las funciones psíquicas son una exterioridad de la afectación de zonas corporales que responden como sustancia a lo propio, siendo posible mapearse y colorearse en exámenes neurológicos que señalan sus incidencias orgánicas y trazas electroquímicas.

Los mismos resultados presentados en las investigaciones actuales en neurociencias, a pesar de sus notables desarrollos, no puede (auto)sostenerse en sus propios hallazgos, sino que para formular sus preguntas requieren de otras disciplinas que les provean conceptos como condición de posibilidad de sus hipótesis. A su vez, el paso de la “constatación empírica” de los impactos que un daño cerebral tendría en determinadas funciones mentales, no autoriza a concebir un “sujeto cerebral” que versará en un “somos nuestro cerebro” y con ello aseverar que la subjetividad es reductible a un epifenómeno de procesos físico-químicos corporales. Este paso es un salto lógico que requiere de una justificación metafísica y ontológica que muchas veces queda invisibilizada y no problematizada. Esta es una de las razones por las que el proyecto moderno liberal que da lugar al “individuo occidental”, corresponde a una matriz político-epistémica que se co y retroalimenta del discurso científico, asimilado a las neurociencias positivistas (Aguilera, 2022).

El individuo simplificado solo por una biología es un índice de trabajo para la economía liberal y para los discursos Psi hegemónicos, tan presentes en estos modos de abordajes para el tratamiento del TEA. De igual manera, la investigación neurocientífica de avanzada, en sus numerosos estudios, suele demostrar precisamente todo lo contrario: que sus problemas epistémicos, sus límites explicativos y estatuto conjetural se basan no en localizaciones imaginarizables de funcionalidad unívocas,

sino desde paradigmas funcionales de complejidad sistémica, desde los principios de plasticidad y diferencia (Malabou, 2010).

Para Eidelsztein (2022), este tipo de sentencias epistemológicas que simplifican lo psíquico, responden a la idea de una sustancia que brinda consistencia y certeza corporal. Precisamente dicha consistencia y certeza denota un punto de engaño, un engaño especular-imaginario. Esto induce a una ontologización al modo de se es el cuerpo tridimensional: retenido por lo imaginario como enraizado en el cuerpo (Lacan, 1974).

Así todo parece indicar que conceptos como “neurodiversidad” o “neurodivergente”, proveniente de estudios en neurociencias, se han convertido también en un *slogan* utilizado a nivel político y social en la lucha que busca poner freno a las violencias y discriminaciones, que lamentablemente este, como otros grupos de personas, han sufrido durante años. Así también como tantos otros, este término ha sido usufructuado por el mercado de la cultura Psi hegemónica y hoy se utiliza también como *slogan* comercial para vender una serie de *pack* de tratamientos que otorgarían la misma imaginaria certeza y consistencia corporal con cierto biologicismo aparente, y test con valores numéricos que en su conjunto buscan calmar y exteriorizar las angustias de los padres al desimplicarlos del sufrimiento de sus hijos e hijas, creando una oferta y respuesta de un supuesto origen simple, frente a una realidad no exenta de problemas multifactoriales, sistémicos, familiares y, por lo anterior, complejos.

El TEA —como muchos trastornos psiquiátricos— es un diagnóstico, hasta el momento, que da cuenta de una serie de comportamientos, no de una condición biológica unívoca demostrable. Debido a lo anterior, no existe ningún examen de sangre, de imagen, físico-químico, incluso genético que muestre la presencia de TEA, así como sí existen en otros síndromes y condiciones biológicas unívocamente demostrables que afectan la vida completa de la persona. Cuando se menciona que el TEA es una condición neurobiológica, con ello no solo se desea mostrar que existen investigaciones que se están desarrollando con esta hipótesis y que intentan evidenciar que existen diferencias en la estructura y función neuroanatómico del cerebro, sino que también se encubre la ya conocida determinación tan imaginaria y supuestamente natural de la modernidad, en la que existiría una esencia basada en la naturaleza que se encuentra ajena al deseo, a la historia, al contexto y a la voluntad

del sujeto, quien más bien se encontraría pasivo, víctima de tal supuesta afección.

El diagnóstico TEA por redes sociales es otra de las ofertas que el mercado identitario ofrece en la posmodernidad y que permite la diversificación de una serie de ofertas en test, tratamientos, centros especializados, medicamentos e incluso con ofrecimiento profesional de terapeutas que dicen adolecer el mismo diagnóstico y así poder asegurar una “mejor comprensión y ejemplo a seguir de cómo llevar tal supuesta condición”. Esto en un periodo en el que se promueve en redes sociales y medios de comunicación la rápida proliferación e identificación a numerosas identidades, cuyos fundamentos son claramente de orden social, económico y político y no necesariamente se condicen con la particularidad del individuo en su malestar y complejo sentir.

Lo que ocurre con el diagnóstico TEA no es un fenómeno nuevo. Más bien ha sido recurrente en la historia de la ciencia Psi, ya que a través de las épocas, diferentes diagnósticos y trastornos mentales fueron muy populares en determinados períodos, para luego desaparecer y posteriormente aparecer otras nomenclaturas en su reemplazo; no necesariamente porque hubo un avance en tales conocimientos, sino más bien porque el paradigma o el profesional que lo utilizaba en aquel tiempo se encontraba en la cúspide de la fama dentro de la comunidad científica. Lo anterior ha sido ampliamente estudiado por autores y autoras que vienen de la filosofía de la ciencia, quienes han podido demostrar cómo el desarrollo científico no se rige solo por la lógica en un sentido de progreso continuo sobre un saber, sino más bien se sostiene por cambios de paradigmas. Es decir, la adopción de nuevos enfoques, conceptos y compromisos establecidos por la comunidad científica, quienes son dependientes incluso de factores políticos y económicos que afectan a los y las profesionales quienes se ven influidos e influidas, posicionándose en una determinada época al paradigma dominante del momento, determinando así su modo de comprensión de sus malestares y diagnósticos predilectos (Khun, 1962).

Derivadas de estas tendencias y modas de las comunidades científicas, sobre todo frente a estos diagnósticos con evidentes límites difusos como acontece hoy con el TEA, no resulta difícil que cada vez más personas sean consideradas y fácilmente se acomoden en tales lugares de reconocimiento socialmente otorgado. Ejemplos de sobra tenemos con

categorías diagnósticas anteriores, como lo fue la histeria, la degeneración mental, la hiperactividad en la infancia y su uso indiscriminado de ritalín, el TDAH en personas adultas, etc.

Si hace unos años se utilizaba el diagnóstico de autismo para individuos que presentaban severas discapacidades expresivas, comunicativas y relacionales, incluso con daños neurológicos con frecuencia reconocibles, hoy es un diagnóstico aplicado a personas que presentan muy diversas condiciones y/o malestares, con diferentes grados y etiologías, abriendo la pregunta de si lo anterior favorece el sobrediagnóstico proveniente de una categoría cada vez más continua y líquida. Es así como hoy el TEA está siendo reconceptualizado como peculiaridades del modo de experimentar la vida, adornado lo anterior con un lenguaje neurologizado simplificado, proveniente solo de supuestas causas cerebrales unívocas, donde dicha reconceptualización si bien despatologiza, también difumina y diluye aún más sus límites para que cualquier persona que sufre de vacío, falta de sentido y malestar a nivel relacional, se pueda posicionar subjetivamente, aplacando fácilmente y sin un trabajo elaborativo su propio malestar al identificarse con tal diagnóstico pudiendo fomentar aún más en un posible sobrediagnóstico.

Frente a tal lamentable realidad, hemos sido nosotros mismos —los y las profesionales del área Psi— quienes damos respuestas demasiado rápidas sobre el malestar de los y las niños/as, aplacando con ello la posibilidad del pensamiento, hipótesis, teorización que revele la novela familiar y la creatividad, como el agenciamiento de los padres y las madres frente a los malestares de sus hijos e hijas. No sostenemos a las familias en su sufrimiento, no las acompañamos el tiempo necesario para que respondan sus propias preguntas, para que florezca la empatía y el tiempo para una posible elaboración.

Por el contrario, incluso hoy, aparecen ofertas rápidas y eficientes que calman el potencial espacio elaborativo de los padres y las madres y de sus hijos e hijas sobre tales malestares, junto a la creación de test especialmente creados para el TEA, como el ADOS-2 que en solo unos cuantos minutos, basándose en una tabla de cotejo de ciertos comportamientos observados en el momento de la evaluación, viene rápidamente a disipar y con ello taponear las preguntas e interrogantes de la familia. El presente test ADOS-2 entonces se presenta como herramienta necesaria, atractiva por ser patentada si a ello agregamos que hay también

que certificar privadamente la capacitación de los noveles profesionales que ven en esta certificación un nicho a una posible fuente de ingresos, frente al cada vez más pormenorizado mercado laboral con salarios y condiciones en evidente detrimento.

Creamos dispositivos de gestión de casos que, como una maquinaria eficiente, absorbe rápidamente la demanda sobre la serie de conductas de estos niños y derivamos sin mucho problematizar al área de gestión correspondiente con sus respectivos dispositivos (en este caso ADOS-2 y neurólogo/psiquiatra) para que allí se traten y controlen dichos padecimientos sin problematizar y darse el tiempo de conocer las causas dinámicas y sistémicas de tales malestares; generalizando el sufrimiento de estos niños como si para todos fuera lo mismo y tuvieran el mismo origen.

El problema no es que exista un test especializado que pueda ser un aporte para la evaluación del TEA, o que una niña o un niño sea derivado al neurólogo o psiquiatra si padece de algún malestar psíquico. No hay duda de que tales especialistas son una gran ayuda en el trabajo interdisciplinario para los diversos malestares en salud mental de nuestros y nuestras pacientes. El punto ya mencionado refiere más bien a la crítica sobre lo naturalizado y protocolizado que tal maquinaria se instala para todos los casos que parecieran ser TEA, donde la eficiencia en tales prácticas instituidas por la cultura Psi hegemónica, quitan posibilidad de pensamiento y observación sobre las diversas etiologías a tales malestares con síntomas conductuales similares, desmintiendo la diversidad de sufrimientos que se manifiestan a través de este grupo de conductas.

Así, en caso de resultar exitosa la intervención propia de esta racionalidad epistemosomática tan eficientemente protocolizada, lamentablemente se construye una paradoja: genera cierto alivio, pero al mismo tiempo se convierte en partícipe de la perpetuación de las condiciones (materiales, dinámicas, familiares y simbólicas) que en estos casos llevaron a esa situación, sobre todo cuando hablamos de niños y niñas que están en desarrollo y son tan dependientes de la inscripción subjetiva del ambiente y de sus familias.

No deja de ser curioso y paradójico cómo con este tipo de respuesta proveniente de las Psi hegemónicas, aparezca una tendencia a la homogeneidad, al aplastamiento de las diferencias, a un “para todos” que excluiría lo propio del “cada uno”. Como si las consignas y el movimiento

de la salud mental se desplegaran por una única vía, normal y normativa, que tendería a medicalizar y corregir toda conducta o todo fenómeno desviado de lo esperable. Todo lo contrario a como nacieron a nivel político y social estas mismas consignas de visibilización y respeto por las diferencias. De igual manera, es común observar cómo llegan niños/as con diagnóstico TEA que ya han participado de las evaluaciones y dispositivos grupales para habilidades sociales donde muchas veces caen en un adiestramiento relacional de cómo mirar a los ojos, saludar, sonreír y poder enojarse, sin que los y las profesionales tratantes se pregunten de dónde provienen tales dificultades.

No es poco frecuente recibir niños y niñas que hayan sufrido de diversos traumas, tras ser víctimas de importantes carencias afectivas a muy temprana edad y diferentes tipos de violencias (psicológicas, físicas, de abandono emocional, etc.). Es bien sabido que el maltrato infantil puede causar alteraciones en la salud mental y en el desarrollo de los niños y las niñas tanto a nivel neuroanatómico como en su construcción subjetiva. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario (OMS, 2016). Coherente con lo anterior, en un estudio a 1.525 niños y niñas de 12 a 17 años en Chile, el 75,3% de quienes participaron en la investigación ha recibido algún tipo de violencia por parte de sus padres y madres a nivel físico y psicológico (Cepal y Unicef, 2009).

En consideración a lo anterior, para efecto de los tratamientos psicoterapéuticos, no se puede generalizar las implicancias del maltrato de manera unívoca en el desarrollo, ya que es imposible hablar de un mismo efecto en toda situación, debido a que en cada psiquismo la realidad impacta y se manifiesta de formas muy diversas. Sin embargo, es evidente que el impacto de estas situaciones afectan de manera profunda a los niños y niñas muchas veces llegando a conformarse como traumas psíquicos que dejan vacíos representacionales, un daño en lo simbólico con escasos recursos de mentalización, pérdida en la continuidad de su existencia, vacíos en su memoria episódica y autobiográfica, etc., que en su conjunto, desubjetivan al paciente de manera radical.

Beatriz Janin (2002) psicoanalista infanto-juvenil, plantea que los efectos psíquicos que pueden darse a partir de situaciones de maltrato —haciendo énfasis en que tales efectos serán diferentes en cada sujeto,

dependiendo de las condiciones en que estas ocurran— son: anulación de la conciencia en tanto registro de cualidades y sensaciones, tendencia a la des-inscripción, a la desinvestidura y la desconexión, confusión identificatoria, repliegue narcisista, repetición de la vivencia, irrupciones del proceso primario, actitud vengativa frente al mundo, déficit de atención, actividad motriz desorganizada, ligazón del dolor con el erotismo. Si se realiza una evaluación rápida y superficial, dichos síntomas podrían confundirse con algunos síntomas comportamentales asociados al diagnóstico TEA, sobre todo en la presencia de vacíos representacionales que dañan el curso del pensamiento, conducta repetitiva y disruptivas asociados a fuertes ansiedades, la presencia de compulsiones traumáticas que aparecen como perseverativas, tendencia a la desinscripción que afecta el lenguaje y el aprendizaje, irritabilidad e intolerancia al medioambiente que dificulta las habilidades sociales con una línea defensiva propia del repliegue narcisista, etcétera.

Más de 100 años de clínica y metapsicología psicoanalítica nos han enseñado que el trauma “es un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Laplanche y Pontalis, 1993).

En este mismo sentido, el psicoanalista Donald Winnicott (1954) aporta una comprensión significativa de estos fenómenos traumáticos al desarrollar su concepto de deprivación, para referir cómo el fracaso ambiental que entrega muchas veces la familia, rompe con la continuidad de la existencia en la infancia. Bajo este término, el autor denomina una alteración radical del ambiente, la pérdida del sostén que confronta al niño o la niña a angustias muy primitivas de aniquilamiento. Explicando cómo bajo estas condiciones, ocurre un replegamiento en el que el niño tiene que escindirse y perder el vínculo con los otros y el ambiente en un movimiento de introversión hacia sí mismo. De igual manera Winnicott en su texto *El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia* (1965), plantea que el trauma es una falla relativa a la dependencia. Es decir, tiene necesariamente relación con el ambiente y los objetos presentados por los adultos significativos.

Así, el trauma en la infancia corresponde no solo a la intensidad del estímulo y la incapacidad del sistema psíquico para tramitarlo, sino también con la caída o la falta de un otro que sostenga las necesidades afectivas. Es decir, lo traumático en la infancia refiere a que el otro encargado de los cuidados, haga o deje de hacer. Y es en ese punto donde trauma y maltrato infantil se encuentran íntimamente ligados. Las situaciones de maltrato pueden configurar traumatismos en el mismo desarrollo, ocasionando un congelamiento en el crecimiento psíquico de los niños y las niñas que interfiere con la capacidad del sujeto de mentalizar, generando una imposibilidad de representación y elaboración a través de la palabra que empobrece de manera significativa la subjetividad.

En consideración a lo anterior, es que resulta tan importante entonces que posterior a una profunda, rigurosa y sistemática evaluación de los orígenes del malestar del niño o niña, cuando corresponda a esta situación de violencia en el ambiente y que ha tenido efectos en su construcción subjetiva, el proceso terapéutico, más allá del imprescindible trabajo con los padres, el tratamiento aborde tales vacíos representacionales y desmantele estas defensas obsesivas y de replegamiento que pudieran manifestarse en su conjunto como rasgos TEA, abriéndose al crecimiento y novedad para el niño o la niña, situación que le permite mentalizar, potenciar sus recursos y construir nuevos modos ahora elaborativos frente a tales dificultades ambientales.

En estos casos, el trabajo terapéutico, más allá de educar a padres y a madres sobre cómo manejar la supuesta condición de su hijo o hija, problematiza y los acompaña en el proceso de preguntarse cuál es el origen de tales dificultades y para qué les sirve a estos a nivel dinámico y defensivo tales conductas. De ese modo, los padres y las madres podrán, con delicadeza y cuidado, comenzar a problematizar sus propias dificultades en el sostén, contención, mentalización y crianza que les implica en su propia construcción de personalidad de sus hijos y el ambiente familiar que les brindan, dándole posibilidad entonces de agenciarse, responsabilizarse y tener ahora un *locus* de control interno sobre la posibilidad de reparar y modificar en su familia y hogar lo que estimen conveniente. Todo lo anterior surge si hay tiempo para sostener las preguntas e inquietudes de los padres y las madres, sus angustias y acompañarlos en un proceso donde son protagonistas y no agentes pasivos de una supuesta condición neurobiológica mal diagnosticada.

Si situamos nuestra reflexión a niveles más amplios, como lo que ocurre con tal manejo del diagnóstico en la política pública en salud mental, definiendo salud mental como un piso mínimo de prestaciones, de dispositivos, de prácticas respetuosas e inclusivas, de condiciones de vida, etc., que se despliega como un proceso continuo y multideterminado que el Estado debe garantizar para todos los ciudadanos (Sanfelippo, 2021). En 2023 se promulgó la Ley TEA, N° 21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de la salud y de la educación.

Lo anterior no es una crítica a que una política pública se haga cargo de generar distintos dispositivos de visibilización, protección, asistencia, educación y tratamiento sobre una patología o malestar en salud mental, sino más bien es un aporte para puntualizar y relevar el reverso mismo de la bien intencionada política, donde al haber facilidades y beneficios para los/as niños/as y sus familias para recibir determinada asistencia asegurada por el Estado, tal problemática hace preguntarnos si tal diagnóstico estará destinado en los próximos años a aumentar y ser cada vez más frecuente, así como ya ha ocurrido con la depresión y el TDAH en nuestro país, teniendo como posibilidad un posible aumento debido al sobrediagnóstico.

¿Se estará convirtiendo tal diagnóstico en el rótulo predilecto, facilitado incluso por la política pública, para que algunas personas puedan acceder a facilidades y consideraciones institucionales sobre sus malestares, pero a la vez también eludiendo su responsabilidad y agenciamiento subjetivo sobre su conflicto? ¿Se incluirá ahora el TEA al circuito de un sistema de salud —que está cimentado en su origen por una lógica de mercado— donde se asignan valores y asignaciones de dinero a los centros de salud por la presencia y pesquisa misma del diagnóstico? ¿Se invisibiliza con tal aumento de este diagnóstico, el incremento de la ansiedad social y de las tendencias evitativas en la niñez y adolescencia tan presente hoy, sobre todo después de la pandemia, donde numerosos niños, niñas y adolescentes se refugiaron fácilmente en la virtualidad y la pantalla, teniendo cada vez menos recursos y sostenimiento ambiental para desarrollar sus competencias relacionales?

Una persona adulta podrá elegir con mayor o menor grado de conciencia sobre su identidad, pero el panorama es muy distinto cuando esa

etiqueta identitaria del ser llega desde afuera de sí mismo y le es impuesta al niño/a desde los adultos. Tal categoría del ser como operación diagnóstica de una supuesta condición, instituye subjetividad y afecta al mismo objeto que pretende describir y objetualizar, los niños y las niñas. Si somos los mismos profesionales quienes actuamos y comunicamos a los padres que su hijo o hija “es” y no “está” determinado en un momento particular de su desarrollo y crecimiento, entonces no abrimos el deseo, la mente y al agenciamiento para estos padres y madres y su hijo o hija hacia un nuevo porvenir. Si es así nuestro quehacer profesional, nada tendrá que aportar en estas circunstancias. Lo anterior obtura el futuro, la apertura de la creatividad y en consecuencia el crecimiento del niño o la niña, además de acabar con la esperanza como el agenciamiento de sus padres, liquidando su vida y posibilidad de nuevos y creativos encuentros.

Conclusiones

Cabe alegrarse de que personas que tienen necesidades diferentes están siendo cada vez más visibilizadas y consideradas, con el fin de que se generen dispositivos de apoyo para ellas y sus familias. Así también que las neurociencias y las ciencias PSI vayan avanzando en el desarrollo de sus diagnósticos, que cuando son evidenciados prontamente son muy útiles a la hora de prevenir que empeore tal situación, como también para orientar las intervenciones clínicas necesarias. De igual modo que el Estado se haga cargo, participe del malestar y dificultades de numerosos niños y niñas y sus familias para que esta provea de una serie de dispositivos y resguardos para el bienestar para los cada vez más numerosos problemas en salud mental en la población infanto-juvenil.

En la modernidad, la historia de los dispositivos PSI no pueden ser leídos por fuera de los mecanismos de poder y de las estrategias de normalización vigentes en la sociedad. Por eso mismo, cierta dosis de desconfianza hacia nuestros saberes y nuestras propias prácticas se vuelve tan necesaria. De igual manera, las rotulaciones diagnósticas en salud mental son consignas que pueden instituir subjetividad, sobre todo para aquellas condiciones que se asumen como crónicas y que tienden a reforzar la identificación del individuo a estas, como sucede con el TEA, hacen de nuestra práctica una tan delicada.

Así, el efecto de profecía autocumplida de los diagnósticos en salud mental es otro aspecto a considerar, siendo importante aplicarlo solo cuando esté plenamente justificado y siendo rigurosos a la hora de su uso, parece una tarea indispensable para no fomentar con ello un posible sobrediagnóstico e invisibilizar también la diversidad de sufrimientos que se alojan detrás de esta serie de conductas. La crítica aquí es hacia el posible sobrediagnóstico de TEA y con ello no desmentir que existen niños y niñas con otros modos de posicionamiento subjetivo diferente en relación al Otro del lazo social. El punto a relevar es que no hay un sufrimiento único y, por lo anterior, resulta importante preguntarse a qué determinantes responden tales conductas y rasgos, ya que engloba una diversidad de problemáticas que es muy compleja, diversa y dolorosa para las personas involucradas.

El presente texto propone sobre todo a los y las terapeutas noveles a actuar con más cautela, cuidado y dar tiempo al proceso para que surjan las preguntas y posibles respuestas de los padres sobre el malestar de sus hijos e hijas, a no rotular rápidamente y tener cuidado con diagnósticos que hablan de una condición. Acompañando a los padres y a las madres a poder empatizar sobre el sentir de sus hijos e hijas, agenciarse y sostenerles para que puedan hacer su trabajo de elaboración, hablando más de un ESTAR de su hijo e hija en tal momento determinado de su desarrollo, que de un SER que lo deja condenado. Así mostramos que estamos hablando de un proceso terapéutico que toma tiempo y que requerimos del mismo para trabajar y ser testigos de los posibles cambios y de sus limitaciones.

Somos nosotros y nosotras, los y las profesionales en salud mental, quienes tenemos la responsabilidad de cuestionar nuestras propias prácticas con sus ideologías que instituyen e inscriben realidades, sobre todo en sujetos que se encuentran por motivos de su etapa del desarrollo en plena constitución. Como somos nosotros y nosotras agentes de lo que se inscribe hoy como bienestar y salud, instalando la incómoda pregunta si no hemos sido cooptados por el mercado y sus lógicas de producción en una tan pomenorizada salud mental infanto-juvenil.

Finalmente, todo nuestro quehacer a nivel técnico y de supuesto saber, supone una dimensión ideológica, ética y política que nos exige nuestra reflexión crítica permanente sobre los principios y los fines de nuestra producción, como el poder que tenemos para organizarnos, de

ser una fuerza que altere el equilibrio de intereses y de poderes vigentes en un colectivo humano. ¿En qué medida nuestra formación condiciona la adopción o la crítica de la toma de un poder represor o normalizador? Podemos conformarnos con este estado de la situación y limitarnos a alojar el sufrimiento de los miembros de una cultura o podemos más bien aspirar a problematizar y, a nivel de organización política, modificar las condiciones productoras del malestar.

Serán los futuros profesionales del campo Psi, quienes tendrán la posibilidad de transformar lo anterior. Por el momento, algunos y algunas con más trayectoria intentamos hacer un pequeño aporte para la formación de terapeutas noveles quienes serán protagonistas del mañana.

Referencias

- Abelenda, A., & Rodríguez-Armendáriz, M. (2020). Evidencia científica de integración sensorial como abordaje de terapia ocupacional en autismo. *Medicina*. Buenos Aires, 80 (Supl. 2), 41-46. <https://doi.org/10.5867/medba.2020.2.41> (Reemplazar con el DOI real si lo hubiera)
- Aguilera, R. (2022). Epistemes del cuerpo: Diferencias entre la biología neurocientífica, el apuntalamiento freudiano y la sustancia gozante lacaniana. *Revista Internacional de Filosofía Hodós*, 11(14), 78-93.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) & UNICEF. (2009). *Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro* (Boletín Desafíos, n.º 9). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35986/1/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF_es.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Eidelsztein, A. (2022). *No hay sustancia corporal*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Gariepy, J.-L., Gendreau, P., Mailman, R., Trancer, M., & Lewis, M. (1995). Rearing conditions alter social reactivity and D1 dopamine receptors in high and low aggressive mice. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 52(1), 69-74.
- Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia: Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*.
- Kuhn, T. S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas* (Trad. de Flora Botton). México: Fondo de Cultura Económica.
- Malabou, C. (2010). *La plasticidad en espera* (C. Durán & M. Valdivia, Trans.). Santiago de Chile: Palinodia.
- Makinodan, M., Rosen, K. M., Ito, S., & Corfas, G. (2012). A critical period for social experience-dependent oligodendrocyte maturation and myelination. *Science*, 337(6100), 1357-1360. <https://doi.org/10.1126/science.1220845>
- Lacan, J. (1974-1975). *El seminario, Libro 22: RSI* (Versión inédita, trad. R. Rodríguez Ponte). [Manuscrito no publicado].
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1993). *Diccionario de psicoanálisis* (1.ª ed.). Barcelona: Labor.

- López, S., & Rivas, R. (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31.
- Sanfelippo, L. (2021). Política, salud mental y psicoanálisis: Algunos cruces posibles en las instituciones de salud. En B. Bonoris & T. Pal (Comps.), *Escritos sobre el psicoanálisis que nos toca* (p. 20). Editorial Órbita Lúcida.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, 30 de septiembre). *Maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Reynoso, C., Range, M. A., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: Aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.
- Winnicott, D. W. (1954). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

Capítulo VIII

Manifestaciones psicóticas iniciales: algunas aportaciones

Margarita Loubat Oyarce

Desde hace un tiempo, el desarrollo de los programas asistenciales e investigativos sobre las enfermedades mentales graves se asienta en un paradigma marcado por conceptos como pródromos de la enfermedad y primeros episodios psicóticos, los cuales se vinculan a la detección precoz y al tratamiento de la enfermedad en fases tempranas.

La detección precoz de la patología grave es un reto para la prevención primaria en salud mental —al igual que el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los primeros episodios psicóticos— dado que la aproximación se realiza en etapas iniciales de la enfermedad. Es un desafío pues inicialmente los síntomas de estos trastornos graves, no son transparentes, ni inequívocos.

Incluso cuando se presenta un primer episodio psicótico, cabe preguntarse por cuadros diferenciales, pues existen numerosas patologías y/o manifestaciones conductuales que podrían asociarse a su etiología, que podrían no estar necesariamente vinculadas a manifestaciones psicóticas crónicas.

En la etapa inicial de los cuadros psicopatológicos de largo aliento y en los diversos niveles de su complejidad —además del necesario uso de fármacos otorgados por el médico psiquiatra para la estabilización orgánica de la persona—, son relevantes tanto el trabajo psicológico y psicosocial con la persona afectada como con su familia. Sobre todo, si se considera el estudio de la subjetividad del sujeto, cómo le afectan los ambientes próximos y los contextos socioeconómicos y culturales.

El propósito de este capítulo es mostrar a psicólogos y psicólogas noveles, equipos de salud y público en general algunos aportes desde la psicología que pudieran ser de interés, tal como una aproximación a la detección precoz de psicopatología psicótica grave considerando la

cognición como un posible indicador y línea de desarrollo investigativo; un recorrido sobre investigaciones en rehabilitación cognitiva en beneficio de propuestas para pacientes en etapas iniciales del trastorno con riesgo de evolución psicótica; un programa de intervención grupal de estimulación cognitiva, dirigido a jóvenes afectados por primeros episodios psicóticos.

Por otra parte, se releva la importancia de las estrategias que utiliza la familia, tanto cognitivas como conductuales, para enfrentar los primeros episodios psicóticos de sus hijos o hijas, pues estas podrían coadyuvar en el tratamiento del cuadro. Se muestra un programa de intervención dirigido a padres y madres que propende al desarrollo de estrategias de afrontamiento en beneficio de sus hijos y a la mitigación del impacto emocional en ellos, por causa del episodio patológico del hijo o de la hija.

Antecedentes generales

El lento y prolongado periplo desarrollado por la investigación y la clínica aplicada respecto del diagnóstico y tratamiento de los cuadros mentales graves, fundamentalmente con riesgo de evolución esquizofreniforme, ha provocado en los clínicos e investigadores, mirar hacia las fases iniciales de las enfermedades mentales, a su prevención, pesquisa y tratamiento precoz. Ello, valorando los enormes avances médicos vinculados al tratamiento con neurolépticos de mejor desempeño, la instalación a nivel de servicios de salud mental y psiquiatría de dispositivos terapéuticos interdisciplinarios con inclusión de la familia, y, es de mencionar en el caso chileno, una política de salud a nivel de Estado que ha avanzado en derechos y cobertura de tratamientos para el paciente aquejado por un trastorno mental grave.

No menos importante ha sido, a nivel macro, el reconocimiento del rol coadyuvante de determinantes sociales, contextuales y culturales en los procesos de salud y enfermedad, los cuales afectarían la emergencia y el tratamiento de cuadros psicopatológicos con componente de origen mayoritariamente endógeno.

Trastornos mentales graves

Se señala que las afectaciones graves en la salud mental de las personas son por lo general de larga duración, en su mayoría crónicas, de difícil tratamiento y rehabilitación, provocan un alto grado de disfunción social y por lo general significan grados de discapacidad para quien las padece. Son cuadros caracterizados por el trastorno de diversas áreas del desarrollo de los sujetos, viéndose comprometidos la afectividad, la cognición, la sociabilidad, con manifestaciones conductuales, sociales, del ánimo, en ocasiones con pérdida o juicio de realidad fluctuante, y en algunos casos con pérdida de vida, autoprovocada por la persona enferma. Las manifestaciones sindromáticas tales como las esquizofrenias, los trastornos afectivos bipolares, las depresiones mayores, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos severos de personalidad y aquellos que involucran un deterioro orgánico severo, entre otros, forman parte de este grupo de enfermedades.

Siendo el espectro de trastornos mentales severos muy vasto, en este texto se hará referencia fundamentalmente a las manifestaciones psicóticas iniciales, con posible deriva a la esquizofrenia.

Alcances generales

Si bien la prevalencia e incidencia epidemiológica de los trastornos mentales graves en generales baja, la gravedad que alcanzan estos cuadros los transforman en riesgosos y discapacitantes y en ciertos casos, por la alta carga del trastorno, han significado la muerte prematura, discapacidad u hospitalizaciones reiteradas.

En lo referido específicamente a la esquizofrenia (EQZ), a nivel mundial tiene una prevalencia de .37%, el rango etario de mayor carga epidemiológica es entre 20 y 24 años (Global Burden of Disease Study, 2021). Los intentos de suicidio fluctúan entre un 20 y 50%, entre un 4 y 13% de consumación (Pedrosa, 2017).

Desde hace años, la comprensión del cuadro EQZ se ha entendido como una interacción entre vulnerabilidad biológica e influencias psicológicas, psicosociales y culturales, donde el “yo” jugaría un papel en la valoración de los síntomas y su génesis (Tarrier y Birchwood, 1995). En

la misma línea, el Modelo Multidimensional de la Esquizofrenia, por nombrar uno de muchos modelos, contempla diversos factores etiológicos: genéticos, psicológicos, sociales y/o ambientales (Cowan y Mittal, 2021), lo cual complejiza los cuadros psicopatológicos y a su vez entrega un vasto y complejo campo de acción para el tratamiento de esta patología.

A pesar de que los avances científicos son promisorios, tales como el perfeccionamiento de los fármacos antipsicóticos y que la EQZ no es siempre una enfermedad crónica necesariamente degenerativa, prevalece una idea pesimista respecto de su pronóstico. La última aseveración estaría vinculada a que aún no está resuelta la inclusión y reinserción social de los sujetos afectados. Y, por otra parte, también estaría ligada a los costos del tratamiento y políticas de rentabilidad para los servicios sociales y sanitarios, vinculados al New Management Public.

Considerando la gravedad del cuadro, en Chile se instaló la Garantía Explícita en Salud (GES) vinculada al tratamiento temprano de la esquizofrenia (Minsal, 2017), la cual asegura por ley el diagnóstico y tratamiento integral a través de un equipo interdisciplinario, en consenso con el usuario y su familia. Incluye farmacoterapia, rehabilitación neurocognitiva, intervenciones con la familia y cuidadores de los y las pacientes, e incluye servicios de apoyo para la persona y su familia.

En la guía clínica de la GES se señalan indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de la patología. Y si bien se protocoliza en demasía la aproximación a la patología comparativamente con el análisis de la subjetividad del paciente —lo cual es un clivaje respecto de un tratamiento integral—, se estima que es un enorme esfuerzo desarrollado por el Estado en beneficio de estas personas.

A continuación, se entrega un resumen panorámico de las recomendaciones señaladas en la guía GES:

- El tratamiento farmacológico, recomendado por el médico psiquiatra, se realiza en la fase aguda de la enfermedad y se inicia con el antipsicótico más adecuado para el sujeto, con el fin de evitar efectos colaterales. Se recomienda informar al usuario respecto de los efectos secundarios de los distintos antipsicóticos (convencionales y atípicos) realizando, siempre que sea posible, un análisis en conjunto de las distintas alternativas, de modo que

él o ella decida cuál prefiere usar. También se informa al paciente sobre los altos riesgos de recaída si suspende la medicación, y de la necesidad de realizar una evaluación médica anual, a fin de examinar al paciente y controlar los fármacos.

- Las intervenciones denominadas psicosociales en la fase aguda, de recuperación y de compensación de la enfermedad, consideran acciones que contribuyan a superar la situación de crisis del individuo y su familia, y la relación y permanencia del individuo en su entorno. Se realizan intervenciones psicoeducativas respecto del trastorno para los y las pacientes y sus familias, evitando en lo posible la deserción educacional, apoyando la inclusión laboral lo más precozmente que esto sea posible, a fin de no excluirse de la vida social, laboral y educacional, según sea el caso. Al respecto se pone especial atención a la rehabilitación cognitiva, área que se ve especialmente afectada.

Pródromos y primeros episodios de la enfermedad

El desarrollo de investigaciones respecto de los pródromos de las enfermedades mentales, esquizofrenia y otras, se ha desplegado a fin de conocer signos tempranos y aportar en la prevención, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Varios estudios científicos señalan que la fase prodrómica de la EQZ puede durar años, caracterizada por múltiples signos y síntomas inespecíficos, tales como el aislamiento social, la pérdida de interés en la escuela o en el trabajo, el deterioro de la higiene o en la vestimenta, en comportamientos inusuales como estallidos de ira, entre otros. Para la familia y la escuela puede ser difícil entender el comportamiento del sujeto, pero por lo general advierten un cambio en sus conductas, en el marco de un desarrollo progresivo. Esta etapa incluso podría prolongarse hasta cinco años manifestando: agitación, depresión, ansiedad, dificultades en el contenido y curso del pensamiento y concentración, y preocupaciones excesivas como signos más frecuentes, para posteriormente derivar a una fase psicótica, cuantificada en promedio de 1,1 años con la presencia y aumento de los denominados síntomas positivos de la esquizofrenia

(delirios y alucinaciones), según Young y Mac Gorry (1996), autores que a través de los años han desarrollado vasta literatura científica al respecto.

En general, los síntomas y rasgos de tipo subclínico denominados “pródromos” son vividos por el o la paciente de manera egodistónica (elementos que la persona percibe como discordantes con su propio yo), lo cual suele alertar a los familiares y a las personas de su entorno. Estas manifestaciones, a menudo, preceden los primeros episodios, ya sea en base a una evolución patológica insidiosa o con un cuadro que se presenta de manera abrupta.

A continuación, se subrayan algunos resultados investigativos aún no publicados y otros difundidos insuficientemente en el campo de lo clínico práctico, que pudieran ser de interés y que están en sinergia con las indicaciones sanitarias estatales chilenas anteriormente expuestas.

1. En relación a una cognición social deficiente como indicador de riesgo temprano para la salud mental

La cognición social (CS) es una función que comprende diversos procesos, a fin de elaborar conductas de interacción. Existe una estrecha relación entre CS, funcionamiento social y habilidad de procesar rápidamente los estímulos sociales, lo cual es clave para mantener interacciones adecuadas entre las personas (Auné et al., 2015). La CS estaría compuesta por dominios interdependientes y traslapados en su constitución, incluyendo el procesamiento emocional (percepción y reconocimiento de las emociones a partir de expresiones faciales e inflexión de la voz); el conocimiento social (entendimiento personal sobre roles y reglas socio-culturales); la percepción social (capacidad de juzgar, decodificar roles y contextos sociales); el estilo atribucional (forma particular para explicar las causas de los hechos vitales).

La teoría de la mente (ToM), sería un dominio clave respecto de la CS de acuerdo a ciertos modelos teóricos (Zabala et al., 2018), pues favorece la interacción humana y se define como la capacidad para hacer inferencias sobre las intenciones, disposiciones y creencias ajenas, considerando a su vez el componente cognitivo de la empatía, lo que permitiría la generación de respuestas no egocéntricas, es decir, una participación afectiva en una realidad ajena al sujeto. La CS está implicada

directamente en procesos como la intención comunicativa, la enseñanza y la cooperación. Entonces, alteraciones en la ToM podrían afectar seriamente la habilidad para interactuar con otros (Landínez, 2020).

Para considerar el supuesto que una “cognición social deficiente” podría ser un posible indicador de riesgo temprano vinculado a una patología mental, se toma en cuenta la existencia de desajustes severos de desarrollo temprano en CS que se manifiestan en la EQZ, tales como: evidencia de la relación directa entre la CS y el funcionamiento social en las personas aquejadas de esquizofrenia (EQZ), con faltas en CS que tienen implicancias negativas en la inserción educativa, en los roles sociales, en la calidad de vida y en la tasa de recaídas de esos sujetos (Minsal, 2017); presencia de puntuaciones bajas en la medición de la variable reconocimiento emocional facial, lo que funciona como un buen predictor de la capacidad de regulación de relaciones interpersonales y socialización (Buedo et al., 2018); los bajos niveles de CS serían un elemento central en la explicación de deficiencias vinculadas a la funcionalidad diaria de personas con EQZ (Billeke y Aboitiz, 2013); Martín-Contero et al. (2017) correlacionan un bajo nivel de CS con trastornos psicóticos y prepsicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes) y señalan que la CS disminuida estaría también vinculada al trastorno afectivo bipolar.

En un estudio sobre CS en pacientes con un primer episodio psicótico, se demostró que tuvieron un desempeño significativamente peor en todas las tareas de cognición social en comparación con el grupo de control de sujetos sanos (Fortuny et al., 2020). En otro estudio sobre la CS y su influencia en la adaptación de personas que sufrieron el primer episodio psicótico de esquizofrenia, Shvets et al. (2020) señalan que personas diagnosticadas con esquizofrenia al momento de su primera hospitalización (primer episodio), presentaban una importante inadaptación social en el ámbito familiar y productivo. En paralelo, el 37,7% de esas personas sufrió un descenso en su estatus social y económico.

En otro estudio desarrollado por Loubat et al. (2023) se describen habilidades de CS y se relacionan con el ajuste social y emocional de estudiantes de enseñanza media. El supuesto que se aborda está vinculado a que niveles deficientes de CS serían señales de dificultades en la adaptación social y emocional, en este caso en adolescentes, como también podrían ser advertencias o indicadores para la detección temprana

de psicopatología. En esa investigación, se buscan evidencias para que la escuela cumpla un rol preventivo y de promoción de la salud mental en el medio escolar, desarrolle objetivos pedagógicos consecuenciales y, en caso de necesidad, se deriven casos al sistema de salud.

La primera etapa de la investigación tuvo como objetivo describir el desempeño de estudiantes en pruebas¹ relacionadas con habilidades de CS, donde se apreció que un 13,42% de la muestra (N= 1.029, jóvenes entre 14 y 19 años) presenta un rendimiento deficitario en alguna de las pruebas vinculada a la “percepción social”, gracias a la cual se decodifican e interpretan las claves sociales de gestos comunicativos y comportamientos de otros, centrándose en el contexto y en el manejo de claves a fin de poder hacer inferencias acerca de situaciones sociales. También presentan ausencia de ciertas habilidades respecto de la “capacidad empática”, conocida por ponerse en el lugar del otro y así aproximarse a lo que percibe y siente otra persona. Estos resultados están vinculados a 136 sujetos de la muestra total que denotan poca sensibilidad frente a los otros, no manifiestan malestar frente a experiencias negativas de terceros y presentan dificultades para establecer interacciones, siendo lo más complejo la poca sensibilidad frente a los otros y los bajos deseos o no manifestados de interacción.

El 3,6% de la muestra total (N=1.029) presenta muy bajos niveles de CS, teniendo resultados deficientes en la mayoría de los reactivos de los test, lo cual los transforma en “casos críticos”. Ello denota claramente dificultades de desarrollo psicosocial relacionadas con una posible implicancia, hoy o posteriormente, en problemas de adaptación, convivencia social y escolar —tales como manifestaciones de conductas violentas, falta de respeto entre pares y/o a la autoridad—, y/o directamente con trastornos de salud mental, lo cual se profundizó en una segunda etapa del estudio, en la que se relacionan las mediciones de habilidades de CS de los “casos críticos” de la primera etapa con antecedentes clínicos, sociodemográficos y de contexto social de los y las participantes.

1 A fin de realizar la evaluación de habilidades CS, se utilizaron dos pruebas psicométricas: Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1983). Versión validada en Chile por Fernández et al. (2011) y el Test de Empatía de Baron-Cohen (2004). Test validado en Chile por Fernández et al. (2021).

Los resultados señalan que el 1,26% de los sujetos presentan (según test² y datos cualitativos recabados a través de las entrevistas), indicadores de CS insuficiente con un déficit de habilidades sociales, especialmente ToM, de un 59% (dimensión más afectada), y bajo ajuste social y emocional, en un contexto con presencia de estresores y riesgo psicosocial. Un porcentaje importante tiene una historia de vida atravesada por relaciones conflictivas con familiares y/o pares, siendo 30,4% en ambos casos. Lo anterior refleja dificultades en sus procesos de socialización. Se aprecian antecedentes clínicos con numerosas visitas a psiquiatra, psicólogo y psicopedagogo, lo cual pudiera ser predictivo de dificultades severas de salud mental y deja de manifiesto problemas relacionados con la percepción social y las capacidades empáticas.

Los y las participantes de esta investigación fueron adolescentes en pleno desarrollo evolutivo y, por lo tanto, susceptibles de intervenciones que mejoren y desarrollen habilidades para una convivencia social exitosa y un desarrollo positivo en su salud mental. Krüger (2015) señala que las competencias asociadas a CS no son características innatas ni permanentes, si no que responden a situaciones que enfrentan las personas, por lo que podrían potenciarse mediante intervenciones tempranas, a lo que se agrega que uno de los hitos de la adolescencia corresponde al desarrollo de competencias emocionales y sociales, es decir, autorregular las emociones y relacionarse efectivamente con otros. A su vez, la adolescencia constituye una etapa clave para el inicio de trastornos caracterizados por desregulación emocional, vulnerabilidad biológica o complejización de la esfera social (Sebastián, 2015).

Por otra parte, Pupo-González et al. (2018) concluyen, en base a una muestra de adolescentes, que la incidencia de trastornos mentales en enseñanza media es mayor en el sexo femenino y de procedencia urbana, y los principales factores de riesgo predisponentes fueron psicosociales y familiares, relevándolos como gatillantes en el desarrollo de psicopatología.

2 En la segunda etapa del estudio se aplicaron los siguientes tests: Mood Disorder Questionnaire (MDQ). Test validado en Chile (Vöhringer et al., 2008). General Health Questionnaire (GHQ 12) test validado en Chile por Rivas-Diez y Sánchez-López (2013). Face Emotion Identification Test (FEIT). Esta prueba carece de componente lingüístico.

De lo expuesto, se podría señalar que la CS tiene un rol clave en el funcionamiento social y emocional adaptativo y que es necesario atender su desarrollo lo más temprano posible. También es relevante señalar que en el Global Burden of Disease 2019 de la Universidad de Washington, se señala que en 2017 la incidencia total de trastornos mentales en adolescentes (entre 15 y 19 años) en Chile fue del 1,81%, mientras que en Latinoamérica fue del 1,38% y a nivel mundial de 1,05% en el mismo rango. Estos datos no son muy distantes al 1,26% obtenido en la investigación de Loubat et al. (2023), no obstante, dichos resultados habría que tomarlos con cautela, pues el muestreo no fue probabilístico, sino que fue por disposición, en una mirada de corte transversal y con un diseño de estudio no experimental.

A fin de sostener la necesidad de una intervención a nivel escolar preventiva para el resguardo de la salud mental, se subraya que estos jóvenes deberán afrontar contextos sociales y laborales complejos en un mundo globalizado y de elevada interacción intercultural dado el cuadro de migraciones e inmigraciones crecientes, donde la comprensión y aceptación del otro es una necesidad no siempre entendida como tal, así como también la urgente asociatividad humana frente a catástrofes naturales, biológicas y/o antrópicas, dejando ver que el rol de la CS es fundamental.

2. En relación a aspectos cognitivos no sociales afectados

El trastorno impacta la atención, la memoria, fundamentalmente de trabajo, y el funcionamiento ejecutivo, lo cual incide en el afrontamiento interpersonal cotidiano y deja al sujeto vulnerable al estrés social. Se estima que cerca del 85% de los y las pacientes afectados por EQZ experimenta algún grado de deterioro cognitivo no social (Caviedes y Valdebenito, 2005). Estas alteraciones cognitivas se presentan tempranamente, formando parte del pródromo y en ciertos casos tienden a estabilizarse conjuntamente con la situación clínica.

Loubat et al. (2014) realizaron una revisión bibliográfica de literatura en beneficio de propuestas de rehabilitación cognitiva, para etapas iniciales de la EQZ, concluyendo en el éxito terapéutico de las intervenciones encontradas, con independencia de la modalidad de la rehabilitación cognitiva, ya fueran estas con formatos grupales o individuales;

entrenamiento mediante software o papel y lápiz; intervenciones multidominio cognitivo o específicas, dando cuenta de un impacto significativo en el funcionamiento cognitivo y/o psicosocial de los pacientes. Señalan que serían predictores de buenos resultados: que los sujetos sean jóvenes, el menor grado de deterioro cognitivo y el menor uso de medicación antipsicótica al momento de la intervención. Con respecto a la cognición no social, el mejoramiento del funcionamiento ejecutivo muestra ser el mejor predictor para la funcionalidad cotidiana. Las intervenciones inciden en la psicopatología, en el desempeño funcional y adaptación para la vida cotidiana en general. También una mejora significativa en la velocidad del procesamiento de la información, memoria de trabajo, y ajuste social, lo cual puede incidir en la reinserción laboral.

Considerando los diversos programas, se señala pragmáticamente que ejercicios de diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, resolución de problemas interpersonales, habilidades sociales, planeación y resolución de problemas, son significativos para incluir en las intervenciones. El uso de situaciones sociales y actividades de la vida cotidiana se estiman beneficiosas para promover el buen funcionamiento diario de los y las pacientes. También el ejercicio a través de un software u otros medios audiovisuales son relevantes. A ello se agrega, según Genevsky et al. (2010) que las intervenciones deben ser progresivas y de complejidad ascendente, considerando que el entrenamiento cognitivo produce cambios a nivel neurobiológico a partir del aprendizaje realizado.

Por último, existiría una necesidad de matizar las intervenciones de entrenamiento cognitivo con aspectos del diario vivir, incluyendo tareas relacionadas con problemas interpersonales y de reinserción sociolaboral.

Un listado de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden ser efectivas en etapa inicial del trastorno y que no han variado respecto de su efectividad a través de los años, se pueden encontrar en Loubat et al. (2014).

3. En relación a la estimulación cognitiva (social y no social) para jóvenes con primeros episodios psicóticos

Según la evidencia, los mayores esfuerzos se deben hacer en etapas tempranas del desarrollo de la esquizofrenia, con el fin de evitar un despliegue amplio, considerando la hipótesis de un período crítico y determinante para la evolución del cuadro el cual se ubicaría antes del primer episodio y entre tres a cinco años posteriores al mismo (Birchwood et al., 1998). Es en esa etapa, según McGorry et al. (2007), que se producirían cambios significativos tanto a nivel neurobiológico como psicosocial, determinando el curso que pueda tomar la enfermedad. De lo que se trata es de evitar la instalación de deficiencias cognitivas en personas con primeros episodios psicóticos.

Al respecto, se crea y se evalúa un programa de estimulación cognitiva de 12 sesiones para jóvenes con primeros episodios psicóticos, en base a estudios que han demostrado que las deficiencias cognitivas son posibles de tratar (Penadés et al., 2002; Elías et al., 2003; De la Higuera y Sagastagoitia, 2006, en Loubat et al., 2013). El estudio se relaciona con la calidad de vida del sujeto. La investigación da como resultado una performance estadísticamente significativa para las funciones cognitivas: atención selectiva, memoria de corto y largo plazo y función ejecutiva. Respecto a la calidad de vida, esta mejoró significativamente y se evidenciaron cambios sustantivos en los factores como sentimiento de autoeficacia, percepción de la atención psiquiátrica y vida amorosa. Los resultados del estudio avalan la realización de este tipo de intervenciones.

Otros estudios señalan que los programas integrales de entrenamiento de la cognición social pueden ser una herramienta eficaz para mejorar los sesgos atribucionales y los resultados funcionales en pacientes ambulatorios con esquizofrenia de aparición reciente (Rocha et al., 2021). En un ensayo controlado y aleatorio de entrenamiento en cognición social e interacción para personas con un primer episodio de psicosis, (Lo et al., 2023), señalan que la SCIT (entrenamiento de interacción y cognición social) fue bien aceptada, con una tasa de finalización satisfactoria. Quienes completaron el tratamiento mostraron evidencia de una ventaja, sobre el grupo convencional, en la reducción del sesgo atribucional y en sacar conclusiones precipitadas, al finalizar el tratamiento en personas chinas con un primer episodio psicótico.

4. En relación a la familia

Tal como se ha señalado anteriormente, no existe certeza diagnóstica ni pronóstica respecto a los primeros episodios psicóticos. Solo tras varios años de evolución el trastorno podría llegar a diferenciarse clínicamente de manera franca (Young y McGorry, 2005). Si se acepta esa hipótesis, el afrontamiento de los padres y las madres frente a la crisis psicótica del hijo o de la hija podría jugar un rol en torno al curso que tome la patología. Un estudio aún vigente es el desarrollado por Loubat y Cuturrufó (2008), quienes relacionaron las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento de padres y madres con la adhesión al tratamiento por parte de sus hijos o hijas.

Los resultados más significativos respecto de las estrategias de afrontamiento desplegadas por las familias frente al episodio psicótico de su hijo o hija, son las que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento desplegadas por padres y madres

Estrategia	Acción concreta	Estadísticas
Revaluación positiva	La mayoría de los sujetos crea un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la situación.	87% de los sujetos se ubica por sobre el percentil 50.
Reacción depresiva	Desbordarse por la situación y ser pesimista.	95,7% de los padres.
Negación	Negar la situación.	60,9% de los encuestados.
Planificación	Movilizar estrategias de afrontamiento para alterar la situación, lo que implica una aproximación analítica y racional del problema.	65% de los padres.
Conformismo	Afrontar de manera conformista la situación.	65,2% se ubica por sobre el percentil 50.
Pensamientos contradictorios	Evitar pensar en la situación problema.	El 73,9% de sujetos no lo usa.

Estrategia	Acción concreta	Estadísticas
Desarrollo personal	Crear un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la situación.	78% de los casos considera el problema como un autoestímulo.
Control emocional	Movilizar recursos para regular u ocultar sus sentimientos.	El 70% de las personas.
Distanciamiento	Supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.	Solo el 17,4% a veces.
Resolver el problema	Realizar una acción directa y racional para solucionar la situación problema.	El 100% de los sujetos decide bastante.
Expresión emocional	Canalizar el afrontamiento hacia manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema.	El 91,3% de las personas.
Apoyo social emocional	Buscar comprensión en los demás para la situación emocional en que se encuentran.	13% de las personas nunca buscan.

Fuente: Loubat y Cuturrufo (2008).

Con relación a los estilos de afrontamiento desplegados por padres y madres, o sea al tipo de predisposición personal para hacer frente a la situación “episodio psicótico”, emplean fundamentalmente “estilos” marcados por un método activo, es decir, movilizan esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación, o sea se conducen de manera proactiva. “Focalizan” con un estilo dirigido a la respuesta emocional, es decir, controlan, reducen o eliminan la respuesta emocional generada por el problema. En relación a la “actividad” movilizada se pudo observar que los esfuerzos son fundamentalmente de tipo cognitivo. La investigación concluye señalando que una aproximación activa, analítica y racional del problema por parte de las familias se correlaciona con la adherencia al tratamiento de sus hijos o hijas.

En otros estudios donde se utiliza la terapia multifamiliar vinculada a primeros episodios psicóticos (estudio piloto), se observó una tasa de recaída menor, así como también un menor número de ingresos psiquiátricos, a pesar de que el estudio no fue estadísticamente significativo

($p > 0,05$) (García del Castillo, 2023). Por su parte, DeTore et al. (2018) concluyen que la carga familiar predice el resultado funcional en el curso temprano de la esquizofrenia, más allá de los síntomas psiquiátricos y el funcionamiento inicial. Señalan que, tras el primer episodio psicótico, la percepción familiar sobre las oportunidades del sujeto afectado están limitadas a raíz del trastorno psiquiátrico, asociándose con un peor resultado funcional más allá de los síntomas psiquiátricos y el funcionamiento inicial. Agregan que debido a la enfermedad se puede reducir el nivel de apoyo brindado a la persona y, por lo tanto, afectar su funcionamiento psicosocial.

Bout et al. (2023) estudian el clima emocional en familias de pacientes con esquizofrenia: estudio transversal de 50 familias y concluyen que el 48% del total presentó un alto nivel de emoción expresada (EE). El alto nivel de EE se asoció con la presencia de sentimientos de vergüenza hacia el familiar enfermo, mientras que un nivel bajo de EE está asociada con el hecho de que el paciente mantiene económicamente a su familia.

Fitryasari et al. (2021) estudian el desarrollo de un modelo de resiliencia familiar para la atención de pacientes con esquizofrenia, concluyendo en que dicho modelo aumenta la capacidad familiar en un 13,4%. El modelo ayuda a gestionar el estrés controlando la carga y el estigma para que puedan sobrevivir, crecer, fortalecerse y cuidar mejor a las personas con esquizofrenia. La resiliencia familiar está influenciada por factores de riesgo, factores de protección y el estrés. Aquellas que tienen recursos limitados y tienen una visión negativa de la situación experimentaron mayores niveles de estrés. Los resultados mencionan que los grupos familiares vinculados con personas con esquizofrenia a menudo experimentan impotencia, agotamiento físico y mental porque se mantienen pensando en el estado del paciente, situación que es una amenaza para su estabilidad.

En otro estudio (Loubat, 2012), se crea y se evalúa³ una intervención orientada a padres y a madres cuyos hijos e hijas presentan primeros episodios psicóticos. La intervención persigue la promoción de estrategias y

3 Para la construcción de la intervención se consideró el Modelo Vulnerabilidad-Estrés de Zubring y Spring (1997), también los aspectos que las intervenciones familiares deben incluir, estudio desarrollado por Muela JA y Godoy JF (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Rev. Psicothema*. 13:1-6 y, además, se consideró un estudio preliminar de Loubat y Cuturrufó (2008), respecto de estrategias de afrontamiento de padres, frente a los brotes psicóticos de sus hijos.

estilos de afrontamiento que estén en sinergia con el tratamiento de los hijos y además bajen los niveles de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva, susceptibles de ser manifestadas por los padres. Se busca estabilizar el contexto familiar. Los resultados confluyen en una disminución de la ansiedad, el estrés e indicadores depresivos en los padres y las madres y la utilización de estrategias de afrontamiento más adecuadas, respecto del episodio psicopatológico del hijo o de la hija.

Respecto de la urgencia de la detección precoz y la intervención temprana

Por último, para subrayar la gravedad de la patología, se cita el estudio de Toll et al. (2023), investigación de dos años, con 300 pacientes atendidos en el programa de estudio y tratamiento para primer episodio psicótico del Hospital del Mar, Barcelona, entre 2013 y 2020. Se trató de personas de entre 18 y 35 años, con una media de edad de 25 años. Más del 60% de ellas eran hombres (no se detectaron diferencias en función del género de los pacientes). El 11% de los jóvenes intentó suicidarse en una o más ocasiones durante el periodo de estudio. Casi la mitad de los intentos de autoeliminación ocurrieron entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento y se registró un incremento entre seis meses y un año después del primer episodio. Los autores señalan que probablemente fuera consecuencia de la ruptura de las expectativas de vida de las personas afectadas y de la constatación de la ausencia de una rápida recuperación y retorno a la vida normal.

Por último, se agrega la presencia del fenómeno “estigmatización”, el cual vincularía a las personas, jóvenes o adultos, con la discriminación y la estigmatización social. Este constructo social incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se traducen en perjuicios. En el caso de personas con trastornos mentales, la estigmatización generalmente se configura con etiquetados negativos, aislamiento social, reducción de posibilidades de empleo, de obtención de ayuda, entre otros, limitando significativamente las posibilidades de la persona (Ochoa et al., 2011; Rüsche et al., 2005; Zabaleta et al., 2021). Ello tiene consecuencias en el tratamiento, rehabilitación e inclusión social de las personas y desde luego en la búsqueda de ayuda frente a la enfermedad, en este caso,

en relación a los primeros episodios psicóticos. En el caso específico de adolescentes afectados destaca el miedo al estigma y a la discriminación (Mulfinger et al., 2019), en sus familias se observa altos niveles de estigma relacionados con vergüenza/pudor (Song et al., 2018) y experiencias interpersonales negativas, acompañadas de estigmatización en el sistema de atención en salud mental (Kokanović et al., 2018).

Conclusiones

Una manifestación psicótica en una persona joven, o de más años, es grave tanto para el individuo como para su familia. Conlleva un alto riesgo de cronicidad y, más aún, el riesgo de que la persona atente contra sí misma por las consecuencias que la patología significa para su desarrollo vital.

La detección precoz de la patología es de suma importancia para reducir el tiempo entre la aparición de los síntomas y la aplicación de un tratamiento, teniendo significación en la evolución del cuadro y en la protección de la persona afectada frente a conductas autodestructivas.

Se trata de un trabajo conjunto a nivel intersectorial —sobre todo salud y educación— destinado a la prevención en salud mental. La información y educación social comunitaria vinculada a las manifestaciones que conllevan estos cuadros son importantes para la pesquisa y coadyuvan con un tratamiento precoz. También ello puede reditar en un mejor pronóstico respecto del desarrollo de la patología, en una mejor funcionalidad en la vida diaria y, por ende, en una mejor calidad de vida para la persona.

Entonces, la búsqueda de indicadores para la detección temprana de los cuadros se estima fundamental. En este capítulo se propuso la detección a través de la dimensión cognitiva social y no social de las personas en el medio escolar, bajo el supuesto de que bajos resultados en CS podrían estar señalando ciertos riesgos, por cierto, no solo de psicopatología severa.

También se subrayó la importancia del trabajo con las familias, con el propósito de aliviar el propio malestar psíquico de la persona y el de su familia aquejada por el episodio. Se proponen ciertas estrategias que

les sirvan de apoyo desde un punto de vista emocional, necesarias para el afrontamiento del episodio, aun cuando se trate de solamente uno.

Por último, se subraya el valor del contexto social, económico y cultural en la emergencia y desarrollo de estos cuadros, lo cual obliga a que el ejercicio de detección y tratamiento se trabajen con precaución, problematizando la sintomatología, considerando los contextos y también la subjetividad de la persona afectada. La manifestación patológica, aun cuando sea de base orgánica en su desarrollo, también operan factores contextuales que gatillan, profundizan o en ciertos casos atenúan la emergencia de lo psicopatológico. El abordaje de la salud mental y de los primeros episodios mentales graves, no es una tarea para tratar de manera aislada. Mucho depende de los modelos de salud que se desarrollan a nivel público-estatal, del financiamiento que se destina, de factores idiosincráticos y culturales de los Estados, entre otros. No menos importantes son los fenómenos culturales estigmatizantes, los cuales permean los espacios públicos, familiares y de tratamiento de las personas en cuestión, teniendo un valor en la resolución del problema.

Referencias

- Auné, S., Abad, F., & Attorresi, H. (2015). Antagonismos entre concepciones de empatía y su relación con la conducta prosocial. *Revista de Psicología*, *17*(2), 137-140. <https://doi.org/10.18050/revpsi.v17n2a7.2015>
- Billeke, P., & Aboitiz, F. (2013). Social cognition in schizophrenia: From social stimuli processing to social engagement. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00004>
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry*, *172*(33), 53-59.
- Bout, A., Berhili, N., & Arab, R. (2023). Les déterminants du climat émotionnel dans les familles de patients avec schizophrénie: Étude transversale sur 50 familles. *Pan African Medical Journal*, *44*(11). <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.11.18919>
- Buedo, P., Fernández, G., Biondi, J. A., Orozco, D., & Agamenonni, O. (2018). Procesamiento de las emociones faciales en personas con esquizofrenia: Análisis dinámico de la información visual. *Revista Argentina de Salud Pública*, *9*(34), 7-12.
- Caviedes, A., & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *43*, 97-108.
- Cowan, H. R., & Mittal, V. A. (2021). Three types of psychotic-like experiences in youth at clinical high risk for psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *271*, 733-744. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01143-w>
- DeTore, N. R., Ventura, J., Subotnik, K. L., & Nuechterlein, K. H. (2018). Family burden predicts functional outcome in the early course of schizophrenia beyond psychiatric symptoms and baseline functioning. *Schizophrenia Research*, *202*, 172-177. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.068>
- Fitryasari, R., Nursalam, N., Yusuf, A., Hargono, R., Lin, C.-L., & Tristiana, D. (2021). Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(2), 529-536. <https://doi.org/10.1111/scs.12886>
- Fortuny, J. J., Navarra-Ventura, G., Fernández-Gonzalo, S., Tomàs, E. P., Armengol, J. M. C., Vidal, D. P., & Vicente, M. J. (2020). Cognición social en pacientes con un primer episodio psicótico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.006>

- Frajo-Apor, B., & Hofer, A. (2020). Social cognition as a current and future target in schizophrenia treatment. *Clinical Psychology in Europe*, 2(4), e2753. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i4.2753>
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ... & Maj, M. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287. <https://doi.org/10.1002/wps.20167>
- Guimón, J., & Guimón, B. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia: Interacción entre psiquiatra y familia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 719-732.
- Haro, J. M., Altamura, A. C., Corral, R., Elkis, H., Evans, J., Gervin, M., ... & Suarez, D. (2015). Understanding the impact of schizophrenia on patients' lives: A Europe-wide survey. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0485-4>
- Harvey, P. D., Heaton, R. K., Carpenter, W. T., Green, M. F., Gold, J. M., & Schoenbaum, M. (2012). Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophrenia Research*, 140(1-3), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.025>
- Hernangómez, M. L., & Soriano, A. (2007). Evaluación de los cuidadores principales de enfermos mentales: Aportaciones de la teoría fundamentada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 113-134. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352007000100006>
- Hinojosa-Azcué, J. C., Hernández-Vásquez, A., & Torres-Puente, M. (2020). Burden and coping in primary caregivers of patients with schizophrenia: A systematic review. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 122-132. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.01.002>
- Hinojosa-Azcué, J. C., Ochoa-Vigo, K., & Hernández-Vásquez, A. (2018). Calidad de vida en cuidadores de pacientes con esquizofrenia: Una revisión sistemática. *Revista Enfermería Global*, 17(50), 425-438. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.289491>
- Honkonen, T., Saarinen, S., Salokangas, R. K., & Hietala, J. (1999). Factors associated with outcome in schizophrenia and schizoaffective disorder: The significance of family burden, family attitude, and treatment adherence. *European Psychiatry*, 14(5), 264-271. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)00212-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)00212-3)
- Ibáñez, Á., Cardona, J. F., & González, B. L. (2017). Cognición social: Bases neuroanatómicas, trastornos y aplicaciones clínicas. En L. F. Ardila (Ed.), *Psicología cultural y neurociencia* (pp. 213-231). Editorial Panamericana.

- International Classification of Diseases (ICD-11). (2019). 11.^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. <https://icd.who.int/es>
- International Test Commission. (2013). Directrices sobre el uso de los tests. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_use_spanish.pdf
- Jefatura del Estado. (2007). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 50597-50610.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 160(s17), 19-21. <https://doi.org/10.1192/S0007125000293428>
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson Educación.
- Lee, H. J., & Schepp, K. G. (2013). The Korean version of the Experience of Caregiving Inventory (ECI): Translation and psychometric evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(3), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.01.002>
- López, S. R., Ramírez García, J. I., Ullman, J. B., Kopelowicz, A., Jenkins, J. H., & Breitborde, N. J. K. (2009). Cultural variability in the manifestation of expressed emotion. *Family Process*, 48(2), 179-194. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01277.x>
- Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17(3), 203-212. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90049-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90049-1)
- Magaña, S. M., Ramírez García, J. I., Hernández, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.378>
- Martín, J., Campos, R., & Mendoza, R. (2011). La esquizofrenia como trastorno del desarrollo y de la identidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 529-545. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300004>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión (CIE-10)* (10.^a ed.). Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. <https://www.who.int/classifications/icf/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1995). Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 58(1), 25-30. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02765-3](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02765-3)
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41, 581-597. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-6363-1>
- Ramírez García, J. I., Chang, C. L., Young, J. S., Lopez, S. R., & Jenkins, J. H. (2006). Family support predicts psychiatric rehospitalization of Mexican American individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 378-380. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000217816.43375.20>
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín Calderón, C., & Perona Garcelán, S. (2016). ¿Son los trastornos mentales verdaderas enfermedades? La cuestión del estigma a la luz del modelo de enfermedad mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.06.001>
- Ruiz, M. A., & Baca, E. (2010). El futuro de los sistemas de clasificación diagnóstica en salud mental: DSM-V y CIE-11. *Clínica y Salud*, 21(1), 57-63.
- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., & Mainwaring, J. (2007). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up. *European Psychiatry*, 22(6), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.03.004>
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Capítulo IX

Rehabilitación e inclusión social de personas afectadas por un problema de salud mental grave, en el marco de la estigmatización social

Margarita Loubat Oyarce y Mónica Díaz Leiva

¿Qué es lo que se le podría desear a una persona con un problema de salud mental grave y también a su familia? Sin duda, la estabilización del cuadro psicopatológico y su rehabilitación, a fin de abrir paso a su inclusión familiar, social y laboral. Esa aspiración implica una tarea compleja, pues deben florecer una serie de condiciones que involucran varios y variados aspectos: el contexto familiar y social de la persona, el nivel de desarrollo de la condición de salud mental, el grado de malestar psíquico y de afectación de su vida cotidiana, los planes terapéuticos y niveles de adhesión al tratamiento. De manera más específica, la edad de inicio de la patología, el impacto del diagnóstico en la subjetividad de la persona, la estigmatización social y los niveles de autoestigmatización; el impacto de la situación en otras áreas: educacional, laboral, familiar y la situación socioeconómica de la persona en cuestión, pues la estabilización y tratamiento involucran recursos mayores.

El amplio periplo que significa el proceso de intervención para estabilizar, rehabilitar y favorecer la inclusión social de una persona que presenta un trastorno mental grave no es menor. A nivel micro, el alivio del sufrimiento psíquico debe ser afrontado por medio de tratamientos sugeridos por equipos interdisciplinarios de salud mental en el marco de un trabajo intersectorial y a través de políticas públicas, donde se consideren los derechos de las personas y sus familias. A nivel macro, se deben tener en cuenta factores vinculados con el contexto sociopolítico, económico y cultural en el que se desarrolla el sujeto, lo cual puede ser muy desfavorecedor respecto del pronóstico del proceso terapéutico.

A esta tarea compleja, se suma el fenómeno “estigmatización social”, dañino para la persona y para los esfuerzos terapéuticos desarrollados por los equipos de salud mental tratantes. Este fenómeno puede ocasionar

discriminación, prejuicios, violencia, exclusión social y segregación, institucionalización ilegal o arbitraria, sobremedicalización y prácticas de tratamiento que no respeten su autonomía, su voluntad y sus preferencias (Palacios y Bariffi, 2013).

En este capítulo se entrega una panorámica respecto a la rehabilitación e inclusión social de personas con problemas de salud mental graves, principalmente la esquizofrenia, afectación que puede desplegar una discapacidad psicosocial grave, asociándose al fenómeno de la estigmatización social.

a) Clarificación de conceptos y antecedentes generales

El concepto de “rehabilitación” se vincula a personas con problemas de salud mental graves. Se señala de manera amplia y libre que su finalidad es obtener los mejores resultados terapéuticos posibles —biológicos, psicológicos y sociales— para posibilitar la integración e inclusión social de personas que siguen un curso crónico de enfermedad mental y cuyo sufrimiento psíquico interfiere en su proyecto de vida.

La rehabilitación conlleva programas, los que por lo general abren paso a un conjunto de intervenciones de cuidado, enmarcadas en un proceso continuo y coordinado, encaminadas a optimizar el funcionamiento psíquico y participación social de la persona tendiendo a minimizar, recuperar y/o mejorar las capacidades para la inclusión e interacción con el entorno y vida diaria. La rehabilitación es un proceso de largo plazo y es un esfuerzo por generar diversos sistemas de apoyo que permitan que la persona no se encuentre en una situación de desventaja social. En definitiva, se propicia una revinculación educacional, laboral y familiar, así como su inclusión en la sociedad en general.

Siendo estos los propósitos de la rehabilitación psicosocial, se debe señalar que esta se desarrolla vinculada con el medio social y por lo tanto el acto terapéutico pasa a ser tributario de diversos componentes contextuales sociales y culturales del medio en el cual se desenvuelve la persona.

La rehabilitación abarca un amplio espectro de posibilidades y en las últimas décadas se ha desarrollado evidencia que demuestran la posibilidad de que las personas desarrollen habilidades y accedan a los recursos necesarios para llevar a cabo sus proyectos de vida, en entornos sociales

de su elección. Esto requiere que los procesos de rehabilitación sean creativos e innovadores (Mirabal-Requena et al., 2020).

La rehabilitación y la “inclusión social” son una necesidad y un derecho para las personas con problemas de salud mental grave. Esta aseveración se grafica a través de los siguientes datos: as personas con enfermedades mentales tienen menores posibilidades de proveerse sustento mediante el trabajo y cuentan con un menor sistema de protección social, en comparación con personas sin enfermedad mental (OMS, 2007); la cesantía, es aproximadamente 6 a 7 veces mayor comparativamente con las personas sin trastornos mentales; cerca de un 75% de los empleadores señalan tener dificultades para contratar a personas, por ejemplo con esquizofrenia (Senadis, 2015); y, por lo general, estas personas no reciben ayuda para conseguir empleo por parte de los facilitadores sociales.

Estos datos, entre otros, son ejemplo de la menor inclusión social de personas con problemas graves de salud mental, lo cual tiene consecuencias directas en su salud y bienestar.

Otro dato importante está vinculado con la medición en años de vida perdidos (AVISA) por causa de la pérdida de salud producida a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte expresada; por ejemplo, en el caso específico de la esquizofrenia (EQZ), en un rango de edad entre los 20 y 44 años, en hombres es de 19.028 y en mujeres 23.217 (Minsal, 2008).

La rehabilitación está asociada con la “discapacidad”, concepto excluyente ligado en sus inicios a lo religioso y asociado a castigos divinos hacia determinados sujetos. Este es un tema controversial que históricamente ha estado ligado fuertemente a fenómenos de exclusión y discriminación (Calle-Carrasco et al., 2023). Existen diversos tipos de discapacidad: sensorial, física, mental. El concepto se vincula a lo improductivo, pues se señala que son personas que no contribuyen económicamente a la sociedad, lo cual les excluye socialmente, se les asocia a sujetos marginales y sin derechos sociales.

Como contestación al concepto tradicional de discapacidad, en las décadas de los sesenta y setenta, el “movimiento de vida independiente” conformado por personas con diferentes tipos de discapacidad, propuso la noción de “diversidad funcional”, donde se asume como principio que todas las personas tienen un funcionamiento diferente o diverso (López y Ruiz, 2020; Romanach, 2005).

El concepto diversidad funcional surgió como resultado de las demandas de este movimiento y está referido a personas con alteraciones funcionales crónicas o transitorias de largo aliento, innatas o adquiridas en el curso del desarrollo humano, en sus variadas etapas vitales (Rodríguez-Díaz y Ferreira, 2010-a; Rodríguez-Díaz y Ferreira, 2010-b; Moscoso, 2011).

Este término alternativo a discapacidad se utiliza en distintos países por iniciativa de personas que forman parte de movimientos de la sociedad civil, ante las consecuencias de la estigmatización y de una semántica peyorativa, que solo destaca la vulnerabilidad del sujeto y lo violenta con nociones como discapacidad y minusvalía.

El concepto implica un cambio de orientación respecto a la discapacidad, respondiendo a la necesidad de analizar y elaborar la noción no como un problema de tipo individual, como ha sido tratado históricamente por la biomedicina, sino en función de un nuevo paradigma social que sitúa el obstáculo en la sociedad o la comunidad, en tanto esta responde sistemáticamente excluyendo al sujeto o siendo paradójicamente “incapaz” de reconocerlo como un miembro del sistema social.

En lo particular, respecto a la salud mental, el concepto está relacionado a un funcionamiento psíquico diverso a la “norma” en sujetos que muestran capacidades o formas de participación diferente a la mayoría de la población. El propósito central de los impulsores de esta noción es reivindicar la autonomía del sujeto y el respeto a su dignidad inherente, alejándose de la noción de déficit y buscando activamente evitar su discriminación, estigmatización o marginación social.

Además, y en el mismo sentido, las organizaciones de personas que han vivido problemas graves de salud mental han propuesto la noción de diversidad psicosocial, para hacer referencia a quienes enfrentan barreras sociales y actitudinales, que dificultan su participación en igualdad de oportunidades que las demás, reivindicando el derecho a la diferencia y convirtiéndose en una corriente crítica frente al manejo tradicional de la salud mental (Fábregas et al., 2018).

Las nociones de diversidad funcional y diversidad psicosocial están vinculadas a la evolución histórica de los modelos de discapacidad. A continuación se visualiza un cuadro comparativo (ver tabla 1), considerando la concepción de la esquizofrenia según diferentes modelos de aproximación a la discapacidad, que comienzan con una mirada vincula-

da a lo religioso para terminar, en la actualidad, con un modelo integrador vinculando lo biológico, psicológico y social (Córdova et al., 2023).

Tabla 1. Cuadro comparativo entre el concepto de esquizofrenia y modelos de discapacidad

Periodos	Concepción de la esquizofrenia	Modelos de discapacidad
Edad Media	No existe un concepto propiamente dicho. La esquizofrenia se asocia a ciertas creencias religiosas.	Modelo de prescindencia, el cual basa la discapacidad en lo religioso.
Segunda mitad del siglo XIX	Surge el concepto de demencia precoz para denotarla.	Modelo de prescindencia, el cual basa la discapacidad en lo religioso.
Primera mitad del siglo XX	El concepto se basa en una mirada principalmente biologicista, que surge de varios tratados de psiquiatría.	Modelo rehabilitador, el cual asocia la discapacidad solo con orígenes científicos.
Segunda mitad del siglo XX	Surgen movimientos antipsiquiátricos y con ello se cuestiona el concepto de esquizofrenia y las formas de rehabilitación.	Modelo social, el cual remite la discapacidad a factores sociales por sobre los biológicos.
Siglo XXI	Actualización de los distintos manuales de psiquiatría, tomando como base tanto factores médicos como sociales para definir la esquizofrenia, los que conforman esta condición de salud.	Modelo integrador

Fuente: Córdova J, Gilles M, Gonella A. (2023)

Con respecto al modelo integrador de rehabilitación, en el que confluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se puede señalar que se orientaría a generar y articular sistemas de apoyo terapéutico con estrecha vinculación con redes comunitarias, para propiciar la autonomía de las personas en su vida cotidiana.

Los movimientos internacionales de reforma psiquiátrica, que comenzaron en los albores de la década del sesenta, tuvieron una gran influencia en el cambio de mirada contemplado en el modelo integrador. Producto de ellos surgen nuevos modelos de atención en el campo de la salud mental y la Psiquiatría, que consideran la comunidad como parte fundamental de los procesos de tratamiento y rehabilitación de sujetos

con problemas graves de salud mental. Es en ese marco que surge el concepto de rehabilitación psicosocial como un movimiento a favor de los derechos de las personas con trastorno mental y que incorpora un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas con la mejora de la autonomía y participación social en el marco de un sistema de servicios comunitarios (Paganizzi, 2014). Esta visión ha sido difícil de implementar a nivel mundial, pues requiere una mirada que involucra voluntades políticas y económicas.

Esta visión comportaría un posicionamiento desde los derechos humanos, donde a las personas se les considera titulares de derechos y los procesos de rehabilitación apuntan a favorecer la singularidad de cada persona, su patrimonio cultural, sus trayectorias educacionales o laborales, sus expectativas y los repertorios de habilidades relevantes para favorecer los procesos de inclusión en ámbitos específicos (Díaz, 2022), favoreciendo la participación protagónica de las personas, de sus familias y redes próximas (Sousa Campos, 1996) y abriendo paso a una participación ciudadana (Saraceno, 2003; Lima et al., 2011).

Los conceptos de “rehabilitación”, “inclusión social”, “discapacidad” y el de “diversidad funcional” —este último incipiente a nivel de políticas públicas y marcos normativos legales—, han ido de la mano con el de “estigmatización” de la persona que presenta alguna dificultad grave de salud mental. Es frecuente apreciar que la estructura social, familiar e incluso sanitaria en diversos niveles, estigmatiza y discrimina profundizando aún más la exclusión social y el sufrimiento psíquico de la persona.

b) La estigmatización social

La estigmatización puede definirse como un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se configuran como prejuicios, lo que conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada (Ochoa et al., 2011).

El fenómeno de la estigmatización es complejo, socioculturalmente diferenciado, se hipotetiza que condensa tramas sociales y personales, incluyendo sentimientos, creencias, prejuicios, comportamientos y otros que pueden desembocar en dolorosas consecuencias discriminatorias. Para las personas con trastornos mentales graves, el fenómeno a menudo

trae etiquetados negativos, aislamiento social, reducción de oportunidades de empleo, de obtención de ayuda terapéutica y muchas veces sus derechos son solo parcialmente respetados por causa de los estereotipos negativos, en los cuales incluso está inmiscuido el personal sanitario (ONU, 2022). Se agrega que el fenómeno tiene consecuencias para las posibilidades de rehabilitación de los pacientes, que es un fenómeno bastante lapidario y que se ha desarrollado en diversas épocas.

c) Aportes investigativos vinculados a la estigmatización y a la rehabilitación del sujeto con un problema mental grave

A continuación, se hace mención a investigaciones sobre la estigmatización de personas con problemas de salud mental graves con el fin de subrayar sus consecuencias. Se muestran estudios sobre rehabilitación cognitiva de personas con esquizofrenia de larga data, con el objeto de relevar sus resultados. Por último, se hace referencia a herramientas y programas de rehabilitación cognitiva social y no social, que pueden ser aportes para los equipos de salud mental.

En este apartado se enfatiza en el fenómeno de la estigmatización y en el campo específico de la rehabilitación cognitiva, pues se ha evidenciado su importancia para los procesos de inclusión social. Existen otras dimensiones en la rehabilitación del sujeto que son relevantes para la inclusión social, pero no se abordan en este capítulo.

-Respecto a “estigmatización”

Tanto en la práctica clínica como en la literatura científica el fenómeno estigmatización dificulta la detección precoz de la patología mental e interfiere significativamente en la adhesión al tratamiento, intensifica la sintomatología psicótica y fragiliza al sujeto a experimentar recaídas. Además, dificulta la construcción de la identidad, autoestima y autonomía, e interfiere significativamente en la reinserción socio-ocupacional del sujeto (Loubat et al., 2017).

En revisiones sistemáticas donde se considera específicamente a la persona, y/o a la familia, cuidadores y/o al equipo tratante, se postula que

la estigmatización y sus representaciones sociales impiden una adecuada reinserción social (Chang et al., 2018), que en general los sujetos con malestar psíquico grave rinden menos en tareas cognitivas cuando se ven enfrentados al estigma (Dubreucq y Franc, 2019). En metanálisis revisados (Hortal-Mas et al. 2020) concluyen que la sexualidad se afecta por el estigma, lo que acompañado por otros factores clínicos puede provocar aislamiento social, mientras que Maunder y White (2019) señalan que las intervenciones contra el estigma mejoran con el contacto entre la persona afectada y el profesional tratante, en el personal de salud.

En una revisión bibliográfica acerca de la estigmatización de las personas diagnosticadas con algún trastorno mental grave, cuyo objetivo se enmarca en contribuir a efectivizar los planes y la rehabilitación se pudo apreciar autoestigmatización con baja adherencia al tratamiento, aumento de sintomatología y sentimientos negativos; apoyan la resistencia al autoestigma, ciertas características del sujeto (resiliencia, responsabilidad y apertura) sumada a un alto nivel educacional. Además, la estigmatización social influye en la autoestigmatización del sujeto y dificulta el éxito en los planes de tratamiento desarrollados por los equipos terapéuticos impactando en la gravedad del cuadro, con el consecuente deterioro del estado emocional, mermando la funcionalidad social y participación sociocupacional del sujeto.

Los y las profesionales, miembros de los equipos tratantes manifiestan que el estigma va en contra de la recuperación del sujeto, de ahí la necesidad de intervenciones para su abordaje en los equipos de salud. Identifican estigma posterior a la etiqueta diagnóstica y señalan que habría que apoyar la recuperación con énfasis en el empoderamiento y la construcción de significados personales en el proceso de rehabilitación.

Se recaban lineamientos generales que pudieran mejorar los resultados en la práctica clínica, señalando que los programas de reducción del autoestigma aparecen como relevantes en tanto proponen reducir el aislamiento social, promover actividades grupales y desarrollar intervenciones comunitarias con participación familiar y de cuidadores. Se concluye en la necesidad de incluir objetivos antiestigma en los planes de tratamiento (Loubat et al., 2024).

-Respecto de la rehabilitación de la cognición de personas con esquizofrenia

Los esfuerzos de inclusión sociolaboral para las personas con problemas de salud mental grave demandan a los equipos tratantes especial atención en la rehabilitación de las capacidades cognitivas.

Estos déficits, en el caso particular de la esquizofrenia, impactan significativamente la función ejecutiva, la fluidez verbal, vigilancia, velocidad motora, atención, evocación retardada, habilidades visomotoras, memoria de trabajo, habilidades perceptuales, memoria de reconocimiento, reconocimiento nominal por lectura y la memoria a largo plazo (Barrera, 2006).

En una investigación donde se crea un programa de rehabilitación cognitiva para personas con esquizofrenia de larga data, se analizaron las diferencias en las puntuaciones observadas en atención, memoria y función ejecutiva, en función de la aplicación del programa de rehabilitación. El estudio fue de corte explicativo, de diseño cuasi experimental de dos grupos (experimental y control), con medidas pre y posintervención. Se administraron los test Trail Making Test A y B, escala de inteligencia de Wechsler, Figura Compleja de Rey, Stoop P y C. Los resultados señalan que la intervención tuvo un impacto clínicamente significativo en la atención focalizada visual y en el dominio ejecutivo (velocidad de procesamiento de información verbal). Existieron diferencias de medias estadísticamente significativas en los puntajes postest para la Figura Compleja de Rey, en la variable memoria-tiempo, cuyo tratamiento tiene un impacto bajo y tasas de falsos negativos superiores a las esperadas. Se pudo concluir que entrenar identificando símbolos, recuerdos de detalles de imágenes proyectadas, asociación de palabras simples, en contextos de competición entre grupo con elementos lúdicos, tiene un impacto clínicamente relevante en la rehabilitación de la atención focalizada visual y en la velocidad de procesamiento de información verbal en sujetos con esquizofrenia de larga data (Loubat et al., 2016).

Por su parte, según Billeke y Aboitiz (2013), las alteraciones cognitivas sociales tendrían un impacto aún mayor que aquellas no sociales (atención, memoria, pensamiento ejecutivo, entre otras), en la funcionalidad diaria de las personas y en su calidad de vida.

Se entiende por cognición social la integración de procesos que permiten la interacción entre sujetos. Ese intercambio de señales sociales permite la obtención de información acerca de los otros sujetos involucrados y el aprendizaje acerca del entorno basado en estas señales, partiendo desde fenómenos básicos como la atribución de intenciones. Este tipo de cognición permite la existencia de una realidad compartida entre las personas (Frith y Frith, 2017; Frith, 2017, citados por Labbé et al., 2019).

-Instrumentos y programas de rehabilitación de la cognición social (CS)

En una revisión sistemática (PRISMA), respecto a los instrumentos de evaluación y programas de entrenamiento de la cognición social en beneficio de la rehabilitación de personas con esquizofrenia, considerando subdominios de la cognición social tales como: procesamiento emocional, percepción social, conocimiento social, estilo de atribución, teoría de la mente, se ubican 290 artículos, se seleccionan como pertinentes 195 y por último se filtran bajo criterios de calidad 37 instrumentos. Además, se describen 10 programas de rehabilitación de la CS. Se concluye de la existencia de excelentes herramientas para la optimización de la cognición social, que pudieran ser aplicadas por los equipos a personas con patologías mentales crónicas graves (Loubat y Astudillo, 2019).

A fin de abrir paso a la inclusión familiar, social y laboral de las personas con un problema grave de salud mental se requeriría, como prioridad la estabilización del cuadro psicopatológico. Además, sería fundamental que las personas tengan la posibilidad de contar con información oportuna, que se les ofrezca una red de apoyo, contar con un equipo interdisciplinario que favorezca la estabilización y el alivio del malestar psíquico. Díaz et al. (2016) agregan que el proceso de rehabilitación se debería desarrollar en el marco de un enfoque de derechos que resguarda la autonomía del sujeto, como un derecho imprescriptible e inalienable que garantice su integridad en todo el proceso.

Al mismo tiempo se debe mencionar que la rehabilitación de la persona con un problema mental grave es compleja, multivariada y busca potenciar el funcionamiento y la participación de la persona, reducir discapacidades y desventajas sociales, facilitar la inclusión social y ciudadana

y fortalecer a la persona frente al estigma social el cual es un fenómeno histórico complejo y multicausal.

En efecto, el proceso de rehabilitación de las personas con problemas graves de salud mental, se desenvuelve en un contexto social y cultural e interactúa con sus diversos componentes, entre ellos la “estigmatización”, fenómeno cultural que muchas veces impide los esfuerzos desarrollados por los equipos, la familia y la propia persona, en las dimensiones biológica, psicológica y social involucradas en los procesos de rehabilitación e inclusión social.

A pesar de la complejidad de estos procesos, es necesario señalar que las investigaciones sobre rehabilitación de personas con trastornos mentales (en este capítulo se ha hecho referencia solo a estudios sobre la rehabilitación de la dimensión cognitiva), muestran en base a evidencia, que se pueden alcanzar logros significativos que reditan en una vida más independiente de los sujetos, relaciones sociales más satisfactorias y en ciertos casos el acceso al empleo, entre otros aspectos, que se traducen en una mejor calidad de vida, autonomía e inclusión social.

Por otra parte, conceptos como el de diversidad funcional y diversidad psicosocial, han comenzado a emerger a propósito del fenómeno de la estigmatización. Son conceptos que reivindican el derecho a la toma de decisiones, abandono de la marginalización y discriminación abarcando condiciones tanto físicas como psíquicas de las personas, tratando de superar la definición en negativo de la discapacidad, de la minusvalía y reclamando el pleno reconocimiento de la dignidad de estas personas (Rodríguez-Díaz y Ferreira, 2010-a; Rodríguez-Díaz y Ferreira, 2010-b).

Conclusiones

En este capítulo se ha abordado la temática de la rehabilitación e inclusión social, en el marco de la estigmatización social. Se han entregado elementos vinculados a diversas nociones necesarias de comprender para personas que no están vinculadas profesionalmente con la temática salud mental, a fin de enriquecer y facilitar la lectura del texto. Se han asociado elementos históricos respecto de la evolución del concepto de discapacidad y aproximaciones a modelos de rehabilitación y la descripción de

diversas investigaciones vinculadas a la rehabilitación, fundamentalmente cognitiva, asociándose con el impacto del estigma en los procesos de inclusión social de personas con problemas de salud mental grave, fundamentalmente esquizofrenia.

Los antecedentes mostrados llevan a considerar que la rehabilitación debe conllevar una mirada macrosocial y cultural y no solo significarla como una temática que concierne a las personas de manera individual, lo cual, dicho sea de paso, segrega. La rehabilitación e inclusión de los sujetos con problemas mentales graves concierne aspectos técnicos, sociales, culturales y de derechos, a fin de eliminar limitaciones, segregaciones y estigmatizaciones. También es necesario mencionar que los procesos de rehabilitación e inclusión son complejos y de difícil abordaje si están aislados de los contextos sociopolíticos y económicos que los favorezcan.

La lectura del capítulo lleva a valorar las iniciativas investigativas y las diversas experiencias prácticas en el campo de la rehabilitación, desarrolladas por investigadores y equipos interdisciplinarios, las cuales han podido evidenciar éxitos en los procesos terapéuticos y demostrado que se avanza en la temática de la inclusión social. Al mismo tiempo se puede destacar la labor de los movimientos a nivel de la sociedad civil, los cuales han hecho importantes aportes respecto de los derechos de las personas con problemas de salud mental grave, que se han ido plasmando a través de políticas públicas.

Por último, el aumento sistemático y considerable de las enfermedades mentales debido al envejecimiento de la población, estilo de vida y una mayor proporción de personas expuestas a situaciones psicosociales adversas, pueden dar paso a problemas graves de salud mental, desafío que se debería atender y fortalecer desde los distintos niveles de atención en salud, acciones intersectoriales y una política pública que reconozca la titularidad de derechos de las personas.

Referencias

- Barrera, P. A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(3), 215-221. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007>
- Billeke, P., & Aboitiz, F. (2013). Social cognition in schizophrenia: From social stimuli processing to social engagement. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00004>
- Calle-Carrasco, A., & Campillay-Campillay, M. (2023). Una mirada bioética a la representación social de la discapacidad psicosocial. *Revista de Bioética y Derecho*, (58), 165-185. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.42406>
- Córdoba Wolman, J., Gilles Guigou, M., & Gonella, A. (2023). Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: El caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. *Psicología y Salud*, 33(2), 267-281. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2808>
- Chang, N., Ribot, V., & Pérez, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705-719.
- Díaz Leiva, M. M. (2022). *Terapia ocupacional: Controversias y debates circulantes en América del Sur entre 2010-2018* [Tesis doctoral, Universidad Federal de San Carlos]. Repositorio UFSCar.
- Díaz, M., Guajardo, A., & Alburquerque, D. (2016). Opiniones de los participantes al seminario sobre la situación de dependencia y sus implicancias para una política pública. En A. Guajardo, D. Alburquerque, & M. Díaz (Eds.), *Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia* (pp. 179-200). Universidad de Santiago de Chile.
- Dubreucq, J., & Franck, N. (2019). Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with serious mental illness (SMI): A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, 274, 2. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.023>
- Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J., & Fernández de Sevilla (2018). *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: Las palabras sí importan*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

- Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badía, C., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M., Giménez, D., Bernabeu-Tamayo, M., & Leyva-Moral, J. (2020). Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 130-146. <https://doi.org/10.1111/jpm.12700>
- Lima, E. M. F. A., Pastore, M. D. N., & Okuma, D. G. (2011). As atividades no campo da terapia ocupacional: Mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 68-75. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p68-75>
- Mauder, R., & White, F. A. (2019). Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, 101749. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101749>
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. (2008). *Informe final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile 2007*. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Mirabal-Requena, J. C., Álvarez-Escobar, B., & Concepción-Pacheco, J. A. (2020). Rehabilitación en psiquiatría como problema social de la ciencia. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 45(4).
- Moscoso, M. (2011). La discapacidad como diversidad funcional: Los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (7), 77-92. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/107>
- Labbé Atenas, T., Ciampi Díaz, E., Venegas Bustos, J., Uribe San Martín, R., & Cárcamo Rodríguez, C. (2019). Cognición social: Conceptos y bases neurales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(4), 365-376. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000400365>
- López Pérez, M., & Ruiz Seisdedos, S. (2020). Desde el Movimiento de Vida Independiente hasta la asistencia personal: Los derechos de las personas con diversidad funcional. *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 19(2), 67-84. <https://doi.org/10.15304/rips.19.2.6946>
- Loubat, M., Gárate, R., & Cuturrufo, N. (2016). La rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia de larga data: Un desafío para los equipos de salud. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(4), 299-308. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000400005>
- Loubat, M., Magaña, I., Astudillo, A., & Villena, C. (2024). Estigmatización de personas con trastornos mentales graves: Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines* (en prensa).

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Breaking the vicious cycle between mental ill health and poverty*. World Health Organization.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E., & Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. <https://doi.org/10.4321/S211-5735201100030006>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2022, 7 de julio). Consulta sobre derechos humanos y salud mental: Identificación de estrategias para promover los derechos humanos en la salud mental. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews>
- Paganizzi, L. (2014). Sobre la emergencia de los fundamentos sociales. Notas sobre las prácticas comunitarias en Argentina 1980-2010. En V. Dos Santos & A. Donatti (Eds.), *Questões contemporâneas da terapia ocupacional na América do Sul* (pp. 123-140). CRV.
- Palacios, A., & Bariffi, F. (2013). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ediciones Cinca.
- Rodríguez Díaz, S., & Ferreira, M. (2010a). Desde la dis-capacidad a la diversidad funcional: Un ejercicio de dis-normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 289-309. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.05.22>
- Rodríguez Díaz, S., & Ferreira, M. (2010b). Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 28(1), 151-172.
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente*, 5, 1-8.
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. Editorial Pax México.
- Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2015). *Segundo estudio nacional de discapacidad*. Ministerio de Desarrollo Social.
- Sousa Campos, W. (2001). La clínica del sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada. *Gestión en Salud: En defensa de la vida*, 71-83.

Capítulo X

Un marco ético para la salud mental en Chile

Antonio Letelier Soto

En Chile, las coordinadas teóricas y técnicas de las disciplinas que abordan la salud mental de la población han mostrado múltiples formas de divergencia, acordes a las distintas bases ontológicas, epistémicas y metodológicas que las teorías psicológicas y psiquiátricas han desarrollado en su no tan extensa historia. Se suma a esta dificultad una escasa claridad, tanto de la población como de los mismos profesionales, respecto de los aspectos normativos, éticos y jurídicos que involucran las intervenciones en salud mental, generando múltiples paradojas entre un sistema que parece esforzarse por lograr un ajuste entre los estándares públicos y privados y las expectativas técnicas y éticas de usuarios, funcionarios y profesionales de la salud (Pérez-Ayala, Gálvez y Pacheco, 2017).

Las tensiones que han generado las dificultades en el abordaje de la salud mental han llevado a múltiples intentos de regular políticas de alcance nacional, que puedan encontrar puntos de convergencia y que integren coherentemente las distintas perspectivas y definiciones de salud y enfermedad. El complemento anhelado entre las teorías propias de las disciplinas “psi”, como la psicología y la psiquiatría, y los cuerpos normativos ético-jurídicos que buscan regular las intervenciones y las políticas públicas en el tema, ha cedido terreno a una comprensión más bien generalista del fenómeno, centrada en la noción del individuo “enfermo” que se enfrenta a instituciones que tienden a separarlo de la sociedad (Gatica-Saavedra, Vicente y Rubí, 2020).

Después de la dictadura, el servicio público de salud prácticamente no existía y el retorno a la democracia demandó el desarrollo de planes de intervención que fueran coherentes con las nuevas necesidades sociales, en este contexto, los planes nacionales de salud mental se orientaron

poco a poco hacia un modelo comunitario (Gatica-Saavedra, Vicente y Rubí, 2020).

A pesar de los notorios esfuerzos por generar los cambios necesarios en las décadas posteriores a la dictadura, los planes nacionales no alcanzan a abordar los múltiples matices del problema de la salud mental, evidenciando un esfuerzo orientado por la contingencia o formas de propuestas reactivas, que ponen el acento en situaciones de emergencia epidemiológicas o que no logran una integración sistémica de los diversos elementos y dimensiones que componen el abordaje integral del problema. La crisis sanitaria de la pandemia por COVID-19 evidenció dramáticamente que el sistema sanitario no estaba en condiciones de abordar las insuficiencias del sistema, y develó el alto grado de malestar subjetivo que vivieron tanto los usuarios como los profesionales involucrados.

El acervo normativo que regula los problemas de salud general en la población chilena, incluyendo aquellos que comprometen el ámbito mental o psicológico, tributa a nociones de salud y enfermedad que se inscriben principalmente en la tradición biomédica, cuya orientación destaca el malestar como una expresión individual, inscrita en un cuerpo físico delimitado, con mecanismos de enfermedad establecidos y que deben ser abordados desde un prisma tecnocientífico enfocado en el conocimiento más acabado posible de las patologías.

En esta línea, las propuestas políticas se pliegan a solicitar un tratamiento similar para los problemas de salud mental, demandando un aumento de fondos para robustecer los servicios de psicoterapia y farmacoterapia a nivel de la intervención individual. En este sentido, todos los planes nacionales de salud mental en Chile, el de 1993, 1997 y el más reciente de 2017, a pesar de tomar en consideración la dimensión biopsicosocial, siguen apuntando a la individualización (González, 2019).

De acuerdo a Trucco (2004), la concepción dualista que separa a la medicina somática de la medicina “mental” sirve para ejercer actos eventualmente discriminatorios a nivel del financiamiento, la cobertura y el acceso a los servicios en ambos tipos de consultantes. Históricamente, tal discriminación se ha sustentado en la vaguedad atribuida a las definiciones de caso, la imprecisión de algunos diagnósticos y la falta de evidencia respecto de los resultados terapéuticos, fundamentalmente en el campo de la salud mental.

El modo de comprensión del binomio salud-enfermedad, que es propio de la medicina, resulta homologable en el campo de la salud mental al de normalidad-anormalidad, vehiculizando de manera implícita una identificación entre dos polos que llevan a una conclusión imaginaria o al menos imprecisa, a saber: no estar enfermo implica tener salud.

Confundir lo saludable con una ausencia de patología lleva a una compartimentalización del sujeto, a una categorización de lo “saludable” en contraposición a lo “enfermo”, que en el ámbito de la salud mental involucra un alto riesgo de estigmatización y un eventual daño. Un comportamiento fuera de la norma no necesariamente es patológico y un comportamiento normal no debe ser entendido automáticamente como “sano”. Podríamos agregar, además, que el bienestar psíquico y el equilibrio social, emocional o laboral de un sujeto no radica en la ausencia de una enfermedad mental o discapacidad psíquica.

Es, precisamente, la dificultad para definir y comprender los alcances y los bordes del fenómeno de la salud mental la que se encuentra a la base del problema ético que se pone en juego respecto de la atención clínica de estos pacientes, empezando por cuestionar la verdadera capacidad de los dispositivos sanitarios para responder a los distintos niveles que implica el problema de salud mental y por analizar los niveles de satisfacción que pueden presentar los usuarios ante la respuesta efectiva que reciben de parte de los y las profesionales de la salud mental.

El reconocido eticista Diego Gracia (2012) ha sostenido que la ética en los servicios sanitarios constituye un intento de introducir una cuestión valórica en la toma de decisiones sanitarias con el fin directo de aumentar o mejorar su calidad. Si pensamos en el tratamiento específico en salud mental, podemos indicar que hay variados desafíos que resultan de gran urgencia, como el derecho a la atención psiquiátrica, los contratiempos que implica trabajar en sistemas de salud defectuosos y la implementación de mecanismos de evaluación y seguimiento efectivos respecto de la calidad de la atención en salud mental (Trucco, 2004).

A raíz de la dificultad para definir y comprender los fenómenos de la salud mental, no es difícil constatar la lenta capacidad de respuesta que otorgan los servicios públicos en este ámbito. La situación alcanzó niveles dramáticos durante y después de la pandemia. Los datos epidemiológicos permiten constatar que los motivos de consulta por salud mental aumentaron fuertemente, quedando en evidencia la precariedad

y el colapso de un sistema público que no logró dar abasto a la variada sucesión de enfermedades y trastornos mentales que engrosaron la lista de demandas de la población. El problema de la calidad en la atención clínica es particularmente relevante en relación con los criterios específicos que definen las políticas públicas en salud, sin embargo, los discursos en torno a la gestión de calidad no suelen considerar la relevancia que tiene la ética aplicada al ejercicio profesional. Lo mismo ocurre respecto de los y las profesionales de la salud mental.

Autores como Balducci y Meyer (en Trucco, 2004) han sostenido que la insatisfacción con la atención médica ha ido en aumento entre los y las pacientes y los proveedores. Los servicios de salud mental en el país se organizan y responden a las necesidades de la población orientados fundamentalmente por un marco teórico-técnico que no necesariamente va en concordancia con el marco deontológico y jurídico que se exige de las profesiones, costo que es pagado directamente por los y las profesionales y sus usuarios, que al estar confrontados permanentemente a situaciones de alta conflictividad no logran resolver los problemas cotidianos que involucran un diagnóstico psicológico o psiquiátrico.

La gravedad que presentan muchas de las enfermedades mentales hace que su abordaje quede en un espacio de intersección, donde confluyen componentes que tienen que ver con el ámbito estrictamente teórico-clínico, pero también involucra aspectos familiares, sociales e incluso jurídicos de los sistemas consultantes (Fernández, 2021). Las respuestas no siempre se incluyen en los protocolos de atención del servicio público, es recurrente que los y las profesionales no se encuentren capacitados en el funcionamiento de la red de derivaciones, en el acceso al sistema judicial o incluso, a cuestiones básicas asociadas a la contención del paciente o su familia, lo que se agrava en los casos en que no haya protocolos o normativas claras.

El esfuerzo por otorgar un marco jurídico claro para la salud mental en Chile ha sido un proceso de muy largo aliento, que se ha visto reflejado en intentos sucesivos de establecer planes de salud mental y leyes que se orienten al quehacer de una actividad de alta exigencia. Se observan, por ejemplo, todas las propuestas de cambio en los planes nacionales de salud mental en 1993, 2001 y 2017 que buscan atenuar los efectos psicológicos que ha tenido la instalación de una política individualista de herencia dictatorial, que coarta la politización colectiva y castiga la

movilización social. A pesar de todos estos esfuerzos, parece persistente la exigencia de un mayor presupuesto para salud mental, que se traduce en más fondos para psicoterapia y farmacoterapia individual, en el marco de una lógica biomédica que individualiza el malestar (González, 2019).

Se puede constatar que los planes de salud mental han logrado abordar como factor importante la esfera de lo biopsicosocial, que considera la influencia del medio en el desarrollo de las personas, las propuestas tienden a volver a una consideración individual del sujeto, como la lógica de la prevención y/o detección temprana de las patologías mentales (González, 2019).

Un enfoque de derechos para la salud mental en Chile

La elaboración y ratificación de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad en el año 2006 marca un precedente respecto de la necesidad de incorporar los derechos humanos en las políticas públicas que trabajan con la salud mental, comprendiendo que las personas con algún grado de discapacidad mental han sido sistemáticamente vulneradas en sus derechos fundamentales, por ejemplo, en puntos que tienen que ver con el derecho al reconocimiento jurídico, el derecho a vivir independientemente, el derecho a la participación en la vida política y a ser incluido en la comunidad (Pino y Valderrama, 2015).

Es fundamental tener en consideración que la clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad (CIF), publicada en 2001, eliminó la caracterización de las personas por su “minusvalía” e incorpora elementos de contexto y ambientales desde una mirada biopsicosocial que busca superar la mirada biomédica. Por otra parte, la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) fue sancionada en 1999 y ratificada por Chile en 2001 (Pino y Valderrama, 2015).

En función de las definiciones que estos cuerpos legales incluyen en sus normas, es posible pensar en un cambio paradigmático respecto de la noción de discapacidad y su tratamiento, considerando que la persona es un sujeto de derechos con plena titularidad. En lo que tiene que ver específicamente con la enfermedad mental, es importante destacar que,

en general, estas normas abordan la patología mental como una más de las variadas características de la condición humana (Pino y Valderrama, 2015), lo que contribuye a debilitar la relación de identidad entre el síntoma y sujeto, propia de las conceptualizaciones del pasado que se han ido superando.

Después de que Chile adscribiera en 2008 a la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, fue promulgada la ley N° 20.422, que indica “Normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad” que entró en vigencia a partir de 2010, y que faculta a una nueva organización pública para garantizar el cumplimiento de esta ley: el Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis, 2010). En temas particularmente asociados a la discapacidad mental, la ley no considera abordajes específicos, cuestión que tampoco hace la política nacional para inclusión social de las personas con discapacidad del año 2013.

Todos estos factores contribuyen a perpetuar la mirada salubrista que ha sostenido Chile respecto a las políticas públicas en salud mental y que han devenido en un enfoque asistencialista que no facilita captar las demandas de otros sectores como educación, justicia o vivienda, que están íntimamente relacionados con la salud mental de la población y que serían puntos fundamentales a abordar para generar una política pública con un efectivo enfoque de derechos.

En 2011 fue publicado un documento llamado “Estrategia nacional de salud mental: un salto adelante. Propuesta para una construcción colectiva”, que se erigió como la proyección de una política pública en salud mental que efectivamente tomaba en consideración factores como la protección social, el trabajo, la educación o la vivienda (Pino y Valderrama, 2015).

De acuerdo a Sepúlveda (2023), todos los esfuerzos realizados no han logrado establecer una disminución consistente de los problemas de salud mental del país y se ha intensificado un malestar orientado hacia el Estado, por su insuficiente respuesta y por la dificultad que han mostrado los gobiernos para comprender el proceso de salud/enfermedad desde una mirada situada, de las personas en sus espacios locales. Parece necesario, en este sentido, un enfoque de abajo hacia arriba, que cuestione las políticas locales y se alinee con las necesidades y posibilidades efectivas de los usuarios.

Una ley de salud mental para Chile

Uno de los más recientes esfuerzos por otorgar un marco al tema crítico de la salud mental fue la promulgación de la ley N° 21.331, el 11 de mayo de 2021, conocida como la “ley de reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”, que está ligada al espíritu que orientó al legislador en la ley N° 20.584, conocida como “Derechos y deberes de los pacientes” (2012), que ponía su acento en los derechos de las personas que acceden a prestaciones de salud.

Es un hecho constatable que durante la pandemia por COVID-19 y hasta el presente, la salud mental ha adquirido un lugar preponderante en los discursos sobre la percepción global de la salud de la población. Resulta evidente también que la epidemiología asociada a la salud mental ha mostrado acentuados cambios, con un agudo aumento de la incidencia de algunos cuadros que, además, han mostrado diferencias respecto de su gravedad.

El protagonismo social y político que el tema ha adquirido se ha visto refrendado por una demanda social que evidencia que las condiciones estructurales de la sociedad han estado ligadas a la crisis, como rezaban algunas consignas en las calles durante el estallido social de octubre de 2018: “no es falta de fluoxetina, sino de justicia social”, frase que denota explícitamente una crítica a la exclusión social, que se encuentra a la base del malestar psicológico.

En este contexto, la ley N° 21.331 es tributaria de las normas que buscan el reconocimiento de la otredad en su dimensión ciudadana, social y política. En ese marco, opera con la lógica de garantizar los derechos que tienen las personas en el tratamiento de cuadros de salud mental. Este cuerpo legal, que algunos han querido ver como una ley de salud mental, surge como una iniciativa parlamentaria, lo que se traduce en que no es un cuerpo legal con recursos asignados específicamente por el Poder Ejecutivo.

Tras su promulgación, diversas voces del mundo civil y representantes de sociedades científicas, comenzaron a levantar críticas por la falta de espacios de participación efectiva en torno a su implementación, tratándose de un tema de tan alta sensibilidad como la salud mental. Uno de los puntos críticos de su redacción es precisamente el concepto de “enfermedad mental”, porque se relaciona de manera imprecisa con el concepto

de “discapacidad psíquica o intelectual”. La interpretación y aplicación en estos conceptos parece ser ampliamente variable, lo que puede llevar a graves inconsistencias, tanto en el campo de la interpretación como en la forma concreta en que se aplican efectivamente los derechos y se establecen las protecciones que la misma ley busca resguardar y garantizar.

Una de las grandes críticas que se han formulado a esta ley tiene que ver con la falta de inclusión de diálogos participativos por parte de la sociedad civil en su redacción. La participación de grupos como los mismos usuarios, sus familiares, los activistas y los mismos trabajadores de la salud mental parece ser clave al momento de pensar y demandar la generación de una ley consistente, sin embargo, en el caso de esta ley, el proceso fue objeto de críticas.

Algunas consideraciones sobre la ley N° 21.331

La ley señala en su artículo 1°: “Esta ley tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral”.

Salta a la vista que la redacción no permite, en primera instancia, encontrar una definición clara de enfermedad mental, discapacidad psíquica y discapacidad intelectual. No hay un alcance específico, por ejemplo, a criterios de gravedad, temporalidad, inhibición de actividades cotidianas u otras.

Si entendemos la salud mental en la perspectiva de un esfuerzo orientado a la desmedicalización y observamos el fenómeno desde un punto de vista multidimensional, podemos pensar que la diferencia entre una persona sana y una que tiene una enfermedad mental o discapacidad no resulta ni evidente ni clara.

Desde un punto de vista bioético, esto puede tener múltiples consecuencias respecto de la consideración de la autonomía de las personas. Por ejemplo, ¿cómo podrían evaluarse los grados de autonomía de una persona para ser considerada competente para consentir sus tratamientos, intervenciones o la participación en investigaciones científicas?

Respecto a los conceptos de “enfermedad mental” y “discapacidad”, la ley no establece diferencias explícitas y tampoco clarifica si se hace alusión a alteraciones adquiridas o “endógenas”. Al respecto, es importante considerar el aspecto temporal, pues las personas que presentan una condición endógena pueden ver reducidas sus competencias desde el inicio de sus vidas, no así en aquellos que adquieren una condición antes de la cual presentaron sus competencias intactas.

Al hacer referencia en términos separados y distinguibles a las enfermedades mentales y la discapacidad intelectual, los mecanismos de evaluación incurren en el conflicto de un dualismo no expresado, como si el cerebro pudiese enfermar de una cierta manera, orgánica por cierto, y la mente enfermara de otras maneras. Las enfermedades mentales son evaluadas, en general, por psiquiatras y psicólogos y la discapacidad intelectual o cognitiva, por neurólogos y/o neuropsicólogos.

Sobre este punto, resulta central aludir a las grandes diferencias que se pueden encontrar entre los términos “discapacidad intelectual” y “enfermedad mental”. La discapacidad intelectual habitualmente tiene un origen genético, pero también puede ser adquirida en el transcurso del desarrollo y las condiciones que pueden generarla son ampliamente diversas.

En el artículo 2 de la ley, el legislador busca encontrar una definición del concepto de “salud mental”, señalando que se trata de un estado de bienestar del cual derivan ciertas capacidades para enfrentar las actividades de la vida diaria, aunque esta definición es imprecisa. El artículo señala, más adelante que “en el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento”. Aquí nuevamente hay una referencia al funcionamiento cognitivo como un indicador para “medir” un cierto nivel de salud mental.

Otro tema que resulta relevante tratar en un intento preliminar de problematización, es el que aborda el artículo 4, que refiere al problema de las “voluntades anticipadas”, que es un concepto que se entiende como una herramienta para la toma de decisiones en personas que han perdido algún tipo de competencia. En nuestro país, no está instalada una cultura de la voluntad anticipada, sobre todo respecto al abordaje de enfermedades psiquiátricas, pero se puede decir que hay un mayor conocimiento

del punto respecto de las enfermedades cerebrales que pueden eventualmente producir discapacidad intelectual.

Es relevante que se mencione que la persona podrá designar a uno o más acompañantes en la toma de decisiones. Sin embargo, este derecho se puede cumplir a cabalidad solo si el paciente es aún capaz de elegir y manifestar su voluntad adecuadamente.

Otro punto altamente delicado de las predisposiciones de la ley son las intervenciones en patologías mentales graves. En particular, aquello que se relaciona con la hospitalización involuntaria, que es otro tema crítico que la ley busca abordar.

La naturaleza controvertida de esta intervención radica en que necesariamente requiere del ejercicio de una cierta violencia o fuerza que, en algún punto, vulnera los derechos fundamentales del paciente, particularmente su libertad. El acto de hospitalización requiere, además, cierta permanencia temporal que puede requerir de contención química o farmacológica que puede, a su vez, desfigurar o hacer confuso el cuadro clínico de base.

Por último, resulta de gran relevancia hacer algún alcance a la modificación del artículo 28 de la ley N° 20.584, que en su versión original establecía de forma taxativa que “ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica”. De acuerdo a Francisco León (2012), aquí se incurre en una suerte de exceso de protección que no tiene en cuenta las normas éticas internacionales que regulan la investigación con sujetos vulnerables. En este sentido, la Declaración de Helsinki señala que “cuando el paciente potencial es incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal” (art. 27, Declaración de Helsinki, 2008) y agrega: “Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ella, a menos que esta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el paciente potencial y esta investigación no pueda realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica solo un riesgo y costo mínimos”.

La modificación del artículo fue aún más restrictiva. La ley N° 21.331(2021) plantea lo siguiente: “No se podrá desarrollar investigación biomédica en adultos que no son capaces física o mentalmente de

expresar su consentimiento o de los que no es posible conocer su preferencia”. En particular, con respecto a las personas que padecen enfermedades neurodegenerativas, señala que “podrán otorgar anticipadamente su consentimiento informado”. Esto sigue sin tener en cuenta las normas éticas internacionales. La ley persiste en su deficiencia a la hora de armonizar la protección del paciente y la promoción y avance del conocimiento científico.

Tampoco se toma en consideración que el acto médico en sí mismo puede ser considerado como investigación científica, toda vez que en él se postula una hipótesis diagnóstica. La nueva modificación al artículo 28 no altera el carácter sobreprotector del artículo que, en la práctica, se ha traducido en más de diez años de detención de la investigación en Chile respecto de diversas patologías asociadas al sistema nervioso, incluyendo mejoras en el diagnóstico de las enfermedades neurodegenerativas y que, por lo demás, se sigue llevando a cabo en otros países.

Más allá del problema específico de la investigación científica, hay otros temas relevantes para la salud mental que la ley no aborda, como los aspectos asociados a la confidencialidad en el manejo de datos de la ficha clínica en salud mental. En este sentido, la ficha electrónica podría ser una buena solución, pero requiere de la implementación de tecnologías que implican importantes inyecciones de recursos.

Conclusiones

Si bien el marco legal que aborda directa o tangencialmente el tema de la salud mental en Chile tiene un extenso desarrollo. Las políticas hasta ahora implementadas y sus fundamentos legales son insuficientemente aplicables o no responden acertadamente al tipo de problemas que afecta a la población.

La concepción dualista de la salud ha contribuido a un abordaje centrado fundamentalmente en aspectos biomédicos y ha dejado de lado una serie de condicionantes sociales, económicos y culturales que contribuyen a los malestares de la ciudadanía en el campo de la salud mental. En este sentido, la noción médica de salud y enfermedad se muestra inaplicable para pensar la polaridad “normalidad-anormalidad” con la que se abordan los discursos de la salud mental y ha contribuido a una

noción casi meramente individualizante donde el sujeto cabe básicamente en solo dos categorías: sano o enfermo.

Atender a los pacientes que muestran un malestar psicológico desde un enfoque exclusivamente biomédico constituye un problema ético, primero porque la noción de enfermedad recae directamente en el individuo, contribuyendo a su estigmatización e invisibilizando los otros factores externos que contribuyen a tales síntomas. Por otra parte, los dispositivos biomédicos no cuentan actualmente con la capacidad para resolver problemas de salud mental con todos los niveles que aquello implica. La lentitud para responder adecuadamente en los servicios públicos ocurre, en parte porque la respuesta a los problemas mentales suele ser más bien contingente, cuestión que puede ser atenuada con la inclusión de un modelo preventivo a gran escala.

Resulta visible la desconexión entre el marco teórico-técnico y el marco deontológico-jurídico que se hace exigible en las profesiones que tratan enfermedades mentales. La necesidad de capacitar a los profesionales en aspectos que tienen que ver con la articulación entre ambas dimensiones parece ser un factor a considerar para que las políticas públicas en salud mental puedan ser efectivamente aplicadas.

Entre todos los cambios introducidos en las lógicas normativas que regulan el ámbito de la salud mental, destaca la importancia que ha adquirido en los últimos años el enfoque de derechos, sobre todo para lograr una definición de salud mental que tome en consideración la vulneración de derechos que padecen cotidianamente quienes tienen alguna enfermedad mental o alguna discapacidad psíquica.

Se reconoce el esfuerzo de Chile por virar hacia una perspectiva que integre una superación del sesgo salubrista, sin embargo, aún esto no se ve reflejado en una ley de salud mental formal. La última ley N° 21.331, que buscó darle forma a una propuesta consistente, presenta diversos problemas de fondo y forma que la hacen inaplicable en la práctica. Es evidente que una ley sin financiamiento es impracticable e incurre, adicionalmente, en un problema ético, al generar expectativas de solución de un problema que finalmente no se pueden cumplir.

Al ser una ley que se compromete a regular las ambigüedades con reglamentos que aún no se desarrollan, se produce un doble daño, en tanto la ciudadanía se encuentran a la espera de la concreción de sus aspectos más relevantes. En este sentido, se hace necesaria una discusión

extensa en torno al concepto “discapacidad intelectual”, clarificando que se trata de una condición muy diferente de lo que tradicionalmente se ha conocido como enfermedad mental. La discapacidad intelectual se ha entendido tradicionalmente como un menor rendimiento en áreas cognitivas, como la memoria o el lenguaje, la orientación temporo-espacial, el juicio y el comportamiento.

Finalmente, resulta preocupante que la ley que busca regular los derechos de las personas termine cayendo en restricciones más severas que las normas previas y establezca una prohibición radical a las investigaciones en adultos que no sean capaces física o mentalmente de expresar su consentimiento. Esta restricción puede tener graves implicaciones para la investigación en salud mental, ya que se traduce en la limitación a la capacidad de los investigadores para estudiar y, por lo tanto, entender mejor estas condiciones.

Por último, las fuertes críticas que ha recibido esta iniciativa legal remarcan la idea de que no se han generado los espacios de participación suficientes para las organizaciones de la sociedad civil, los usuarios de los servicios de salud mental, sus familiares, los activistas y los trabajadores del área. La participación de estos grupos es esencial para garantizar que la ley se implemente de manera que responda al menos mínimamente a las necesidades y derechos de las personas con enfermedades mentales y discapacidades psíquicas o intelectuales.

Referencias

- Editorial E. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Arbor*, 184(730), 349-352. <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/183>
- Fernández, J. M. (2021). Los desórdenes mentales en el código penal chileno: Un estudio sobre la inimputabilidad. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 34(2), 293-312. <https://doi.org/10.4067/S0718-09502021000200293>
- González, G. (2020). Apuntes para el estudio de la salud mental en Chile actual. *e-I@atina. Revista electrónica de Estudios Latinoamericanos*, 18(71). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=0496462565010>
- Gracia, D. (2012). Ética profesional y ética institucional: Entre la colaboración y el conflicto. En Fundació Grifols i Lucas (Ed.), *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*.
- León, F. J. (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en atención de salud: Una mirada bioética. *Revista Médica de Chile*, 140(11), 1490-1494. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001100017>
- Ley 20.422. (2010, 3 de febrero). Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. *Diario Oficial*, No. 320.108.
- Ley 20.584. (2012, 13 de abril). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. *Diario Oficial*, No. 39.583.
- Ley 21.331. (2021, 23 de abril). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. *Diario Oficial*, No. 42.951.
- Pérez-Ayala, M., Gálvez, B., & Pacheco, C. (2017). Responsabilidades y deberes éticos en la inclusión de personas con discapacidad psiquiátrica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21(1), 68-75.
- Pino, J., & Valderrama, C. (2015). Análisis desde el enfoque de derechos a la política chilena en discapacidad mental. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3), 270-283. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.37644>
- Sepúlveda, R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: Comprender el proceso de salud/enfermedad/atención/prevenición desde la mirada de las personas. *Revista del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.177>
- Trucco, M. (2004). Ética y calidad en la atención médica y psiquiátrica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(2), 81-87.

Sobre los autores y las autoras

Andrés Alejandro Alborno Bustos

Psicólogo, magíster en Psicología Clínica, psicoterapeuta y psicoanalista asociado a la Sociedad Chilena de Psicoanálisis (Ichpa), supervisor clínico del programa de magíster en Psicología Clínica Mención Psicoanálisis de la Universidad Adolfo Ibáñez y exprofesor durante 18 años de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

Correo: albornozandres@hotmail.com

Mónica Díaz Leiva

Terapeuta Ocupacional, doctora en Terapia Ocupacional por la Universidad Federal de San Carlos, Brasil, doctora en Estudios Transdisciplinarios Latinoamericanos por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile, magíster en Terapia Ocupacional con mención en Intervención Psicosocial por la Universidad Andrés Bello, Chile, diploma en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria por la Universidad de Chile y profesora asociada de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

Correo: monica.diaz.l@usach.cl

Roberto Gárate Maudier

Psicólogo Clínico de la Universidad de Santiago de Chile, magíster en Ciencias Biológicas, mención Neurociencias de la Universidad de Chile, académico de la Escuela de Psicología Universidad de Santiago de Chile y docente de las cátedras “Diagnóstico Psicológico”, “Práctica en Psicodiagnóstico” y “Evaluación psicológica Psicométrica”.

Correo: roberto.garate@usach.cl

Antonio Letelier Soto

Psicólogo Clínico y doctor en Psicología de la Universidad de Santiago de Chile, académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile. Ejerce en consulta privada.

Correo: antonio.letelier@usach.cl

Margarita Loubat Oyarce

Psicóloga y doctora en Psicología y Educación por la Universidad Central, máster y diploma de Estudios Especializados (DESS) en Psicopatología por la Universidad de París V, Francia, diploma de Estudios en Profundidad por la Universidad de Granada, España; académica y exdirectora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile y de su Centro de Atención Psicológica.

Correo: margarita.loubat@usach.cl

Makarena Moris Ibáñez

Magíster, psicóloga clínica, profesora adjunta I de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile. Profesional de la salud pública, Servicio Metropolitano Oriente. Ejerce en consulta privada.
Correo: makarena.moris@usach.cl

Wilsa Szabo Lagos

Psicóloga, magíster en Psicología Clínica y doctora en Psicoterapia, Universidad de Chile. Profesora y supervisora clínica de la Universidad de Santiago de Chile. Ejerce como psicóloga clínica en el ámbito privado. Afiliaciones: Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile. Doctorado en Psicoterapia, Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).
Correo: wilsa.szabo@usach.cl

Juan Andrés Pucheu Moris

Psicólogo y doctor en Psicología. Académico de la Universidad de Santiago de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Correo: andres.pucheu@usach.cl
Consultor profesional. Correo: andres@pucheu.cl

Carlos Ramírez Muñoz

Psicólogo, doctor en Psicología, psicoanalista (mantener símbolo) y académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile. Coordinador del Área Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

Correo: carlos.ramirez.m@usach.cl

Rodrigo Rojas Andrade

Psicólogo, doctor en Psicología, magíster en Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile, magíster en Gestión Educacional de la Universidad Andrés Bello y licenciado en Psicología de la Universidad de Tarapacá. Investigador en Ciencias de la Implementación y Salud Mental Escolar.

Correo: rodrigo.rojas.a@usach.cl

Director

Galo Ghigliotto

Equipo editorial

Luz María Astudillo

Daniella Gutiérrez

Katherine Hoch

Consuelo Olguín

Equipo diseño

Andrea Estefanía

Andrea Meza

Ana Ramírez

Equipo administrativo

Martín Angulo

Daisy Farías

Claudia Gamboa

Equipo comercial

Darío Núñez

Javier Solís



EDITORIAL
USACH

Esta primera edición de
*Psicología y salud mental. Niveles de intervención
en variados contextos* se terminó de editar en
julio de 2025.

Para los textos de portada se utilizó la
tipografía Helvética Neue; para el interior se
utilizó la tipografía Adobe Caslon Pro.