

# Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

ISSN-0718-3798

Versión digital



PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



Indexada en LILACS y LATINDEX / Volumen 37, Nº 2, agosto 2026

## EDICIÓN ESPECIAL

Salud mental escolar: bienestar, prevención y abordajes ecosistémicos.  
*School mental health: well-being, prevention, and ecosystemic approaches.*

Grupo de Estudio de Salud Mental Escolar

## EDITORIAL

- Juntos hacia el bienestar y la esperanza. 43° Congreso SOPNIA. La Serena, 18 al 20 de noviembre de 2026.  
*Together Towards Wellbeing and Hope. 43rd SOPNIA Congress, La Serena, November 18-20, 2026*

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- ¿Cómo están los docentes en Chile?: Una caracterización del Índice de bienestar docente.  
*How are teachers in Chile?: A Characterization of the Teacher Well-Being Index.*
- Factores asociados al bienestar subjetivo de estudiantes y docentes: hacia un modelo ecológico-relacional del bienestar escolar.  
*Factors Associated with the Subjective Well-Being of Students and Teachers: Toward an Ecological-Relational Model of School Well-Being.*

## ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- El modelo de resolución colaborativa de problemas (CPS) en niños y adolescentes: fundamentos clínicos y aplicaciones en bullying, conducta suicida y depresión en Chile.

*The Collaborative Problem Solving (CPS) Model in Children and Adolescents: Clinical Foundations and Applications in Bullying, Suicidality, and Depression in Chile.*

- Estrés docente y salud mental de estudiantes en contextos escolares: una revisión integrativa de la evidencia internacional y chilena.  
*Teacher Stress and Student Mental Health in School Settings: An Integrative Review of International and Chilean Evidence.*
- Salud mental escolar en Chile: desafíos para consolidar una arquitectura preventiva, intersectorial y multinivel.  
*School Mental Health in Chile: Challenges for Consolidating a Preventive, Intersectoral, and Multitiered System.*

## POLÍTICAS Y NORMAS EDITORIALES

- Política de la Revista SOPNIA sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) en el proceso editorial.  
*SOPNIA Journal Policy on the Use of Artificial Intelligence (AI) Tools in the Editorial Process.*
- Instrucciones para los Autores. Actualización 2026 para adecuación a los criterios Scielo Chile.  
*2026 Update to Align with Scielo Criteria.*

## NOTICIAS

## REUNIONES Y CONGRESOS

- Programa Congreso SOPNIA 2026  
*SOPNIA 2026 Congress Program*

**Presidenta**

Dra. Carolina Heresi Venegas

**Vicepresidente**

Dr. Mario Valdivia Peralta

**Secretaria General**

Dra. Carla Manterola Mordojovich

**Tesorera**

Dra. Daniela Muñoz Chesta

**Directoras**

Dra. Viviana Venegas Silva

Dra. Christianne Zúlic Agramunt

Dra. Valeria Rojas Osorio

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

**Past - President**

Dr. Alfonso Correa Del Río.

**GRUPOS DE ESTUDIO****Trastornos del Desarrollo GTD*****Director***

Dr. Jorge Förster M.

**Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia*****Directora***

Dra. Daniela Ávila S

**Políticas Públicas*****Directora***

Dra. Joanna Borax P.

**Epilepsia Refractaria*****Directoras***

Dra. Arantza Oñat G.

Dra. Francesca Solari B.

**Trastornos del Sueño en Pediatría*****Director***

Dr. Tomás Mesa L.

**Grupo de Estudio Salud Mental Escolar*****Directores***

Dr. Alfonso Correa D.

Sr. Ricardo Musalem B.

**Grupo de Estudios de Estados Mentales de Riesgo EMARS*****Directores***

Dra. Adriana Gutiérrez P.

Dr. Alejandro Maturana H.

**Dra. Esperanza Habinger C.**

Editora General  
Clínica Privada

**Dra. Vania Martínez N.**

Editora de Psiquiatría  
Universidad de Chile

**Dr. Mauricio López E.**

Editor de Neurología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

**Dra. Christianne Zulic**

Editora Asistente de Psiquiatría  
Universidad de La Frontera

**Dra. Fernanda Balut**

Editora Asistente de Neurología  
Hospital San Borja Arriarán

**Dra. Claudia Amarales**

Editora Asistente de Neurología  
Hospital Carlos van Buren

**Dr. Tomás Mesa L.**

Past Editor  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| Dra. Marcela Larraguibel Q. | Clínica Psiquiátrica Universitaria. Santiago |
| Dr. Fernando Novoa S.       | Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso        |
| Ps. Gabriela Sepúlveda R.   | Universidad de Chile. Santiago               |
| Dr. Hernán Montenegro A.    | Universidad de Santiago. USACH               |
| Dra. Mónica Troncoso S.     | Hospital San Borja Arriarán. Santiago        |
| Dra. Karin Kleinsteuber S.  | Universidad de Chile.                        |
| Dra. Flora de la Barra M.   | Universidad de Chile. Santiago               |

### COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

#### **Neurología**

Dr. Jaime Campos

Dr. Agustín Legido

Dr. Jorge Malagón

Dr. Joaquín Peña

Dr. Giuseppe Platzi

Dr. Victor Ruggieri

Dr. Darcy Krueger

Hosp. Clínic. de San Carlos. Madrid. España.

Universidad de Philadelphia. U.S.A.

Academia Mexicana de Neurología. México

Hospital Clínico La Trinidad. Venezuela

Hospital Bambin Jesus. Roma. Italia

Hospital J. P. Garrahan. Buenos Aires. Argentina

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. USA

#### **Psiquiatría**

Dra. Susan Bradley

Dr. Pablo Davanzo

Dr. Francisco de la Peña

Dr. Daniel Pilowski

Universidad de Toronto. Canadá.

Universidad de California UCLA. U.S.A.

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad de Columbia. U.S.A.

### Origen y Gestión

La Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, SOPNIA, es el órgano oficial de expresión científica, y fue creada en 1989, bajo el nombre de Boletín. La gestión editorial está delegada a un Editor de la revista, un Editor asociado de Psiquiatría y otro de Neurología, más un comité Editorial, quienes tienen plena libertad e independencia en este ámbito.

### Misión y objetivos

La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubran las áreas de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y otros temas afines: Pediatría, Neurocirugía Infantil, Psicología y Educación, de modo de favorecer la integración de miradas y el trabajo interdisciplinario.

Se considera además la relación de estas especialidades con la ética, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos.

Las modalidades de presentación del material son: artículos de investigación, casos clínicos, revisiones de temas enfocados a la medicina basada en la evidencia, comentarios sobre artículos de revistas y libros, cartas, contribuciones y noticias.

### Público

Médicos especialistas, Psiquiatras y Neurólogos de la Infancia y la Adolescencia, otros médicos, profesionales de salud afines, investigadores, académicos y estudiantes que requieran información sobre el material contenido en la revista.

### Modalidad Editorial

Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (peer review) que cumplan con las instrucciones a los autores, señaladas al final de cada número.

### Resúmenes e indexación

La revista está indexada en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud). LATINDEX (Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal)

(<http://www.bireme.org/abd/E/chomepage.htm>). Índice bibliográfico médico chileno. Sitio web Ministerio de Salud.

Acceso a artículos completos en línea: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)

### Abreviatura

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. ISSN 0718 – 3798

### Diseño

Juan Silva: [jusilva2@gmail.com](mailto:jusilva2@gmail.com) / Cel.: 9 9799 5964

### Correspondencia

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dra. Esperanza Habinger, Editora Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, Santiago, Chile. Teléfono: 226320884, email: [sopnia@sopnia.com](mailto:sopnia@sopnia.com), sitio web: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)

## EDICIÓN ESPECIAL

### **Salud mental escolar: bienestar, prevención y abordajes ecosistémicos.**

*School mental health: well-being, prevention, and ecosystemic approaches.*

Grupo de Estudio de Salud Mental Escolar.

## EDITORIAL

### • **Juntos hacia el bienestar y la esperanza. 43° Congreso SOPNIA.**

#### **La Serena, 18 al 20 de noviembre de 2026.**

*Together Towards Wellbeing and Hope. 43rd SOPNIA Congress, La Serena, November 18-20, 2026.*

Dra. Nadia Garib Musa, Dra. Katuska Lavado Hernández,

Dra. Paola León Martínez

8

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### • **¿Cómo están los docentes en Chile?: Una caracterización del Índice de bienestar docente.**

*How are teachers in Chile?: A Characterization of the Teacher Well-Being Index.*

Jorge J. Varela Torres, Paulina Guzmán Martínez, Joaquín Briebe Fuenzalida, Zenta Reichenberger González, M. Belén Valdivia Valdivia, Isidora Framm Zapata, Consuelo del Canto Ramírez, Cristian Lazcano Castro

11

### • **Factores asociados al bienestar subjetivo de estudiantes y docentes: hacia un modelo ecológico-relacional del bienestar escolar.**

*Factors Associated with the Subjective Well-Being of Students and Teachers: Toward an Ecological-Relational Model of School Well-Being.*

Ricardo Musalem Bendek

29

## ARTÍCULOS DE REVISIÓN

### • **El modelo de resolución colaborativa de problemas (CPS) en niños y adolescentes: fundamentos clínicos y aplicaciones en bullying, conducta suicida y depresión en Chile.**

*The Collaborative Problem Solving (CPS) Model in Children and Adolescents: Clinical Foundations and Applications in Bullying, Suicidality, and Depression in Chile.*

Jorge Gaete Olivares, Daniel Núñez Gutiérrez, Darren Courtney

54

### • **Estrés docente y salud mental de estudiantes en contextos escolares: una revisión integrativa de la evidencia internacional y chilena.**

*Teacher Stress and Student Mental Health in School Settings: An Integrative Review of International and Chilean Evidence.*

Pablo Vergara-Barra, Jorge Varela-Torres, Zenta Reichenberger González, Alejandro Sánchez-Oñate

69

- **Salud mental escolar en Chile: desafíos para consolidar una arquitectura preventiva, intersectorial y multinivel.**  
*School Mental Health in Chile: Challenges for Consolidating a Preventive, Intersectoral, and Multitiered System.*  
 Rodrigo Rojas-Andrade, Belén Vargas Gallegos 84

#### POLÍTICAS Y NORMAS EDITORIALES

- **Política de la Revista SOPNIA sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) en el proceso editorial.**  
*SOPNIA Journal Policy on the Use of Artificial Intelligence (AI) Tools in the Editorial Process.*  
 Comité Editorial 104
- **Instrucciones para los Autores. Actualización 2026 para adecuación a los criterios SciELO Chile.**  
*2026 Update to Align with SciELO Chile Criteria.*  
 Comité Editorial 110

#### NOTICIAS 122

#### REUNIONES Y CONGRESOS

- **Programa Congreso SOPNIA 2026**  
*SOPNIA 2026 Congress Program*  
 Comité organizador 124

# Juntos hacia el bienestar y la esperanza. 43° Congreso SOPNIA. La Serena, 18 al 20 de noviembre de 2026.

*Together Towards Wellbeing and Hope. 43rd SOPNIA Congress, La Serena, November 18-20, 2026.*

***Dra. Nadia Garib Musa<sup>1</sup>, Dra. Katuska Lavado Hernández<sup>2</sup>, Dra. Paola León Martínez<sup>3</sup>***

Con mucho entusiasmo y tras un gran esfuerzo, anunciamos el 43° Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), que se llevará a cabo en la ciudad de La Serena entre el 18 y 20 de noviembre de 2026.

“Juntos hacia el bienestar y la esperanza” encuentra su hogar en la ciudad anfitriona, La Serena, puerta de entrada al Valle del Elqui, territorio iluminado por los cielos más estrellados del planeta, donde la luz encuentra su camino incluso en las noches más oscuras. Entre mar, valles y poesía, muchos buscan en este lugar místico explorar el centro de su propio ser y encontrar aquellos fragmentos perdidos en el proceso del dolor. Observar con paciencia y sostener la mirada en lo que, a simple vista, parece impreciso, es lo que nos convoca este año en torno al trauma y la resiliencia en la infancia y la adolescencia.



Acompañar a niños, niñas y adolescentes que han atravesado experiencias diversas es, en muchos sentidos, un ejercicio de esperanza clínica. Se requiere reconocer el impacto real del trauma en el desarrollo y, al mismo tiempo, sostener la convicción de que existen caminos posibles hacia la reparación.

1. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile. Presidenta 43° Congreso SOPNIA.

2. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile. Directora de Psiquiatría, 43° Congreso SOPNIA.

3. Neuróloga infantil y de la adolescencia. Jefa de la Unidad de Neurología Infantil del Hospital Clínico Metropolitano Dra. Eloísa Díaz. Coordinadora médica de la Sala de Habilitación de Autismo “La Florida TEAcompaña”, Corporación Municipal de La Florida, Santiago, Chile. Directora de Neurología, 43° Congreso SOPNIA.

Correspondencia a: Dra. Nadia Garib. Email: dra.nadiagarib@gmail.com

El congreso de este año busca reunir evidencia rigurosa y experiencia clínica para iluminar, como esas noches estrelladas del Elqui, un camino compartido hacia el bienestar y la esperanza.

El programa científico reflejará este eje de manera transversal. Abriremos las puertas de nuestro congreso acercándonos al trauma en el neurodesarrollo, profundizando a lo largo del programa en los fundamentos neurobiológicos y el reconocimiento clínico del trauma temprano y los estados disociativos en la infancia, en compañía del Dr. Víctor Carrión y la Dra. Carmen Lagos. En la misma línea, el simposio de intervenciones psicoterapéuticas en trauma complejo y disociación profundizará en abordajes terapéuticos específicos, incluida una revisión de EMDR en niños y adolescentes a cargo de la psicóloga Claudia Brett. El eje se complementa con el simposio de salud mental preescolar y escolar, que examinará cómo la adversidad y el trauma se expresan en el contexto educativo y qué habilidades socioemocionales permiten construir trayectorias de resiliencia.

La psiquiatría infantil y de la adolescencia estará representada además por simposios de actualización en estados mentales de alto riesgo (EMARS) y su identificación e intervención tempranas; posvención en suicidio; trastorno del espectro autista, con énfasis en alimentación, programas de habilidades sociales, trastornos del sueño y ansiedad; psicofarmacología de los trastornos del ánimo e intervenciones psicoterapéuticas en contexto de hospitalización psiquiátrica.

En paralelo, la neurología infantil y de la adolescencia ofrecerá simposios en epilepsia, patología vascular cerebral

pediátrica, enfermedades neuromusculares, patologías metabólicas, neuroinmunología, trastornos del sueño y neurodesarrollo, avances en el tratamiento de la neurofibromatosis y la clásica sesión de casos de difícil diagnóstico, que este año incluirá también una reflexión sobre los desafíos de la docencia en la era de la inteligencia artificial.

Por su parte, los desayunos con expertos ofrecerán un espacio íntimo de conversación en profundidad sobre diversos temas de actualidad, tanto en psiquiatría como en neurología de la infancia y la adolescencia.

En el corazón científico del congreso, los trabajos libres y casos clínicos representan la oportunidad de conocer de primera mano la investigación que residentes, becados y especialistas de neurología y psiquiatría de la infancia y la adolescencia desarrollan a lo largo de todo Chile. Presentar un trabajo o simplemente asistir a estas sesiones permite dimensionar la vitalidad de nuestras disciplinas a nivel nacional, tender puentes entre centros formadores y de práctica clínica, y abrir conversaciones que muchas veces se transforman en nuevas colaboraciones. Invitamos especialmente a los equipos en formación a aprovechar este espacio para compartir su trabajo y nutrirse del de otros.

Por último, y no menos importante, el congreso es una invitación a reencontrarnos. Los desayunos con expertos, las mesas redondas, los cafés entre sesiones y los espacios sociales del encuentro, son muchas veces escenarios donde ocurre parte de lo más valioso de estos tres días: actualizarnos en nuestras especialidades y compartir

experiencias en un ambiente cercano y colaborativo, en un ejercicio profesional que, a menudo, se vive de manera solitaria o fragmentada entre distintos lugares de trabajo. Este espacio presencial de encuentro entre colegas de todo Chile es, en sí mismo, una fuente de bienestar y sostén para quienes acompañamos a niños, niñas y adolescentes. Extendemos una cordial invitación a psiquiatras y neurólogos infantiles y de la adolescencia, y a todos los profesionales vinculados al neurodesarrollo y la salud mental infantojuvenil, a sumarse a esta nueva edición del congre-

so. Esperamos que este encuentro contribuya a fortalecer nuestras prácticas clínicas y a seguir construyendo, junto a los niños, niñas, adolescentes y familias que acompañamos, trayectorias de bienestar y esperanza.

La Serena y sus cielos estrellados nos esperan para recorrer juntos este nuevo camino.

¡Les esperamos!

Comité Organizador  
43° Congreso SOPNIA, La Serena 2026

# ¿Cómo están los docentes en Chile?: Una caracterización del Índice de bienestar docente.

*How are teachers in Chile?: A Characterization of the Teacher Well-Being Index.*

**Jorge J. Varela Torres<sup>a</sup>, Paulina Guzmán Martínez<sup>b</sup>, Joaquín Briebe Fuenzalida<sup>c</sup>, Zenta Reichenberger González<sup>d</sup>, M. Belén Valdivia Valdivia<sup>e</sup>, Isidora Framm Zapata<sup>f</sup>, Consuelo del Canto Ramírez<sup>g</sup>, Cristian Lazcano Castro<sup>h</sup>.**

**Resumen.** Este estudio tiene como objetivo caracterizar el bienestar docente en Chile a partir del Índice Nacional de Bienestar Docente (INBD), considerando dimensiones psicológicas, emocionales, contextuales y profesionales. Se desarrolló un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo, con una muestra no probabilística de 1.327 docentes en ejercicio a nivel nacional, quienes respondieron una encuesta digital compuesta por escalas validadas internacionalmente y adaptadas al contexto chileno. Los resultados evidencian un perfil de bienestar ambivalente. Por un lado, los docentes reportan altos niveles de compromiso profesional, autoeficacia y disfrute en la enseñanza, lo que refleja una fuerte base vocacional. Por otro lado, se identifican niveles preocupantes de sintomatología depresiva y afecto negativo, así como dificultades en el entorno laboral, como percepciones de inseguridad y experiencias de victimización. Los análisis inferenciales muestran que la sintomatología depresiva varía significativamente según género y tipo de contrato, mientras que el clima escolar y la autoeficacia se mantienen relativamente estables entre subgrupos. Asimismo, los afectos negativos difieren en función de la estabilidad contractual. En conjunto, los hallazgos sugieren que el bienestar docente no puede explicarse únicamente a nivel individual, sino que está fuertemente asociado a factores estructurales e institucionales. Se concluye la necesidad de fortalecer el liderazgo pedagógico, mejorar las condiciones laborales, promover la colaboración entre docentes y establecer sistemas de apoyo a la salud mental como ejes clave de política educativa.

**Palabras clave:** bienestar docente, salud mental, depresión, emociones.

a Psicólogo, Doctor en Psicología y Educación, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

b Profesora, Doctora en Ciencias del Desarrollo y Psicopatología, Facultad de Educación, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

c Psicólogo, Doctor en Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

d Psicóloga, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

e Psicóloga, Magíster en Psicología Educacional, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

f Psiquiatra infantojuvenil, Concepción, Chile.

g Socióloga, Doctora en Sociología de la Educación, Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

h Profesor, Doctor en Educación, Centro de Innovación en Liderazgo Educativo, Universidad del Desarrollo, Las Condes, Chile.

Correspondencia a Jorge Varela Torres. Email: [jovarela@udd.cl](mailto:jovarela@udd.cl)

Los autores afirman que no tienen intereses financieros en competencia ni relaciones personales conocidas que pudieran haber influido en el trabajo reportado en este artículo.

**Abstract.** This study aims to characterize teacher well-being in Chile based on the National Teacher Well-Being Index (INBD), considering psychological, emotional, contextual, and professional dimensions. A quantitative, cross-sectional, and descriptive design was developed, with a non-probabilistic sample of 1,327 practicing teachers nationwide, who responded to a digital survey composed of internationally validated scales adapted to the Chilean context. The results reveal an ambivalent well-being profile. On one hand, teachers report high levels of professional commitment, self-efficacy, and enjoyment in teaching, reflecting a strong vocational foundation. On the other hand, concerning levels of depressive symptoms and negative affect are identified, along with difficulties in the work environment, such as perceptions of insecurity and experiences of victimization. Inferential analyses show that depressive symptoms vary significantly by gender and type of contract, while school climate and self-efficacy remain relatively stable across subgroups. Additionally, negative affects differ based on contractual stability. Overall, the findings suggest that teacher well-being cannot be explained solely at the individual level but is strongly conditioned by structural and institutional factors. It is concluded that there is a need to strengthen pedagogical leadership, improve working conditions, promote collaboration among teachers, and establish mental health support systems as key axes of educational policy.

**Keywords:** Teacher well-being, mental health, depression, emotions.

### INTRODUCCIÓN

La profesión docente es significativa, pero también altamente exigente. Los docentes enfrentan expectativas crecientes, como promover aprendizajes académicos, atender la diversidad del estudiantado, incorporar tecnologías digitales y colaborar con las familias y los equipos escolares, en contextos marcados por reformas frecuentes, burocratización y sobrecarga administrativa (Nwoko et al., 2023; Viac & Fraser, 2020). Estas condiciones pueden afectar la motivación, la autoeficacia y el compromiso del profesorado, con consecuencias que trascienden la experiencia individual: bajos niveles de bienestar se asocian con rotación, ausentismo y deterioro de la calidad de la enseñanza (Viac & Fraser, 2020). Pese al creciente interés investigativo, en Chile persiste la necesidad de mediciones sistemáticas e integrales del bienestar docente.

### Marco teórico

#### *Conceptualización del bienestar docente.*

El bienestar docente se ha abordado

desde dos tradiciones: la hedónica, centrada en la satisfacción subjetiva y las emociones positivas, y la eudaimónica, que enfatiza el funcionamiento humano óptimo, el propósito, la autonomía y el desarrollo personal (Viac & Fraser, 2020; Hascher & Waber, 2021). Aplicadas a la docencia, ambas perspectivas indican que el bienestar no se reduce a sentirse emocionalmente bien, sino que también implica percibirse competente para enseñar y sostener vínculos significativos en la comunidad escolar. Desde esta aproximación, Viac y Fraser (2020) proponen un constructo multidimensional integrado por las dimensiones cognitiva (autoeficacia y competencia percibida), subjetiva (satisfacción y experiencias emocionales), físico-mental (salud, estrés y agotamiento) y social (calidad de las relaciones con estudiantes, colegas y directivos). Esta perspectiva supera las definiciones centradas en el malestar, reconociendo que el bienestar integra componentes positivos y negativos de la experiencia laboral (Hascher & Waber, 2021).

### ***Factores que inciden en el bienestar docente.***

El modelo de demandas y recursos laborales organiza los factores asociados al bienestar docente (Skaalvik & Skaalvik, 2018; Zhou et al., 2024). Entre los recursos personales, la autoeficacia es central: se asocia con emociones positivas, compromiso y mayor funcionalidad docente (Zhou et al., 2024). La resiliencia y la regulación emocional también protegen el bienestar al sostener el sentido de competencia frente al estrés (Skaalvik & Skaalvik, 2018; Zhou et al., 2024). En cuanto a los recursos del trabajo, el apoyo social de colegas y directivos, el liderazgo escolar, la colaboración entre pares y la autonomía docente se vinculan con mayor satisfacción laboral y menor agotamiento (Jentsch et al., 2022; Nwoko et al., 2023). En sentido contrario, las demandas laborales excesivas —sobrecarga, presión de tiempo, inseguridad laboral, victimización y conflicto de rol— constituyen factores de riesgo asociados con burnout, ansiedad y depresión (Agyapong et al., 2022; Mijakowski et al., 2022).

### ***Bienestar docente en Chile y América Latina.***

La evidencia regional confirma que el bienestar docente depende estrechamente de las condiciones laborales. En América Latina, Lazcano et al. (2025) muestran que la cooperación docente, la autoeficacia y las relaciones positivas con los estudiantes contribuyen a la satisfacción laboral, mientras que el estrés la deteriora. Marsollier et al. (2024) identificaron perfiles de burnout en docentes de Argentina, Chile, Ecuador y Perú, destacando la necesidad de intervenciones focalizadas y ambientes laborales protectores. La pandemia por COVID-19 agudizó estas tensiones: en

Chile, Lizana et al. (2021) evidenciaron un deterioro significativo de la calidad de vida docente, y Palma-Vásquez et al. (2021) constataron que un 58% de docentes en teletrabajo durante 2020 presentó mala salud mental. Varela et al. (2022) mostraron que el burnout afecta el bienestar mediante los afectos positivos y negativos, relación moderada por el apoyo social. Finalmente, Salvo-Garrido et al. (2025) identificaron el autocuidado, el apoyo psicosocial y los ambientes institucionales favorables como factores protectores de la resiliencia docente en Chile, mientras que Romo-Escudero et al. (2024) evidencian que emociones como el disfrute, el enojo y la ansiedad se relacionan diferenciadamente con el bienestar y el agotamiento, sugiriendo que intervenciones en regulación emocional pueden fortalecer el bienestar del profesorado chileno.

En ese marco, el objetivo de este estudio es describir el estado del bienestar docente en Chile, a partir del Índice Nacional de Bienestar Docente (INBD), caracterizando sus dimensiones psicológicas, emocionales, contextuales y profesionales en una muestra de docentes en ejercicio, y explorando diferencias según género, nivel de estudios y tipo de contrato.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 1.327 docentes de Chile, obtenida mediante un procedimiento no probabilístico por conveniencia, quienes completaron la encuesta en su totalidad, de un total de 1.637 que iniciaron la participación. Del total de participantes, el 75% se identificó como mujer, el

24% como hombre y el 1% indicó otra identidad de género, lo que refleja la composición predominantemente femenina de la fuerza docente en el país. En cuanto al tipo de establecimiento, el 53% trabajaba en establecimientos municipales o dependientes de Servicios Locales de Educación Pública (SLEP), el 29% en establecimientos particulares subvencionados, el 9% en corporaciones o fundaciones sin fines de lucro y el 7% en establecimientos particulares pagados. La muestra incluyó docentes de todas las regiones del país, con mayor concentración en la Región Metropolitana (31%), seguida de la Región de Valparaíso (14,1%) y la Región del Biobío (9,7%). En cuanto a la experiencia profesional, la mayoría de los participantes se concentró en los tramos de 6 a 10 años (21%) y de 11 a 15 años (22%), con una distribución decreciente hacia los tramos de mayor antigüedad. Respecto a la carga horaria frente al aula, el 31% declaró entre 21 y 30 horas semanales, el 14% menos de 10 horas, el 12% más de 40 horas y el 10% entre 11 y 20 horas. No se estableció un tamaño de muestra mínimo predefinido, dado el carácter descriptivo y no probabilístico del estudio. La tasa de completitud fue del 81% (1.327 de 1.637 participantes que iniciaron la encuesta). Los datos faltantes fueron excluidos por análisis. Dado que la muestra se obtuvo mediante un procedimiento no probabilístico por conveniencia, los resultados no deben interpretarse como estimaciones poblacionales representativas del profesorado chileno.

### Instrumentos

El Índice Nacional de Bienestar Docente (INBD) fue concebido como un índice compuesto de carácter descrip-

tivo, orientado a caracterizar distintas dimensiones del bienestar docente en Chile. En consecuencia, no debe entenderse como una nueva escala psicométrica unidimensional, sino como una estrategia de integración de indicadores provenientes de instrumentos previamente desarrollados y utilizados en la literatura nacional e internacional. El índice organiza el bienestar docente en cuatro dimensiones teóricas, psicológica, emocional, contextual y profesional. Cada dimensión se operacionalizó mediante escalas o conjuntos de ítems que permiten describir aspectos específicos del bienestar, tales como autoeficacia, salud mental, emociones docentes, compromiso laboral, clima escolar, victimización, liderazgo directivo, prácticas pedagógicas e indicadores asociados a la experiencia laboral.

La selección de los instrumentos respondió a la necesidad de contar con medidas breves, pertinentes para el contexto escolar y consistentes con la conceptualización multidimensional del bienestar docente. Para esta muestra, se estimó la consistencia interna de cada escala mediante alfa de Cronbach, con el fin de aportar evidencia de confiabilidad de las puntuaciones utilizadas en los análisis descriptivos. Los valores obtenidos fueron los siguientes: autoeficacia docente,  $\alpha = ,94$  (IC 95%: [,928-,943]); sintomatología depresiva,  $\alpha = ,91$  (IC 95%: [,905-,921]); emociones docentes,  $\alpha = ,88$  (IC 95%: [,877- 900]); compromiso docente,  $\alpha = ,89$  (IC 95%: [,885-,901]); clima escolar,  $\alpha = ,68$  (IC 95%: [,64-,72]); liderazgo directivo,  $\alpha = ,92$  (IC 95%: [,915 -,929]); prácticas pedagógicas innovadoras,  $\alpha = ,91$  (IC 95%: [,899-,921]); estereotipos de género,  $\alpha = ,63$  (IC 95: [,591-,667]).

La *dimensión psicológica* se evaluó mediante tres componentes. La autoeficacia docente fue medida con la *Teachers' Sense of Efficacy Scale* (TSES; Tschannen-Moran & Hoy, 2001), compuesta por 12 ítems en escala Likert de 9 puntos (1= nada a 9= mucho), que evalúa tres subdimensiones: manejo de sala, estrategia instruccional y compromiso de estudiantes. La salud mental y el bajo ánimo fueron evaluados con el *Patient Health Questionnaire* de 9 ítems (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), instrumento de 9 ítems con una escala de 4 puntos (0= ningún día a 3= casi todos los días), ampliamente utilizado para la detección de sintomatología depresiva.

La *dimensión emocional* incluyó dos componentes. Las emociones docentes fueron evaluadas con la *Teacher Emotions Scale* (TES; Frenzel et al., 2016), de 12 ítems en escala Likert de 5 puntos (1 = nunca a 5 = siempre), que mide la frecuencia de emociones de disfrute, enojo y ansiedad en el contexto de la enseñanza. El compromiso docente fue medido con la *Engaged Teachers Scale* (ETS; Klassen et al., 2013), compuesta por 16 ítems en escala de 6 puntos (1 = totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo), organizada en cuatro subdimensiones: cognitivo, conductual, emocional y social.

La *dimensión contextual* comprendió cuatro componentes. El clima escolar fue evaluado con ítems adaptados de la *Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar* (ENVAE; Ministerio del Interior y Mineduc, 2014), que incluyen la percepción de la convivencia en el establecimiento y el nivel de satisfacción con el ambiente escolar. La victimización docente fue medida con ítems de la misma fuente, que indagan

sobre la frecuencia de agresiones por parte de estudiantes y la sensación de seguridad en el establecimiento. El liderazgo directivo fue evaluado con la escala de liderazgo del cuestionario docente de PISA 2022 (OCDE), que explora la frecuencia con que el director realiza prácticas de acompañamiento pedagógico. El compromiso laboral docente social fue medido con la ETS (Klassen et al., 2013), evaluando el vínculo del docente con sus estudiantes y con sus colegas.

La *dimensión profesional* incluyó tres componentes. El compromiso cognitivo y conductual fue medido con la ETS (Klassen et al., 2013). Las prácticas pedagógicas innovadoras fueron evaluadas con ítems del Estudio Internacional de Enseñanza y Aprendizaje (TALIS 2018; OCDE). Los estereotipos de género fueron medidos con la escala de Estereotipos de Género sobre Aprendizaje y Educación de Espinoza y Albornoz (2023).

## Procedimiento

El estudio adoptó un diseño cuantitativo y transversal de carácter descriptivo. Los datos corresponden a la primera ola de recolección, realizada entre julio y agosto de 2025, mediante una encuesta autoadministrada en formato digital. La difusión se realizó a través de redes profesionales, redes sociales y asociaciones docentes. La participación fue voluntaria y todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo al inicio de la encuesta. El proyecto fue desarrollado de forma colaborativa entre el Laboratorio de Investigación e Innovación Docente de la Universidad San Sebastián (LIID-USS), el Instituto de Bienestar Socioemocional de la Universidad del

Desarrollo (IBEM-UDD), el Centro de Innovación en Liderazgo Educativo (CILED-UDD), Elige Educar y Fundación Santillana.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos etapas. Primero, se describen los niveles generales de cada dimensión del índice para el total de la muestra. Segundo, se examinan las diferencias según el géne-

ro, el nivel de estudios y el tipo de contrato mediante un análisis de varianza. En términos generales, el índice revela un perfil que combina fortalezas sostenidas en el compromiso y la autoeficacia docente con indicadores preocupantes en salud mental y en el entorno escolar, lo que configura una tensión central que se desarrolla a lo largo de esta sección. La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos generales para el total de la muestra.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de Clima, Sintomatología Depresiva, Autoeficacia, Disfrute y Afecto negativo según género, nivel de estudios y tipo de contrato.

| Clima                    | Válidos | Faltantes | Moda  | Mediana | Desviación Estándar | Varianza | Mínimo | Máximo |
|--------------------------|---------|-----------|-------|---------|---------------------|----------|--------|--------|
| Según género             |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                        | 298     | 19        | 2,000 | 2,000   | 1,842               | 0,262    | 0,068  | 1,000  |
| 2                        | 928     | 71        | 2,000 | 2,000   | 1,829               | 0,266    | 0,071  | 1,000  |
| 3                        | 11      | 0         | 1,741 | 1,750   | 1,720               | 0,176    | 0,031  | 1,500  |
| Según estudios           |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                        | 25      | 4         | 1,998 | 2,000   | 1,770               | 0,330    | 0,109  | 1,000  |
| 2                        | 770     | 57        | 2,000 | 2,000   | 1,836               | 0,260    | 0,068  | 1,000  |
| 3                        | 417     | 27        | 2,000 | 2,000   | 1,832               | 0,264    | 0,070  | 1,000  |
| 4                        | 15      | 2         | 1,952 | 1,750   | 1,733               | 0,334    | 0,111  | 1,000  |
| Según tipo de contrato   |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                        | 855     | 62        | 2,000 | 2,000   | 1,834               | 0,264    | 0,070  | 1,000  |
| 2                        | 330     | 20        | 2,000 | 2,000   | 1,822               | 0,267    | 0,071  | 1,000  |
| 3                        | 16      | 1         | 1,997 | 2,000   | 1,828               | 0,285    | 0,081  | 1,000  |
| 4                        | 32      | 7         | 1,999 | 2,000   | 1,867               | 0,210    | 0,044  | 1,250  |
| Sintomatología Depresiva | Válidos | Faltantes | Moda  | Mediana | Desviación Estándar | Varianza | Mínimo | Máximo |
| Según género             |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                        | 292     | 25        | 0,191 | 0,667   | 0,842               | 0,772    | 0,596  | 0,000  |
| 2                        | 911     | 88        | 0,679 | 0,875   | 0,975               | 0,717    | 0,514  | 0,000  |
| 3                        | 10      | 1         | 0,918 | 1,333   | 1,367               | 0,822    | 0,675  | 0,000  |
| Según estudios           |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                        | 25      | 4         | 0,690 | 0,889   | 0,987               | 0,690    | 0,476  | 0,000  |
| 2                        | 754     | 73        | 0,672 | 0,778   | 0,955               | 0,739    | 0,546  | 0,000  |
| 3                        | 410     | 34        | 0,367 | 0,778   | 0,933               | 0,723    | 0,523  | 0,000  |
| 4                        | 14      | 3         | 0,100 | 0,270   | 0,666               | 0,758    | 0,574  | 0,000  |
| Según tipo de contrato   |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                        | 840     | 77        | 0,651 | 0,778   | 0,932               | 0,717    | 0,514  | 0,000  |

|                        |         |           |       |         |                     |          |        |        |
|------------------------|---------|-----------|-------|---------|---------------------|----------|--------|--------|
| 2                      | 322     | 28        | 0,692 | 0,889   | 1,041               | 0,771    | 0,595  | 0,000  |
| 3                      | 16      | 1         | 0,092 | 0,222   | 0,528               | 0,684    | 0,468  | 0,000  |
| 4                      | 31      | 8         | 0,200 | 0,444   | 0,605               | 0,679    | 0,461  | 0,000  |
| Autoeficacia           | Válidos | Faltantes | Moda  | Mediana | Desviación Estándar | Varianza | Mínimo | Máximo |
| Según género           |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 285     | 32        | 7,540 | 7,250   | 7,009               | 1,390    | 1,933  | 1,667  |
| 2                      | 859     | 140       | 7,762 | 7,333   | 7,135               | 1,293    | 1,673  | 1,000  |
| 3                      | 9       | 2         | 6,861 | 6,667   | 6,898               | 1,380    | 1,904  | 4,667  |
| Según estudios         |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 24      | 5         | 6,017 | 6,458   | 6,777               | 1,476    | 2,178  | 4,250  |
| 2                      | 717     | 110       | 7,700 | 7,250   | 7,084               | 1,251    | 1,564  | 1,000  |
| 3                      | 390     | 54        | 7,419 | 7,417   | 7,162               | 1,410    | 1,989  | 1,667  |
| 4                      | 13      | 4         | 8,386 | 7,583   | 7,250               | 1,911    | 3,651  | 2,583  |
| Según tipo de contrato |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 800     | 117       | 7,668 | 7,333   | 7,126               | 1,291    | 1,667  | 1,833  |
| 2                      | 306     | 44        | 7,508 | 7,208   | 7,017               | 1,373    | 1,885  | 1,000  |
| 3                      | 15      | 2         | 6,802 | 7,417   | 7,361               | 1,409    | 1,985  | 4,417  |
| 4                      | 28      | 11        | 6,663 | 7,000   | 7,359               | 1,126    | 1,268  | 5,000  |
| Disfrute               | Válidos | Faltantes | Moda  | Mediana | Desviación Estándar | Varianza | Mínimo | Máximo |
| Según género           |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 280     | 37        | 3,973 | 3,500   | 3,392               | 0,611    | 0,373  | 1,000  |
| 2                      | 840     | 159       | 3,987 | 3,500   | 3,470               | 0,531    | 0,282  | 1,000  |
| 3                      | 9       | 2         | 3,907 | 3,500   | 3,417               | 0,625    | 0,391  | 2,500  |
| Según estudios         |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 24      | 5         | 3,954 | 3,625   | 3,458               | 0,555    | 0,308  | 2,500  |
| 2                      | 704     | 123       | 3,979 | 3,500   | 3,433               | 0,560    | 0,314  | 1,000  |
| 3                      | 380     | 64        | 3,985 | 3,500   | 3,477               | 0,542    | 0,294  | 1,000  |
| 4                      | 13      | 4         | 3,997 | 4,000   | 3,712               | 0,477    | 0,228  | 2,750  |
| Según tipo de contrato |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 783     | 134       | 3,987 | 3,500   | 3,461               | 0,532    | 0,283  | 1,250  |
| 2                      | 299     | 51        | 3,967 | 3,500   | 3,394               | 0,619    | 0,383  | 1,000  |
| 3                      | 15      | 2         | 3,952 | 3,750   | 3,633               | 0,421    | 0,177  | 3,000  |
| 4                      | 28      | 11        | 3,949 | 3,750   | 3,616               | 0,454    | 0,206  | 2,750  |
| Afecto negativo        | Válidos | Faltantes | Moda  | Mediana | Desviación Estándar | Varianza | Mínimo | Máximo |
| Según género           |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 279     | 38        | 2,073 | 1,875   | 1,889               | 0,620    | 0,385  | 1,000  |
| 2                      | 839     | 160       | 1,308 | 1,750   | 1,845               | 0,613    | 0,376  | 1,000  |
| 3                      | 9       | 2         | 2,375 | 2,125   | 1,972               | 0,765    | 0,585  | 1,000  |
| Según estudios         |         |           |       |         |                     |          |        |        |
| 1                      | 24      | 5         | 2,113 | 2,063   | 2,052               | 0,659    | 0,435  | 1,000  |
| 2                      | 703     | 124       | 1,368 | 1,750   | 1,847               | 0,588    | 0,345  | 1,000  |
| 3                      | 379     | 65        | 1,246 | 1,750   | 1,857               | 0,654    | 0,428  | 1,000  |

|                        |     |     |       |       |       |       |       |       |
|------------------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 4                      | 13  | 4   | 1,852 | 2,000 | 1,846 | 0,850 | 0,722 | 1,000 |
| Según tipo de contrato |     |     |       |       |       |       |       |       |
| 1                      | 782 | 135 | 1,313 | 1,750 | 1,835 | 0,601 | 0,361 | 1,000 |
| 2                      | 298 | 52  | 2,035 | 1,875 | 1,945 | 0,656 | 0,430 | 1,000 |
| 3                      | 15  | 2   | 1,377 | 1,500 | 1,592 | 0,476 | 0,226 | 1,000 |
| 4                      | 28  | 11  | 1,219 | 1,438 | 1,612 | 0,540 | 0,292 | 1,000 |

*Nota.* Género: 1= Masculino, 2= Femenino, 3= Otro. Nivel de estudios: 1= Enseñanza media, 2= Pregrado, 3= Magíster, 4= Doctorado. Tipo de contrato: 1= Indefinido, 2= Plazo fijo, 3= Reemplazo, 4= Honorarios. Rango de escalas — Clima: 1–3; Sintomatología Depresiva: 0–3; Autoeficacia: 1–9; Disfrute y Afecto negativo: 1–5.

El análisis de los estadísticos descriptivos según género revela patrones diferenciados en las variables evaluadas, así como una distribución dispar en la participación. El grupo “femenino” concentra la mayor cantidad de casos válidos en todas las dimensiones, seguido por el “masculino”, mientras que el grupo “otros” presenta una representación marginal. En relación con la percepción del clima, las puntuaciones medias son homogéneas entre los tres grupos, situándose entre 1,72 y 1,84, con bajas desviaciones estándar que oscilan entre 0,17 y 0,26, lo que evidencia una alta cohesión en las respuestas y una variabilidad mínima. Por el contrario, la sintomatología depresiva exhibe una tendencia ascendente: el grupo “masculino” registra la media más baja (0,84), el “femenino” muestra un valor intermedio (0,97) y el grupo “otros” alcanza el promedio más elevado (1,36), manifestando además dispersiones moderadas con desviaciones estándar entre 0,71 y 0,82. Respecto a la autoeficacia, se observan los niveles promedio más altos de todo el estudio, con puntuaciones que van desde 6,89 en el grupo “otros” hasta 7,13 en el “femenino”; sin embargo, esta variable también presenta la mayor dispersión general, registrando desviaciones estándar cercanas a 1,30 y varianzas que rozan el 1,93. Finalmente, tanto el disfrute como los afecto negativo

muestran un comportamiento notablemente estable entre las tres agrupaciones. El disfrute sostiene medias consistentes que rondan el 3,40, con desviaciones que fluctúan entre 0,53 y 0,62, mientras que los afectos negativos se estabilizan en promedios cercanos a 1,90, con la única excepción del grupo “otros”, el cual reporta una media ligeramente superior de 1,97 y una desviación estándar de 0,76.

El análisis de los estadísticos descriptivos según el nivel de estudios revela diferencias en la distribución de la muestra y en el comportamiento de las variables. Se observa una concentración mayoritaria en los profesionales con pregrado, seguidos por aquellos con magíster, mientras que quienes cuentan con enseñanza media o doctorado registran una participación considerablemente menor. En relación con la percepción del clima, las puntuaciones medias se mantienen estables y homogéneas entre los subgrupos, situándose en un rango que va desde 1,73 en el grupo con doctorado hasta 1,83 en los de pregrado y magíster, con desviaciones estándar bajas (entre 0,26 y 0,33) que reflejan un consenso normativo. Por su parte, la sintomatología depresiva manifiesta promedios atenuados en general, con una tendencia decreciente a medida que aumenta el nivel formativo: la media

más alta se observa en el nivel de enseñanza media (0,98), seguida de manera descendente por pregrado (0,95), magíster (0,93) y, finalmente, doctorado, que reporta el valor más bajo (0,66), acompañados de dispersiones similares que fluctúan entre 0,69 y 0,75. Respecto a la autoeficacia, se observa un incremento paulatino en las puntuaciones medias, conforme se avanza en la jerarquía académica; el promedio menor se registra en enseñanza media (6,77) y asciende de forma progresiva en pregrado (7,08), magíster (7,16) y doctorado, donde alcanza el nivel más alto (7,25). No obstante, esta variable indica la mayor variabilidad del estudio, con desviaciones estándar situadas entre 1,25 y 1,91. Finalmente, tanto el disfrute como los afectos negativos exhiben un comportamiento regular. El disfrute sostiene promedios consistentes en torno a 3,45 en los primeros tres grupos y se eleva sutilmente a 3,71 en el grupo con doctorado, con desviaciones entre 0,47 y 0,56. Los afectos negativos se estabilizan con medias cercanas a 1,85 en la mayoría de las categorías y una puntuación de 2,05 en el nivel de enseñanza media, manteniendo desviaciones estándar homogéneas que varían entre 0,58 y 0,85.

El análisis de los estadísticos descriptivos según el tipo de contrato expone diferencias en la configuración de la muestra y en las variables evaluadas, revelando una presencia significativamente mayoritaria de docentes con contrato indefinido, seguidos en volumen por aquellos a plazo fijo, mientras que las modalidades de reemplazo y a honorarios constituyen las subcategorías con menor representación empírica. Influido por esta distribución, la

percepción del clima se sostiene estable y homogénea en todo el espectro contractual, fluctuando sutilmente entre 1,82 (en los contratos a plazo fijo y a honorarios) y 1,86 (en los de reemplazo), acompañadas de bajas desviaciones estándar que se ubican entre 0,21 y 0,28, lo que indica un juicio compartido. Por el contrario, la sintomatología depresiva manifiesta fluctuaciones específicas entre los subgrupos: la media más elevada se presenta en el personal a plazo fijo (1,04), seguida por el contrato indefinido (0,93), mientras que los niveles más atenuados se observan en los contratos de reemplazo (0,60) y a honorarios (0,52), registrando desviaciones estándar que oscilan de forma moderada entre 0,67 y 0,77.

Al examinar la autoeficacia, se confirman los promedios más altos del estudio y un comportamiento bastante uniforme entre los grupos, con puntuaciones medias que van desde 7,01 en el personal a plazo fijo, hasta 7,36 en el de honorarios; sin embargo, esta dimensión muestra simultáneamente la mayor variabilidad interna, reflejada en desviaciones estándares situadas entre 1,12 y 1,40. Finalmente, tanto el disfrute como los afectos negativos operan con regularidad. El disfrute reporta medias consistentes en torno a 3,40 en casi todos los segmentos y un leve incremento a 3,63 en el grupo a honorarios, con desviaciones entre 0,42 y 0,61. Por su parte, los afectos negativos sitúan sus promedios cerca de 1,60 para los contratos a honorarios, de reemplazo e indefinido, elevándose a 1,94 únicamente en los docentes con contrato a plazo fijo, dentro de un rango de desviaciones estándar que va desde 0,47 hasta 0,65.

## Artículos Originales

**Tabla 2.** Resultados de los análisis de varianza (ANOVA) de un factor para Clima, Sintomatología Depresiva, Autoeficacia, Disfrute y Afecto negativo.

| Clima                    | Suma de cuadrados | gl   | Cuadrado medio | F     | p      |
|--------------------------|-------------------|------|----------------|-------|--------|
| Género                   | 0,178             | 2    | 0,089          | 1,275 | ,280   |
| Residuos                 | 86,18             | 1234 | 0,070          |       |        |
| Estudios                 | 0,252             | 3    | 0,084          | 1,207 | ,306   |
| Residuos                 | 85,16             | 1223 | 0,070          |       |        |
| Contrato                 | 0,073             | 3    | 0,024          | 0,349 | ,790   |
| Residuos                 | 85,53             | 1229 | 0,070          |       |        |
| Sintomatología Depresiva | Suma de cuadrados | gl   | Cuadrado medio | F     | p      |
| Género                   | 5,731             | 2    | 2,865          | 5,357 | ,005   |
| Residuos                 | 647,2             | 1210 | 0,535          |       |        |
| Estudios                 | 1,268             | 3    | 0,423          | 0,787 | ,501   |
| Residuos                 | 644,0             | 1199 | 0,537          |       |        |
| Contrato                 | 9,500             | 3    | 3,167          | 5,936 | < ,001 |
| Residuos                 | 642,8             | 1205 | 0,533          |       |        |
| Autoeficacia             | Suma de cuadrados | gl   | Cuadrado medio | F     | p      |
| Género                   | 3,767             | 2    | 1,883          | 1,083 | ,339   |
| Residuos                 | 2000              | 1150 | 1,739          |       |        |
| Estudios                 | 4,450             | 3    | 1,483          | 0,851 | ,466   |
| Residuos                 | 1987              | 1140 | 1,743          |       |        |
| Contrato                 | 5,537             | 3    | 1,846          | 1,073 | ,359   |
| Residuos                 | 1969              | 1145 | 1,720          |       |        |
| Disfrute                 | Suma de cuadrados | gl   | Cuadrado medio | F     | p      |
| Género                   | 1,284             | 2    | 0,642          | 2,101 | ,123   |
| Residuos                 | 344,1             | 1126 | 0,306          |       |        |
| Estudios                 | 1,355             | 3    | 0,452          | 1,476 | ,219   |
| Residuos                 | 341,9             | 1117 | 0,306          |       |        |
| Contrato                 | 2,291             | 3    | 0,764          | 2,491 | ,059   |
| Residuos                 | 343,7             | 1121 | 0,307          |       |        |
| Afecto negativo          | Suma de cuadrados | gl   | Cuadrado medio | F     | p      |
| Género                   | 0,518             | 2    | 0,259          | 0,681 | ,506   |
| Residuos                 | 426,9             | 1124 | 0,380          |       |        |
| Estudios                 | 0,979             | 3    | 0,326          | 0,861 | ,461   |
| Residuos                 | 422,8             | 1115 | 0,379          |       |        |
| Contrato                 | 5,387             | 3    | 1,796          | 4,771 | ,003   |
| Residuos                 | 421,2             | 1119 | 0,376          |       |        |

*Nota.* Suma de cuadrados tipo III. gl= grados de libertad.  $\eta^2 = \text{SS}_{\text{efecto}} \div (\text{SS}_{\text{efecto}} + \text{SS}_{\text{residuos}})$ . Los valores de p corresponden a pruebas de dos colas.

Con el objetivo de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Clima, Sintomatología Depresiva, Autoeficacia, Disfrute y Afecto negativo en función de las variables de agrupación sociodemográficas y laborales (Género, Nivel de Estudios y Tipo de Contrato), se llevaron a cabo múltiples análisis de varianza (ANOVA) de un factor. Los estadísticos inferenciales correspondientes a cada contraste se detallan a continuación.

En lo que respecta a la dimensión de Clima, las comparaciones grupales demuestran una notable homogeneidad en las percepciones de la muestra. No se detectaron efectos principales estadísticamente significativos asociados al Género,  $F(2, 1234) = 1,275$ ,  $p = ,280$ , al Nivel de Estudios,  $F(3, 1223) = 1,207$ ,  $p = ,306$ , ni al Tipo de Contrato,  $F(3, 1229) = 0,349$ ,  $p = ,790$ . Estos datos sugieren que la valoración del clima se comporta de manera transversal e independiente de las características sociodemográficas y de la modalidad contractual de los participantes.

Por el contrario, el análisis de la Sintomatología Depresiva arrojó variaciones intergrupales de alta relevancia estadística. Específicamente, se hallaron diferencias significativas en función del Género,  $F(2, 1210) = 5,357$ ,  $p = ,005$ , y de forma notablemente pronunciada según el Tipo de Contrato,  $F(3, 1205) = 5,936$ ,  $p < ,001$ . En contraposición, el Nivel de Estudios no ejerció un impacto significativo sobre los puntajes de

esta dimensión,  $F(3, 1199) = 0,787$ ,  $p = ,501$ , indicando que el factor educativo no se asocia con diferencias en el reporte de estos síntomas.

En el caso de la Autoeficacia, las puntuaciones medias exhibieron un patrón de estabilidad generalizada. Los modelos inferenciales confirmaron la ausencia de diferencias estadísticamente significativas al segmentar por Género,  $F(2, 1150) = 1,083$ ,  $p = ,339$ , Nivel de Estudios,  $F(3, 1140) = 0,851$ ,  $p = ,466$ , o Tipo de Contrato,  $F(3, 1145) = 1,073$ ,  $p = ,359$ . Al evaluar la dimensión de Disfrute, el comportamiento de los datos se mantuvo predominantemente regular. No se observaron diferencias significativas asociadas al Género,  $F(2, 1126) = 2,101$ ,  $p = ,123$ , ni al Nivel de Estudios,  $F(3, 1117) = 1,476$ ,  $p = ,219$ . Cabe destacar que el contraste por Tipo de Contrato arrojó una tendencia que rozó el nivel de significación convencional, aunque sin alcanzarlo de manera estricta,  $F(3, 1121) = 2,491$ ,  $p = ,059$ .

Finalmente, la escala de Afecto negativo evidenció un comportamiento diferenciado condicionado por la estabilidad laboral. Se identificó un efecto principal estadísticamente significativo derivado del Tipo de Contrato,  $F(3, 1119) = 4,771$ ,  $p = ,003$ . Por el contrario, no se registraron fluctuaciones significativas al contrastar la variable en función del Género,  $F(2, 1124) = 0,681$ ,  $p = ,506$ , o del Nivel de Estudios de los sujetos evaluados,  $F(3, 1115) = 0,861$ ,  $p = ,461$ .

**Tabla 3.** Pruebas Post Hoc

| Sintomatología Depresiva |                        | Diferencia de Medias | Desviación Estándar | gl   | t      | p <sub>Tukey</sub> |
|--------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|------|--------|--------------------|
| Masculino                | Femenino               | -0,134               | 0,049               | 1210 | -2,717 | ,018               |
|                          | Otros                  | -0,525               | 0,235               | 1210 | -2,232 | ,066               |
| Femenino                 | Otros                  | -0,391               | 0,233               | 1210 | -1,683 | ,212               |
| Sintomatología Depresiva |                        | Diferencia de Medias | Desviación Estándar | gl   | t      | p <sub>Tukey</sub> |
| Contrato Indefinido      | Contrato Plazo Fijo    | -0,109               | 0,048               | 1205 | -2,287 | ,102               |
|                          | Contrato a Honorarios  | 0,404                | 0,184               | 1205 | 2,192  | ,126               |
|                          | Contrato por Reemplazo | 0,327                | 0,134               | 1205 | 2,448  | ,069               |
| Contrato Plazo Fijo      | Contrato a Honorarios  | 0,514                | 0,187               | 1205 | 2,745  | ,031               |
|                          | Contrato por Reemplazo | 0,437                | 0,137               | 1205 | 3,178  | ,008               |
| Contrato a Honorarios    | Contrato por Reemplazo | -0,077               | 0,225               | 1205 | -0,343 | ,986               |
| Afecto negativo          |                        | Diferencia de Medias | Desviación Estándar | gl   | t      | p <sub>Tukey</sub> |
| Contrato Indefinido      | Contrato Plazo Fijo    | -0,109               | 0,042               | 1119 | -2,612 | ,045               |
|                          | Contrato a Honorarios  | 0,244                | 0,160               | 1119 | 1,525  | ,423               |
|                          | Contrato por Reemplazo | 0,224                | 0,118               | 1119 | 1,897  | ,230               |
| Contrato Plazo Fijo      | Contrato a Honorarios  | 0,353                | 0,162               | 1119 | 2,174  | ,131               |
|                          | Contrato por Reemplazo | 0,333                | 0,121               | 1119 | 2,746  | ,031               |
| Contrato a Honorarios    | Contrato por Reemplazo | -0,020               | 0,196               | 1119 | -0,102 | 1,000              |
|                          |                        |                      |                     |      |        |                    |

*Nota.* Comparaciones múltiples mediante prueba HSD de Tukey. MD= diferencia de medias (grupo fila – grupo columna). SE= error estándar. Los valores de p están ajustados para comparaciones múltiples.

Posterior a la ejecución de los análisis de varianza, se realizaron pruebas de comparación múltiple post-hoc de Tukey, para examinar la dirección de las diferencias significativas identificadas en las dimensiones de Sintomatología Depresiva y Afecto negativo.

En cuanto a la Sintomatología Depresiva según el Género, las comparacio-

nes por pares revelaron que existen diferencias estadísticamente significativas únicamente entre el grupo “Masculino” y el grupo “Femenino” (MD= -0,134, SE= 0,049, p= ,018), mostrando este último un promedio discretamente mayor en la manifestación de dichos síntomas. Por el contrario, el grupo clasificado como “Otros” no evidenció variaciones significativas al ser

contrastado con el grupo “Masculino” ( $p = ,066$ ) ni con el “Femenino” ( $p = ,212$ ).

Al analizar la Sintomatología Depresiva en función del Tipo de Contrato, la prueba post-hoc demostró que el personal con “Contrato Plazo Fijo” exhibe diferencias significativas y puntuaciones superiores en comparación con quienes poseen un “Contrato a Honorarios” ( $MD = 0,514$ ,  $SE = 0,187$ ,  $p = ,031$ ) y con aquellos bajo la modalidad de “Contrato por Reemplazo” ( $MD = 0,437$ ,  $SE = 0,137$ ,  $p = ,008$ ). Las comparaciones restantes entre las demás condiciones contractuales no alcanzaron niveles de significación estadística.

Finalmente, respecto a la dimensión de Afecto negativo según el Tipo de Contrato, se identificaron dos contrastes significativos. En primer lugar, los participantes con “Contrato Indefinido” reportaron niveles significativamente menores de afecto negativo en comparación con el personal a “Plazo Fijo” ( $MD = -0,109$ ,  $SE = 0,042$ ,  $p = ,045$ ). En segundo lugar, se constató que el grupo con “Contrato Plazo Fijo” puntúa de forma significativamente más alta que el grupo con “Contrato por Reemplazo” ( $MD = 0,333$ ,  $SE = 0,121$ ,  $p = ,031$ ). El resto de los cruzamientos intergrupales no denotó diferencias estadísticas relevantes.

## DISCUSIÓN

Los resultados del Índice Nacional de Bienestar Docente permiten responder al objetivo planteado: el profesorado chileno muestra un perfil de bienestar caracterizado por fortalezas en el compromiso y la autoeficacia, junto con vulnerabilidades significativas en salud mental y entorno escolar. A continua-

ción se analiza cada dimensión en diálogo con la evidencia disponible.

### **El compromiso vocacional como fortaleza amenazada.**

Las dimensiones profesional y emocional muestran los indicadores más favorables del índice. El compromiso cognitivo alcanza un promedio de 4,46 sobre 5, y el compromiso emocional llega a 4,37, con más del 62% de los docentes que reportan que aman enseñar siempre. Las emociones negativas vinculadas a la enseñanza, enojo ( $M = 1,78$ ) y ansiedad ( $M = 1,92$ ), son significativamente más bajas que el disfrute ( $M = 3,45$ ), lo que indica que la experiencia subjetiva de enseñar sigue siendo, para la mayoría, una fuente genuina de satisfacción. Estos hallazgos son coherentes con lo que la literatura sobre motivación e identidad docente ha descrito como la dimensión vocacional de la profesión (Frenzel et al., 2016; Klassen et al., 2013): una orientación intrínseca que actúa como recurso protector frente a condiciones adversas. A nivel latinoamericano, el estudio de Lazcano et al. (2025) en cinco países, incluido Chile, muestra que las relaciones positivas con estudiantes y la autoeficacia son predictores robustos de satisfacción laboral, lo que es consistente con los altos puntajes de compromiso con estudiantes ( $M = 4,44$ ) observados en este índice.

Sin embargo, la literatura sobre el ciclo de vida docente advierte que el compromiso vocacional no es un capital inagotable: cuando no está sostenido por condiciones institucionales adecuadas, tiende a erosionarse progresivamente (Skaalvik & Skaalvik, 2018; Zhou et al., 2024). El perfil de experiencia de la muestra, con alta concentración en

el tramo de 11 a 20 años, sugiere que muchos participantes se encuentran en una etapa de la carrera particularmente vulnerable a esta erosión.

### **La salud mental como dimensión crítica.**

El contraste más revelador del índice se produce entre los indicadores de compromiso y los de salud mental. Mientras el compromiso emocional y cognitivo se sitúa en niveles altos, el 67,2% de los docentes presenta sintomatología de bajo ánimo en algún grado según el PHQ-9 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), de los cuales un 37,6% se ubica en los rangos moderado, moderadamente severo o severo. Adicionalmente, uno de cada cuatro docentes (22,9%) reporta que el bajo ánimo dificultó muy o extremadamente el ejercicio de su trabajo o sus relaciones interpersonales.

Sin embargo, estos resultados no deben interpretarse como una reducción del bienestar docente a la ausencia de síntomas depresivos. Más bien, la sintomatología depresiva representa una dimensión específica del bienestar físico-mental, que debe analizarse junto con otros componentes positivos y relacionales, como la autoeficacia, el disfrute de la enseñanza, el compromiso profesional y la calidad de los vínculos escolares.

Estos valores parecen superiores a los hallados en la evidencia disponible en otros contextos, aunque deben compararse con cautela debido a diferencias entre países, instrumentos, periodos de medición y características muestrales. En el caso chileno, Palma-Vásquez et al. (2021) habían documentado que aproximadamente el 58% de los do-

centes presentaba mala salud mental durante el teletrabajo forzado por la pandemia; los datos del índice, recogidos en julio-agosto de 2025, sugieren que el malestar psicológico continúa siendo una dimensión relevante para comprender el bienestar docente en el escenario pospandémico. Esto es coherente con la evidencia de que el agotamiento emocional docente pospandémico ha mostrado una mayor persistencia de la esperada (Marsollier et al., 2024; Varela et al., 2022), y con los hallazgos de Lizana et al. (2021) sobre el impacto duradero de la crisis sanitaria en la calidad de vida docente en Chile, con mayor afectación en mujeres, grupo que representa el 75% de esta muestra.

La coexistencia de un alto compromiso con malestar psicológico también evidencia un patrón que la literatura identifica como antesala del burnout, en el que el profesional mantiene su dedicación a costa de su propio bienestar (Agyapong et al., 2022; Mijakoski et al., 2022). Hascher y Waber (2021), en su revisión sistemática de dos décadas de investigación sobre el bienestar docente, señalan que la dimensión física-mental es precisamente la más vulnerable y la primera en deteriorarse cuando las demandas laborales superan los recursos disponibles. Los datos del índice indican que ese umbral ya ha sido superado por una proporción significativa del profesorado chileno.

### **El entorno escolar como factor de riesgo.**

La dimensión contextual entrega evidencia relevante desde la perspectiva de la salud ocupacional. Un 23,9% de los docentes reportan no sentirse seguros en su establecimiento, y el 39,8%

han sido agredidos por un estudiante al menos una vez durante el período, con un 14,6% que reportan frecuencias de al menos una vez al mes. Estos datos describen un nivel relevante de victimización docente que, si bien parece superar lo documentado en estudios comparativos internacionales, debe interpretarse con cautela debido a diferencias contextuales, metodológicas e instrumentales. Asimismo, estas experiencias podrían asociarse con mayores niveles de malestar docente, por lo que constituyen un aspecto relevante para la salud mental docente (Nwoko et al., 2023; Sohail et al., 2023).

La evaluación del clima de convivencia muestra una distribución altamente heterogénea: mientras el 56,3% la califica como buena o muy buena, el 35,6% la evalúa como regular y el 8,1% como mala o muy mala. Esta dispersión sugiere que la experiencia del entorno escolar varía considerablemente dentro del sistema, lo cual es consistente con los hallazgos de Muñoz-Troncoso et al. (2025), sobre diferencias en las percepciones de clima escolar entre docentes chilenos según características del establecimiento y del rol profesional. La investigación sobre los efectos del clima organizacional indica que su impacto sobre el bienestar es mediado: un clima negativo no sólo actúa como estresor directo, sino que erosiona los recursos protectores, confianza, colaboración, sentido de pertenencia, que amortiguan el efecto de otras demandas laborales (Zhou et al., 2024; Romo-Escudero et al., 2024).

### **El liderazgo directivo: entre la intención y la capacidad.**

Los datos de liderazgo directivo revelan una brecha significativa entre las

prácticas de acompañamiento más distales y las que requieren presencia directa en el trabajo de aula. Las prácticas de observación (43,4% nunca) y retroalimentación basada en observaciones (40,9% nunca) son las menos frecuentes del conjunto, mientras que las acciones más generales de organización tienen mayor presencia relativa. El apoyo para resolver problemas de disciplina muestra también alta ausencia (29,2% nunca), lo que tiene implicancias directas dado el nivel de victimización reportado.

Este comportamiento es coherente con lo que la investigación sobre liderazgo escolar ha descrito como el desplazamiento del liderazgo pedagógico hacia la gestión administrativa (Jentsch et al., 2022): los directores realizan lo que pueden hacer a distancia, pero no logran sostener las prácticas que requieren tiempo de presencia en el aula. La evidencia disponible indica que precisamente estas últimas tienen un mayor impacto en el bienestar y en el desarrollo profesional docente (Mijakoski et al., 2022; Skaalvik & Skaalvik, 2018). Su ausencia podría representar la pérdida de uno de los principales mecanismos de apoyo institucional disponibles a nivel de establecimiento.

### **El vínculo entre pares como recurso subdesarrollado.**

En el estudio se observa una brecha en el compromiso social según el destinatario: el compromiso con los estudiantes ( $M= 4,44$ ) es notablemente superior al compromiso con los colegas ( $M= 4,01$ ). Esta diferencia podría relacionarse con la colegialidad, entendida como apoyo mutuo, colaboración pedagógica y sostén emocional entre pares, uno de los factores protectores

del bienestar docente mejor documentados en la literatura internacional (Viac & Fraser, 2020; Zhou et al., 2024; Hascher & Waber, 2021). En el contexto latinoamericano, Lazcano et al. (2025) demuestran que la cooperación docente es un predictor significativo de la satisfacción laboral, incluso tras controlar por otras variables del establecimiento. El debilitamiento relativo del vínculo con colegas que estos datos sugieren, refuerza la necesidad de políticas que intervengan en la cultura organizacional del establecimiento, y no sólo en el individuo. Salvo-Garrido et al. (2025), en su estudio sobre resiliencia docente en Chile, identifican precisamente las redes de apoyo entre pares como uno de los factores protectores más importantes frente al malestar, un recurso que, según los datos del índice, permanece subdesarrollado.

### **La autoeficacia como recurso a proteger.**

En contraste con los indicadores de salud mental y contexto, la autoeficacia docente muestra niveles relativamente altos en sus tres subdimensiones: estrategia instruccional ( $M=7,46$ ), compromiso de estudiantes ( $M=7,03$ ) y manejo de sala ( $M=6,81$ ), en escala de 1 a 9. La autoeficacia es uno de los predictores más robustos del bienestar docente (Tschannen-Moran & Hoy, 2001; Ortan et al., 2021; Jentsch et al., 2022): se asocia con mayor satisfacción laboral, menor estrés y mayor compromiso. La fortaleza relativa de este indicador en la muestra constituye un recurso sobre el cual es posible construir intervenciones. Sin embargo, la investigación sobre autoeficacia docente advierte que esta percepción es sensible al contexto: puede deteriorarse cuando las demandas crónicas superan los recursos dis-

ponibles y las experiencias de dominio se vuelven escasas (Skaalvik & Skaalvik, 2018). En un contexto de victimización elevada y bajo acompañamiento directivo, la autoeficacia observada hoy no puede darse por garantizada en olas futuras. Estos resultados son consistentes con la relevancia de factores estructurales, institucionales y relacionales. La coexistencia de alto compromiso con malestar psicológico relevante sugiere la conveniencia de promover políticas y apoyos institucionales orientados a proteger los recursos que hoy sostienen al profesorado.

### **Implicancias para política educativa.**

La lectura integrada de los resultados apunta a tres niveles prioritarios de intervención. En el nivel del establecimiento, el fortalecimiento del liderazgo pedagógico, con un alivio efectivo de la carga administrativa directiva y el desarrollo de culturas de colaboración entre docentes, constituyen las palancas con mayor potencial de impacto en el bienestar. A nivel de sistema, los hallazgos sobre victimización docente sugieren la necesidad de una política de prevención de la violencia escolar que incorpore explícitamente al profesorado como sujeto de protección. En el nivel de la carrera docente, los indicadores de salud mental refuerzan la importancia de mecanismos de atención psicológica que no sean voluntarios ni estigmatizantes, sino parte de la arquitectura regular del apoyo docente, tal como se ha recomendado en revisiones recientes sobre intervenciones eficaces (Nwoko et al., 2023; Sohail et al., 2023).

Finalmente, los resultados de esta primera ola establecen una caracterización descriptiva del bienestar docente en una muestra de alcance nacional,

desde la cual será posible evaluar su evolución en mediciones futuras y profundizar en los mecanismos que median entre el compromiso vocacional y el malestar psicológico que estos datos revelan de manera simultánea.

### Limitaciones

El presente estudio presenta un conjunto de limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, y de manera central, la muestra fue obtenida mediante un procedimiento no probabilístico por conveniencia, con difusión a través de redes sociales, redes profesionales y asociaciones docentes, lo que impide generalizar los hallazgos al universo de docentes en ejercicio en Chile. Los resultados deben interpretarse, por tanto, como una caracterización descriptiva de los participantes y no como un retrato representativo del profesorado chileno.

En segundo lugar, el uso exclusivo de autorreporte introduce posibles sesgos de deseabilidad social y de varianza común del método. Las percepciones sobre clima escolar, liderazgo directivo y victimización, reflejan la experiencia subjetiva de los participantes y no necesariamente corresponden a mediciones objetivas de esas condiciones.

En tercer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables medidas y determinar la dirección de las asociaciones observadas. Los datos describen el estado del bienestar docente en un momento específico, julio-agosto de 2025, sin posibilidad de controlar el efecto de variables no medidas. Finalmente, si bien se reporta la consistencia interna de las escalas utilizadas, esta primera ola no

incluye análisis psicométricos integrales del índice compuesto, como análisis de estructura interna o evidencia adicional de validez, lo que constituye una agenda pendiente para fortalecer la base metodológica del INBD en mediciones futuras.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agyapong, B., Obuobi-Donkor, G., Burbuck, L., & Wei, Y. (2022). Stress, burnout, anxiety and depression among teachers: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-42. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710706>
2. Hascher, T., & Waber, J. (2021). Teacher well-being: A systematic review of the research literature from the year 2000–2019. *Educational Research Review*, 34, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2021.100411>
3. Jentsch, A., Hoferichter, F., Blömeke, S., König, J., & Kaiser, G. (2022). Investigating teachers' job satisfaction, stress and working environment: The roles of self-efficacy and school leadership. *Psychology in the Schools*, 60, 679–690. <https://doi.org/10.1002/pits.22788>
4. Lazcano, C., Galilea, S., Wenderoth, S., Rojas, A., & Ortúzar, M. S. (2025). Exploring teacher job satisfaction in five Latin American countries: A multi-level analysis using TALIS 2018. *International Journal of Educational Research Open*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2025.100516>
5. Lizana, P. A., Vega-Fernández, G., Gomez-Bruton, A., Leyton, B., & Lera, L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on teacher quality of life: A longitudinal study from before and during the

- health crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073764>
6. Marsollier, R., Expósito, C. D., Varela, J. J., Miranda, R., Guzmán, P., & López-Orellana, C. (2024). Burnout syndrome prevalence among Latin American teachers during the pandemic. *Mental Health & Prevention*, 34, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200346>
7. Mijakoski, D., Cheptea, D., Marca, S. C., Shoman, Y., Caglayan, C., Bugge, M. D., Gnesi, M., Godderis, L., Kiran, S., McElvenny, D. M., Mediouni, Z., Mesot, O., Minov, J., Nena, E., Otelea, M., Pranjic, N., Mehlum, I. S., van der Molen, H. F., & Guseva Canu, I. (2022). Determinants of burnout among teachers: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-48. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095776>
8. Muñoz-Troncoso, F., & Riquelme, E. H. (2025). Teacher's perceptions of classroom climate and wellbeing: the role of physical classroom conditions in Chile. *Frontiers in Psychology*, 16, 1567464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1567464>
9. Nwoko, J. C., Emeto, T. I., Malau-Aduli, A. E. O., & Malau-Aduli, B. S. (2023). A systematic review of the factors that influence teacher's occupational well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1-31. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126070>
10. Palma-Vásquez, C., Carrasco, D., & Hernando-Rodríguez, J. C. (2021). Mental health of teachers who have teleworked due to COVID-19. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11, 515-528. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11020037>
11. Romo-Escudero, F., Guzmán, P., Lo Casale-Crouch, J., Wyman, I., Varela, J., & Koomen, H. (2024). Assessing the Teacher Emotions Scale in Chile: Does it relate to teacher's well-being? / Evaluación de la Escala de Emociones Docentes en Chile: ¿Está relacionada con el bienestar docente? *Studies in Psychology: Estudios de Psicología*, 45(2-3), 269-296. <https://doi.org/10.1177/02109395241272429>
12. Salvo-Garrido, S., Cisternas-Salcedo, P., & Polanco-Levicán, K. (2025). Understanding teacher resilience: Keys to well-being and performance in Chilean elementary education. *Behavioral Sciences*, 15(3), 1-21. <https://doi.org/10.3390/bs15030292>
13. Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2018). Job demands and job resources as predictors of teacher motivation and well-being. *Social Psychology of Education*, 21, 1251-1275. <https://doi.org/10.1007/s11218-018-9464-8>
14. Varela, J. J., Guzmán, P., Oriol, X., Romo, F., & Miranda, R. (2022). Teacher's well-being, affects, and burnout during the pandemic in Chile. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 28(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2022.07.001>
15. Viac, C., & Fraser, P. (2020). *Teachers' well-being: A framework for data collection and analysis* (OECD Education Working Papers No. 213). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c36fc9d3-en>
16. Zhou, S., Slempe, G. R., & Vella-Brodrick, D. A. (2024). Factors associated with teacher well-being: A meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 36, 1-48. <https://doi.org/10.1007/s10648-024-09886-x>

# Factores asociados al bienestar subjetivo de estudiantes y docentes: hacia un modelo ecológico-relacional del bienestar escolar.

Factors Associated with the Subjective Well-Being of Students and Teachers: Toward an Ecological-Relational Model of School Well-Being.

**Ricardo Musalem Bendek**<sup>1,2,3</sup>

**Resumen.** El bienestar constituye un componente esencial de la salud mental, la convivencia y el aprendizaje en las comunidades educativas. Este estudio tuvo como objetivo identificar las variables críticas asociadas al bienestar subjetivo de estudiantes y docentes, integrando factores personales, relacionales y contextuales en un modelo comprensivo del bienestar escolar. Se utilizó un diseño descriptivo e inferencial basado en datos secundarios provenientes de las mediciones 2023 de los Indicadores de Desarrollo Personal y Social del Sistema de Medición de la Calidad de la Educación de Chile —SIMCE—, que incluyen cuestionarios dirigidos a estudiantes y docentes sobre variables socioemocionales, motivacionales y de clima escolar.

Se analizaron las asociaciones entre distintos indicadores relacionales, institucionales y socioemocionales con el bienestar subjetivo de ambos grupos. Los resultados muestran que, en estudiantes, las variables más asociadas al bienestar subjetivo fueron sentirse parte del colegio ( $r=.62$ ;  $r^2=.39$ ), sentirse seguro o segura en el establecimiento ( $r=.58$ ;  $r^2=.33$ ), contar con formas de expresión y poder equivocarse sin ser juzgado/a ( $r=.53$ ;  $r^2=.28$ ). En docentes, las asociaciones más altas se concentraron en la percepción de respeto, confiabilidad y competencia de los estudiantes, junto con la integridad profesional de los colegas y la cohesión social estudiantil ( $r=.70$  a  $.75$ ;  $r^2=.49$  a  $.56$ ).

La integración de ambos análisis permite sostener que el bienestar escolar no es una propiedad individual aislada, sino una dinámica recíproca entre vínculos estudiantiles, relaciones pedagógicas, comunidad profesional y liderazgo institucional. Los hallazgos convergen en que el bienestar de estudiantes y docentes depende de la calidad del clima relacional, la confianza socioemocional, la inclusión y la coherencia ética de la comunidad educativa. A partir de estos resultados, se propone entender el bienestar escolar como un ecosistema relacional, orientado a comprender la escuela como un espacio protector de salud mental, desarrollo integral y aprendizaje.

**Palabras clave:** bienestar escolar, bienestar docente, pertenencia, confianza relacional, clima escolar, salud mental escolar, IDPS, SIMCE.

1. Psicólogo, Magíster en Investigación.

2. Agencia de salud mental escolar Allegro Educación, Santiago, Chile.

3. Fundación Allegro Educación, Santiago, Chile.

Correspondencia a Ricardo Musalem Bendek. Email: rmusalem@allegroedu.cl

**Abstract:** Well-being is an essential component of mental health, social interaction, and learning in educational communities. The objective of this study was to identify the critical variables associated with the subjective well-being of students and teachers, integrating personal, relational, and contextual factors into a comprehensive model of school well-being. A descriptive and inferential design was used, based on secondary data from the 2023 measurements of the Personal and Social Development Indicators of Chile's Education Quality Measurement System (SIMCE), which include questionnaires administered to students and teachers on socio-emotional, motivational, and school climate variables.

The associations between various relational, institutional, and socioemotional indicators and the subjective well-being of both groups were analyzed. The results show that, among students, the variables most strongly associated with subjective well-being were feeling like part of the school ( $r = .62$ ;  $r^2 = .39$ ), feeling safe at school ( $r = .58$ ;  $r^2 = .33$ ), having opportunities for self-expression, and being able to make mistakes without being judged ( $r = .53$ ;  $r^2 = .28$ ). Among teachers, the strongest associations were with students' perceived respect, trustworthiness, and competence, along with the professional integrity of colleagues and student social cohesion ( $r = .70$  to  $.75$ ;  $r^2 = .49$  to  $.56$ ). The integration of both analyses supports the conclusion that school well-being is not an isolated individual trait, but rather a reciprocal dynamic among student relationships, teacher-student relationships, the professional community, and institutional leadership. The findings converge on the idea that the well-being of students and teachers depends on the quality of the relational climate, socioemotional trust, inclusion, and the ethical coherence of the educational community. Based on these results, we propose understanding school well-being as a relational ecosystem, aimed at viewing the school as a space that protects mental health, holistic development, and learning.

**Keywords:** school well-being, teacher well-being, sense of belonging, relational trust, school climate, school mental health, IDPS, SIMCE.

### INTRODUCCIÓN

#### Problema general

El bienestar escolar se ha posicionado progresivamente como una dimensión fundamental de la calidad educativa, de los procesos pedagógicos y de la experiencia cotidiana de estudiantes y docentes. Sin embargo, su comprensión y abordaje han tendido a organizarse en torno a enfoques parciales. Por una parte, algunos modelos lo han interpretado principalmente desde una lógica clínica o de salud mental individual, centrada en la detección de síntomas, riesgos o necesidades de atención especializada. Por otra parte, otros enfoques lo han asociado preferentemente a la existencia de un clima de convivencia positivo, entendido muchas veces como ausencia de conflicto, disciplina adecuada o buenas relaciones

manifestas dentro del establecimiento.

Si bien ambos enfoques aportan elementos relevantes, resultan insuficientes para comprender la complejidad del bienestar en la vida escolar. Una mirada exclusivamente clínica puede reducir el fenómeno a variables individuales y dejar en segundo plano las condiciones relacionales, pedagógicas e institucionales que producen o debilitan el bienestar. A su vez, una mirada centrada sólo en la convivencia visible puede pasar por alto realidades menos evidentes: estudiantes invisibilizados o sobre-adaptados, conflictos subyacentes, diferencias de estatus entre pares, sentimientos de falta de cuidado, baja participación, ausencia de vínculos significativos con adultos o formas silenciosas de exclusión.

Esta dificultad se relaciona con la au-

sencia de un concepto suficientemente integrador del bienestar escolar. Cuando el bienestar se entiende de manera fragmentada, las intervenciones tienden a ser también fragmentadas: programas de convivencia desconectados de la salud mental, acciones preventivas sin datos, dispositivos de apoyo individual sin transformación del clima de aula, o iniciativas socioemocionales sin articulación con el liderazgo institucional. Por ello, resulta necesario avanzar hacia una comprensión ecológica y relacional del bienestar escolar, capaz de integrar la experiencia subjetiva de estudiantes y docentes con la calidad de los vínculos, las prácticas pedagógicas, la convivencia, la participación y las condiciones organizacionales de la escuela.

Desde esta perspectiva, el bienestar escolar puede entenderse como una condición de armonía relativa y de funcionamiento positivo dentro de la comunidad educativa. Se expresa en experiencias de satisfacción, motivación, sentido, autoestima, autoeficacia y disposición al aprendizaje, pero se produce en interacción con dimensiones relacionales y contextuales: la calidad de los vínculos con pares y adultos, el sentido de pertenencia, la seguridad emocional, la percepción de justicia, la posibilidad de participación, la inclusión, el reconocimiento, el respeto, la organización institucional y las oportunidades reales de desarrollo. En consecuencia, el bienestar no reside únicamente en el individuo, sino en un ecosistema relacional cuyas dinámicas contribuyen a configurar la experiencia personal y colectiva de la vida escolar.

En el caso chileno, los Indicadores de Desarrollo Personal y Social asociados al Sistema de Medición de la Calidad

de la Educación —SIMCE— ofrecen una oportunidad relevante para estudiar empíricamente estas dimensiones. Sus cuestionarios incorporan variables socioemocionales, motivacionales y de clima escolar que permiten aproximarse a aspectos centrales del bienestar, tanto en estudiantes como en docentes. Dentro de estos indicadores, la evaluación del bienestar subjetivo y de la relación con la institución constituye una base especialmente pertinente para identificar factores críticos asociados a la experiencia de bienestar escolar.

Actualmente resulta cada vez más evidente que la responsabilidad de la escuela con sus estudiantes supera el rol estrictamente académico. La escuela es también un espacio de socialización, desarrollo emocional, construcción de identidad, autonomía, pertenencia, aprendizaje socioemocional, protección y seguridad. Dependiendo de sus prácticas pedagógicas, de su liderazgo, de sus políticas internas, de sus consensos comunitarios y de sus estrategias preventivas, la escuela puede operar como un espacio de riesgo o como un espacio de protección; como un contexto de daño o como un contexto de cuidado, reparación y desarrollo humano.

Por esta razón, resulta fundamental comprender el bienestar escolar en su complejidad, identificando con evidencia los factores críticos que lo sustentan como experiencia individual y colectiva. Esta tarea exige analizar simultáneamente el bienestar de estudiantes y docentes, pues ambos se configuran dentro de un mismo sistema relacional. El presente estudio se propone contribuir a esa comprensión mediante el análisis de variables críticas asociadas al bienestar escolar, con-

siderando indicadores de desarrollo personal y social y buscando aportar a un modelo más integrado, ecológico y basado en evidencia.

### Planteamiento del problema.

La pregunta de investigación del presente estudio sería la siguiente: ¿Cuáles son las variables críticas que se asocian con más fuerza con el bienestar escolar de estudiantes y docentes, y cómo pueden integrarse en un modelo común de salud mental escolar? Nos preguntaremos por los factores que más fuertemente se asocian al bienestar subjetivo de estudiantes y docentes, exploraremos si existen dimensiones comunes entre ambos grupos en términos de factores similares o de determinación mutua, intentaremos formular un modelo comprensivo en base a los hallazgos y definir implicancias para la intervención escolar. La hipótesis es que el bienestar de estudiantes y docentes está interconectado bajo condiciones de interdependencia, y que el bienestar es multidimensional, mostrando una asociación más estrecha con la satisfacción de necesidades psicosociales que por la ausencia de conflicto. Es decir, la escuela que genera bienestar es aquella donde los vínculos cotidianos se asocian con experiencias de seguridad, reconocimiento, colaboración y sentido.

### Objetivo general

El estudio pretende identificar los factores críticos del bienestar escolar para estudiantes y docentes, para luego integrar los hallazgos de los dos análisis intentando proponer un modelo comprensivo del bienestar escolar como ecosistema relacional.

### Objetivos específicos

- Identificar las variables más asociadas al bienestar estudiantil.
- Identificar las variables más asociadas al bienestar docente.
- Comparar ambos conjuntos de variables.
- Reconocer dimensiones comunes.
- Proponer un modelo integrado de bienestar escolar.
- Derivar implicancias para la gestión escolar en ámbitos de bienestar y convivencia, modelos pedagógicos y ecosistema relacional.

### Marco teórico

#### *El bienestar escolar como constructo complejo y multidimensional.*

El bienestar escolar constituye un concepto multidimensional y situado, que no puede reducirse a la satisfacción individual de estudiantes o docentes, ni a la mera ausencia de malestar, conflicto o sintomatología. En el contexto educativo, el bienestar refiere a una condición subjetiva y relacional que emerge de la interacción entre experiencias personales, vínculos cotidianos, prácticas pedagógicas, clima institucional, sentido de pertenencia, inclusión y condiciones organizacionales. Desde esta perspectiva, una escuela saludable no es únicamente aquella que presenta bajos niveles de conflicto, sino aquella que dispone de vínculos, normas, prácticas y estructuras capaces de producir cuidado, reconocimiento, justicia y oportunidades de desarrollo.

Esta comprensión se articula con la literatura sobre clima escolar, que ha mostrado que las escuelas constituyen contextos socioemocionales complejos

donde la seguridad, las relaciones, la enseñanza-aprendizaje, el entorno institucional y los procesos de mejora interactúan de manera sistémica. En esta línea, el bienestar escolar puede comprenderse como una arquitectura relacional: un entramado de condiciones que permite que estudiantes y docentes se sientan reconocidos, seguros, capaces de participar, apoyados por otros y vinculados a un propósito común. Esta arquitectura no reside exclusivamente en los individuos, sino en la calidad de las interacciones que conectan a estudiantes, docentes, equipos directivos, familias y normas institucionales. Por ello, el análisis de variables críticas del bienestar debe considerar simultáneamente factores personales, relacionales, pedagógicos e institucionales.

### ***El bienestar escolar como problema educativo y de salud mental.***

El bienestar escolar ha tomado una gran preponderancia como indicador de calidad educativa. Históricamente, la calidad educativa se centró en indicadores cuantitativos relacionados con el aprendizaje: rendimiento académico, asistencia, cobertura, resultados colectivos. Sin embargo, desde inicios del siglo XXI se fue imponiendo la comprensión de que la experiencia escolar no se compone sólo por aprendizajes cognitivos sino también de aprendizaje socioemocional y ético, y es el escenario donde ocurren una serie de experiencias que resultarán determinantes el desarrollo emocional, social, moral y relacional de niños, niñas. La escuela es el espacio en el que se juega el desarrollo y realización de las potencialidades de los estudiantes. Es el lugar para dar y recibir reconocimiento, lograr pertenecer, aprender a regular las emociones, construir la identidad y tener participación en la comunidad. Por lo

anterior, el bienestar escolar constituye un campo de intersección entre educación, salud mental, convivencia democrática y desarrollo humano. En Chile, la prueba SIMCE incorporó indicadores de Desarrollo personal y social, a saber, autoestima y motivación académica, clima de Convivencia, participación y formación ciudadana, y hábitos saludables y de autocuidado. Estos indicadores fueron considerados como “otros indicadores de calidad”, con lo cual, si bien fue incluida la dimensión socioemocional, no han logrado aún ocupar un lugar central en el proceso educativo, o al menos a la par que los indicadores de rendimiento. La gestión de estos indicadores es responsabilidad de la escuela, son incorporados en los planes de mejoramiento educativo y son medidos de manera sistemática.

La preocupación por el bienestar de los estudiantes se ha desarrollado como respuesta a fenómenos de ansiedad, depresión, ausentismo, violencia escolar, aislamiento, desmotivación y deserción escolar. Del mismo modo, el foco también se ha puesto en el bienestar docente, con énfasis en el estrés y sobrecarga laboral, desgaste emocional, pérdida de sentido de su labor profesional y la exposición a condiciones de inseguridad en cuanto a su integridad física o psicológica, en contextos pedagógicos cada vez más complejos, con numerosos estudiantes con necesidades educativas especiales. Por lo tanto, abordar el tema del bienestar escolar requiere ir más allá que una mirada centrada sólo en el individuo. Si bien el bienestar se expresa como una experiencia subjetiva de satisfacción con la vida, las condiciones que la hacen posible se construyen y desarrollan en contextos relacionales e institucionales. Más que responder al “cómo

se sienten”, estudiantes o docentes, se busca explicar esos sentimientos y sus causas, es decir, qué tipo de dinámicas relacionales y pedagógicas ofrece la comunidad educativa sus integrantes.

### **Modelos generales de bienestar.**

El concepto de bienestar ha sido abordado desde distintos enfoques teóricos. Una distinción clásica diferencia el bienestar hedónico del bienestar eudamónico. El primero se relaciona con la satisfacción vital, la evaluación favorable de la propia vida y el balance afectivo; el segundo se vincula con el sentido, el desarrollo personal, la autonomía, los propósitos significativos y la realización de las capacidades personales (Huppert & So, 2013; Ryan & Deci, 2017).

En el ámbito escolar, ambas formas de bienestar resultan significativas. El estudiante puede experimentar bienestar fruto de sentirse satisfecho con su vida escolar, por disfrutar asistir a clases, tener amigos, llevarse bien con los docentes, etc. También puede tener la vivencia de bienestar por sentir que aprende, desarrolla aptitudes y capacidades, aporta a su comunidad, se compromete con fines altruistas, aportando al grupo, etc. Para los docentes, por su parte, el bienestar no dependerá solamente de la satisfacción inmediata de necesidades más concretas en términos laborales (remuneración, espacios físicos, carga de trabajo equilibrada), sino que también del sentido de realización profesional, el sentido de autoeficacia, el compromiso con valores y la experiencia de realizar un aporte significativo a los demás (alumnos, comunidad escolar).

A estos enfoques se debe agregar una

mirada relacional del bienestar. Desde esta perspectiva, el bienestar es una experiencia que emerge de contextos vinculares, de las características del clima relacional, de los niveles de respeto, seguridad, oportunidades de participación, de la estructuración y organización del ambiente de aprendizaje, etc. Las personas florecen en contextos donde son reconocidas, cuidadas, respetadas y donde pueden participar significativamente. En una escuela, esto implica que el bienestar de cada actor depende en parte de la calidad de las relaciones que sostiene con otros: estudiantes con pares y adultos, docentes con estudiantes y colegas, equipos directivos con la comunidad escolar. Esta perspectiva permite comprender por qué el bienestar escolar debe ser analizado como un fenómeno complejo. No se trata sólo de medir niveles individuales de satisfacción, sino de identificar las condiciones educativas, sociales y relacionales que favorecen o debilitan la experiencia de bienestar.

### **La escuela como ecosistema de desarrollo.**

Otra aproximación a la comprensión del concepto de bienestar surge de los paradigmas ecológicos del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987). En estos enfoques, el desarrollo de las personas ocurre en sistemas interdependientes: familia, escuela, grupo de pares, comunidad de pertenencia, instituciones y entornos de pertenencia. En este contexto, la escuela representa uno de los más relevantes microsistemas para niños, niñas y adolescentes, tanto por la cantidad de tiempo que permanecen en ella, como por la intensidad de las experiencias emocionales y relacionales que ocurren en este espacio.

Ver a la escuela como un sistema ecológico supone asumir que el bienestar se produce en múltiples niveles: características personales, relaciones interpersonales, dinámicas de curso, estilos pedagógicos y de liderazgo docente, características organizacionales del establecimiento, etc. Aunque un estudiante se sienta bien consigo mismo, puede ver afectado su bienestar si le toca un curso conflictivo, conformado por miembros prejuiciosos, hostiles o desconfiados, que lo excluyen, lo rechazan. Asimismo, los docentes pueden tener una profunda vocación y ser poseedores de múltiples recursos personales para ejercer su labor, pero enfrentados a un entorno invalidante, competitivo o desconfiado, ven deteriorado su bienestar afectando su motivación, seguridad y bienestar. Con la perspectiva ecológica se evitan explicaciones simplistas. El malestar no debe atribuirse exclusivamente a factores individuales. La promoción del bienestar debe también intervenir en aquello que se construye diariamente, entre todos, con estilos, prácticas, actitudes y culturas institucionales. El bienestar será entonces una condición relacional emergente, que aparece al confluir de manera positiva factores de múltiples niveles, que interactúan entre sí.

### **Clima escolar y calidad de la vida educativa.**

El clima escolar se refiere a un conjunto de factores y dimensiones que regulan la vida escolar, incluyendo normas, relaciones, prácticas pedagógicas, experiencias de seguridad, participación, justicia relacional, apoyo institucional, respeto y sentido de comunidad. Es más que un buen ambiente, tiene que ver con la manera en que los miembros de una comunidad

experimentan su entorno. Los estudios sobre clima escolar han demostrado que las escuelas con relaciones positivas, normas bien definidas, apoyo de los adultos, participación estudiantil y una percepción de justicia relacional favorecen mejores resultados académicos, desempeño conductual y socioemocional. El clima funciona como un contexto en el que ocurre el desarrollo. Puede darse como un entorno protector, motivador y regulador, o bien, constituirse como un espacio de desconfianza, amenaza o desconexión. El clima escolar es un espacio intermedio entre la estructura organizacional y la experiencia individual y subjetiva. Las políticas, normas y culturas institucionales determinan cómo se relacionan las personas. Las actitudes y prácticas relacionales configuran un clima, y ese clima determina cómo los estudiantes y docentes perciben la satisfacción de sus necesidades de seguridad, participación y pertenencia.

Según Cohen et al. (2009), el clima escolar constituye una dimensión central para comprender la calidad de la vida educativa y se organiza en torno a componentes interrelacionados que configuran la experiencia cotidiana de estudiantes, docentes y comunidad escolar. Entre estos componentes se encuentra la seguridad, entendida tanto en su dimensión física como socioemocional; las relaciones, que incluyen el respeto por la diversidad, el sentido de conexión con la escuela y la colaboración entre los miembros de la comunidad; la enseñanza y el aprendizaje, referidos a la calidad de la instrucción, las oportunidades de participación y el desarrollo socioemocional; y el ambiente institucional, que comprende las condiciones estructurales, organizacionales y normativas que sostienen

la vida escolar. Desde esta perspectiva, la confianza aparece como un componente transversal del clima escolar, en la medida en que permite que las personas se sientan protegidas, reconocidas, respetadas y disponibles para participar en los procesos de enseñanza, aprendizaje y convivencia.

### **Necesidades psicológicas básicas: pertenencia, autonomía y competencia.**

La teoría de la autodeterminación plantea el bienestar y la motivación como fenómenos que dependen de la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: pertenencia, autonomía y competencia (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017). En la escuela, estas necesidades están permanentemente en juego. La pertenencia al grupo de pares, la experiencia de sentirse aceptado, sentirse parte, de poder expresarse, participar, actuar de manera autogestionada y alcanzar logros son fundamentales para un sentido de bienestar. Estas condiciones se relacionan con la motivación escolar, el compromiso y el desarrollo positivo de los estudiantes (Deci & Ryan, 2000; Fredricks et al., 2004; OECD, 2019). Por lo tanto, el bienestar no se relaciona tanto con sentirse “conforme” en la escuela, sino experimentar el entorno escolar como un espacio de satisfacción de sus necesidades socioemocionales. Una escuela en el que el estudiante es humillado por sus pares, burlado cuando comete errores, que no escucha sus opiniones, donde experimenta soledad o marginación, afectará directamente el desarrollo emocional, cognitivo y social, al impedir la satisfacción de estas necesidades psicosociales básicas, generando desmotivación y alejamiento afectivo. En cambio, una escuela que ofrece vínculos, participación y oportunidades

de logro favorece el desarrollo integral, la autoeficacia y la disposición a aprender (Bandura, 1997; Dweck, 2006; Hattie & Timperley, 2007). La misma lógica puede aplicarse al bienestar docente. Los profesores también necesitan pertenecer a una comunidad profesional, ejercer autonomía pedagógica razonable y sentirse competentes en su trabajo. Cuando estos elementos se deterioran, aumenta el riesgo de desgaste, frustración y pérdida de sentido profesional (Collie et al., 2012; Day & Gu, 2010).

### **Confianza relacional.**

La confianza constituye otro factor fundamental de la experiencia de bienestar escolar. En los entornos educativos, la confianza relacional es una base emocional al modo de un acuerdo social, que permite coordinar esfuerzos, asumir riesgos, pedir ayuda, dar crédito a la palabra de los demás, estar motivados por el bien común y mantener una actitud optimista (Bryk & Schneider, 2002). La confianza se ancla en una dinámica de interdependencia positiva, una comunión de metas, la experiencia de empatía en la que las metas de los demás importan tanto como las propias.

Bryk y Schneider (2002) plantean que la confianza en las escuelas se construye sobre cuatro dimensiones: respeto, competencia, consideración personal e integridad. Estas dimensiones son fundamentos de la dimensión relacional del bienestar. El respeto implica reconocer la dignidad del otro; la competencia, confiar en que cada actor cumple adecuadamente su rol; la consideración personal, percibir que los demás se preocupan por uno; y la integridad, observar coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.

Bajo esta mirada, la confianza relacional es una especie de riqueza intangible de las comunidades educativas, un “fondo de reserva” que permite enfrentar las vicisitudes de la vida escolar manteniendo un sentido de seguridad por sobre uno de alarma frente a las dificultades, un sentimiento optimista frente a los problemas y desafíos, tranquilidad en cuanto a contar con los demás, la sensación de que impera la justicia en las interacciones, etc. La confianza relacional es un “bien común” del que todos se enriquecen. Una escuela con alto capital de confianza puede enfrentar conflictos, implementar cambios, sostener innovaciones y reparar daños con mayor probabilidad de éxito. En cambio, una escuela con baja confianza tiende a interpretar los conflictos como amenazas, las evaluaciones como castigo y las diferencias como riesgos (Bryk & Schneider, 2002; Cohen et al., 2009).

La confianza relacional también conecta el bienestar de los estudiantes con el de los docentes. Los estudiantes necesitan confiar en adultos protectores y justos; los docentes necesitan confiar en sus estudiantes, colegas y directivos. Cuando esta confianza se debilita, la escuela se vuelve emocionalmente adversa; cuando se fortalece, la escuela se convierte en un espacio seguro para enseñar y aprender (Peña-Fredes et al., 2025; Jennings & Greenberg, 2009). Van Maele y Van Houtte (2015) se refieren a la confianza relacional en las escuelas como un recurso protector frente al desgaste docente, destacando el respaldo directivo (vertical) y la colaboración entre pares (horizontal) para reducir el estrés. La falta de confianza en la comunidad escolar genera frustración y detona el burnout ya que la labor de enseñanza es esencialmente interdependiente.

### ***Aprendizaje socioemocional, convivencia y desarrollo humano.***

El aprendizaje socioemocional (SEL) representa una dimensión del aprendizaje que resulta fundamental para promover el bienestar de forma planificada, como parte del currículo. Numerosas investigaciones han demostrado cómo las habilidades socioemocionales previenen problemas de convivencia, favorecen la participación, la autonomía, la empatía, la resolución constructiva de conflictos, la cooperación, etc. (Durlak et al., 2011; Zins et al., 2004). Entre otras, las habilidades socioemocionales incluyen conciencia emocional, autorregulación, empatía, habilidades de relación, toma responsable de decisiones y resolución de conflictos (CASEL, 2020).

El aprendizaje socioemocional permite a los estudiantes desempeñarse de manera competente con su propia realidad académica, emocional y social, al tiempo que ayuda a generar un entorno virtuoso social y emocionalmente hábil y funcional, que se transforma en una cultura relacional. El aprendizaje socioemocional transforma en actitudes y comportamientos enseñables que se pueden practicar en la escuela. Una de las responsabilidades fundamentales de la escuela es enseñar a convivir. (CASEL, 2020; Cohen et al., 2009; Jones & Doolittle, 2017). La adquisición de habilidades socioemocionales constituye un factor precursor de bienestar escolar. En este sentido, el aprendizaje socioemocional vincula salud mental y pedagogía. Permite que la escuela actúe preventivamente, generando condiciones de regulación, pertenencia e inclusión antes de que el malestar se instale como crisis. Esta perspectiva es coherente con la comprensión de la escuela como espacio de promoción del

desarrollo humano, donde la convivencia, el aprendizaje y la salud mental no deben abordarse como dimensiones separadas, sino como procesos interdependientes (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017; UNICEF, 2021).

### ***Organización relacional del aula: aprendizaje cooperativo e interdependencia positiva.***

El aprendizaje cooperativo es una metodología de gestión de aula y del aprendizaje fundamentada en el modelo de interdependencia social. Este modelo se relaciona con la manera de estructurar las metas en un grupo humano, si convergen hay cooperación, si son antagónicas, hay competitividad, y si son independientes y no conectadas, se favorece el individualismo. Por lo tanto, estructurar las metas y generar cooperación transforma la estructura de interacción entre estudiantes. La interdependencia positiva o cooperación requiere que se den simultáneamente cinco condiciones: apoyo mutuo, responsabilidad individual, actitudes relacionales facilitadoras, resolución constructiva de conflictos y reflexión grupal. Las investigaciones demuestran que el aprendizaje cooperativo tiene impacto positivo en el desarrollo cognitivo, la autoestima, la motivación, autonomía, autoeficacia y habilidades sociales (Johnson & Johnson, 2009; Roseth et al., 2008). Johnson y Johnson (2009), en una revisión de la teoría de la interdependencia social sobre estructuras cooperativas, competitivas e individualistas, mostraron que la cooperación se asocia con mejores logros académicos y relaciones entre pares más positivas. Este hallazgo es fundamental porque muestra que la organización pedagógica del aula no es neutral: puede favorecer competencia, aislamiento y comparación, o puede

promover apoyo, reconocimiento y pertenencia. Desde el punto de vista de salud mental escolar, el aprendizaje cooperativo resulta una herramienta fundamental para promover el desarrollo socioemocional, el bienestar y la convivencia positiva. Los estudiantes se vuelven protagonistas de su aprendizaje, genera vínculos de pertenencia, aprenden a valorar a los demás y a sí mismos, trabajar en equipo, resolver desacuerdos, ser creativos, aprenden a perdonarse y un conjunto de actitudes prosociales que facilitan entornos escolares que se caracterizan por la creación de confianza, relaciones sanas, ambientes seguros. Se puede concluir que la manera de estructurar los entornos educativos, las estrategias pedagógicas, la metodología de aprendizaje y la organización del aula, constituyen aspectos determinantes en el logro de experiencias de bienestar escolar y deben ser pensadas desde la lógica de un ecosistema relacional promotor de la convivencia sana (Jennings & Greenberg, 2009; Zins et al., 2004).

### **Bienestar docente.**

El concepto de interdependencia positiva también es válido para la vinculación de los docentes con sus estudiantes, con sus pares profesionales y directivos. Estudios han mostrado el papel fundamental que juega la relación del docente con sus estudiantes en la salud mental y sentimiento de bienestar y realización profesional. Del mismo modo, el estado emocional de los docentes influirá en su forma de vincularse, la motivación por su tarea, y el compromiso por el bienestar de los estudiantes (Jennings & Greenberg, 2009; Spilt et al., 2011). Estudiosos del tema del bienestar docente han establecido la importancia de las habilida-

des socioemocionales de los docentes como herramientas para establecer un clima emocional apropiado para el aprendizaje y compromiso escolar. Los docentes no sólo enseñan contenidos, sino que son mediadores del clima y generadores de confianza, en la medida que tienen la disposición y competencias para relacionarse positivamente con los estudiantes y ayudarles a gestionar sus necesidades psicosociales y emocionales (Collie et al., 2012). Spilt et al. (2011) señalan que estas relaciones no sólo afectan el desarrollo de los estudiantes, sino también la experiencia profesional y personal de los docentes. Enseñar implica una inversión emocional significativa; por ello, el respeto, la reciprocidad y la percepción de sentido en el vínculo pedagógico son componentes centrales del bienestar profesional (Hargreaves, 1998; Spilt et al., 2011).

El bienestar docente también involucra dimensiones personales y condiciones propias de la institución educativa. La sobrecarga de tareas, las demandas emocionales, la falta de apoyo entre colegas y las dificultades para responder a necesidades educativas diversas pueden afectar negativamente el bienestar profesional. Asimismo, influyen la autoeficacia, el clima laboral, el respaldo directivo, la relación con las familias y las competencias para el manejo de aula (Dreer, 2023; Zhou et al., 2024). La literatura reciente confirma una relación sistemática entre bienestar docente, bienestar estudiantil y aprendizaje, lo que refuerza la necesidad de estudiar estos fenómenos de manera integrada (Baelen et al., 2026).

### **Culturas institucionales y liderazgo ético.**

Las estructuras, políticas y culturas institucionales son factores fundamentales para sostener una comunidad escolar centrada en el cuidado, la confianza y promoción del desarrollo en todas sus dimensiones. Para que esto ocurra se necesita un liderazgo claro y determinado por parte de todos los actores involucrados en cargos en los que ejercen responsabilidad y autoridad sobre otros. La coherencia, justicia relacional, respeto, reconocimiento y valoración de las personas son modos de ser institucionales que permiten el desarrollo de confianza, seguridad, pertenencia y motivación. Desde el director hasta los docentes, un compromiso con los derechos humanos, con el respeto y cuidado de la integridad física y psicológica de las personas, el hacer valer las normas de convivencia, el cumplimiento de la responsabilidad profesional, la coherencia en las decisiones, y varios otros factores de la dinámica organizacional, determinarán el clima relacional y el bienestar de la organización (Bryk & Schneider, 2002; Day & Sammons, 2014; Hargreaves & Fullan, 2012). Una escuela puede declarar que cuida el bienestar, pero si sus decisiones cotidianas son arbitrarias, si expone públicamente a los docentes, si minimiza el malestar estudiantil o si responde a los conflictos sólo con sanción, su cultura institucional comunica lo contrario. En esta línea, la confianza relacional y la percepción de integridad institucional son condiciones fundamentales para la mejora escolar y para la construcción de comunidades educativas saludables (Bryk & Schneider, 2002; Cohen et al., 2009).

La experiencia de colaboración entre el equipo profesional (docentes, psicólogos, equipos técnicos, administrativos) influirá de manera significativa en la percepción de bienestar docente. El apoyo entre profesionales, el respeto mutuo, la generosidad para compartir lo que se sabe, la percepción de integridad y ética de los colegas generará un sentido de seguridad, valoración compartida e identificación institucional.

### **Síntesis: bases para un enfoque ecológico-relacional del bienestar escolar.**

En conclusión, el bienestar escolar debe ser entendido como responsabilidad institucional. Requiere que el equipo directivo, los docentes, los asistentes de la educación, las familias y los estudiantes participen en la construcción de una cultura de cuidado. El liderazgo institucional tiene, por tanto, la tarea de traducir valores en rutinas, principios en prácticas y datos en decisiones orientadas al bienestar común (Day & Sammons, 2014; Noddings, 2012).

Los antecedentes teóricos revisados nos llevan a comprender el bienestar escolar bajo una mirada sistémico-ecológica, en términos de una compleja interrelación de factores. El bienestar emerge como fruto de la interacción benéfica entre clima escolar positivo, prácticas pedagógicas promotoras, aprendizaje socioemocional, relación positiva entre pares, todo lo cual se articula y progresa en torno a la confianza, el cuidado mutuo, el respeto y la satisfacción de necesidades psicosociales (seguridad, pertenencia, autonomía), el bienestar docente y el liderazgo ético institucional integrando la dimensión individual, relacional y comunitaria (Bronfenbrenner, 1987; Deci & Ryan, 2000; Thapa et al., 2013).

Este marco teórico permite sostener que el bienestar escolar debe ser analizado en varios niveles: el estudiante y sus necesidades de pertenencia, autonomía y competencia; el curso como red de relaciones; el vínculo pedagógico como espacio de confianza y regulación; la comunidad profesional como soporte del trabajo docente y la institución como organizadora ética de la vida escolar. Esta aproximación permite articular el bienestar estudiantil y docente dentro de un mismo sistema relacional, evitando tratarlos como fenómenos separados o exclusivamente individuales (Baelen et al., 2026; Jennings & Greenberg, 2009; Spilt et al., 2011, Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017; UNICEF, 2021).

## METODOLOGÍA

### **Diseño**

El estudio adoptó un diseño cuantitativo descriptivo e inferencial, orientado a establecer asociaciones significativas entre variables del bienestar subjetivo y factores relacionales en muestras diferenciadas de estudiantes y docentes. Dada la amplitud de variables y el objetivo de examinar exhaustivamente las interacciones con sustento teórico y lógico —desde las de menor magnitud hasta las de mayor alcance— se aplicó una metodología estadística robusta e integral.

### **Muestra**

Se utilizaron datos secundarios provenientes del SIMCE 2023, correspondientes a los **cuestionarios de alumnos y profesores** aplicados en instituciones públicas, particulares subvencionadas y particulares.

- **Estudiantes:** 12.705 casos válidos (nivel: segundo medio).
- **Docentes:** 11.200 casos válidos (niveles: enseñanza básica y media).

La muestra se ponderó por género y dependencia administrativa, asegurando representatividad.

### Diseño muestral y emparejamiento de información.

El levantamiento de datos se implementó mediante un proceso riguroso de selección jerárquica aleatoria, con un esquema que garantizó representatividad por género (femenino y masculino) y por establecimiento. La información del estudiante se enlazó (matching) con la de los docentes del curso correspondiente, asegurando coherencia y trazabilidad entre las distintas fuentes.

### Variables

**Variable dependiente para estudiantes:** bienestar subjetivo estudiantil. Se construyó un índice compuesto a partir del promedio de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (1985), en su adaptación para adolescentes chilenos de Álvarez et al. (2018), y de la escala de identificación con el establecimiento incluida en los Cuestionarios de Calidad y Contexto de la Educación SIMCE 2023. Primero se calculó el promedio de los ítems de cada escala y, posteriormente, se promediaron ambos factores.

#### *Escala de satisfacción con la vida.*

- Me siento satisfecho(a) con la mayoría de los aspectos de mi vida.
- Considero que mi vida es excelente.
- En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea.

- Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.
- Hasta ahora he conseguido las cosas que me importan en la vida.

#### *Escala de identificación con el establecimiento.*

- Me gusta venir a este colegio.
- Hablo bien acerca de mi colegio con otras personas.
- Me gusta la forma en que se tratan las y los estudiantes.
- Me gusta la forma en que me enseñan en clases.

La formulación de este índice compuesto se basa en una conceptualización multidimensional del bienestar. Se consideró que la satisfacción con la vida representa una dimensión global del bienestar subjetivo, mientras que la identificación con el establecimiento recoge una dimensión específicamente vinculada a la experiencia escolar. Ambas fueron integradas como dimensiones complementarias con el propósito de aproximarse al bienestar subjetivo del estudiante dentro del contexto educativo. El mismo criterio se aplicó para el índice compuesto de bienestar docente: comparte con el índice de los estudiantes la escala general de satisfacción laboral, pero agrega una escala de satisfacción laboral para dar cuenta de la experiencia personal y laboral en el establecimiento.

**Variable dependiente para docentes:** bienestar docente. Se construyó un índice compuesto a partir de cuatro ítems de satisfacción con la vida incluidos en el Cuestionario SIMCE 2023, basados en la Satisfaction With Life Scale de Diener et al. (1985) y considerando la evidencia de validación para Chile de Bagherzadeh et al. (2018), junto con la

escala de satisfacción laboral del mismo cuestionario.

*Escala de satisfacción con la vida.*

- Me siento satisfecho(a) con la mayoría de los aspectos de mi vida.
- En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea.
- Considero que mi vida es excelente.
- Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.
- Hasta ahora he conseguido las cosas que me importan en la vida.

*Escala de satisfacción laboral*

- Siento orgullo de mi trabajo.
- Mi trabajo tiene mucho sentido y utilidad.
- Hago mi trabajo con entusiasmo.
- Me siento feliz con mi trabajo como docente.
- Siento satisfacción de ser docente en este colegio.
- Si pudiera decidir, elegiría de nuevo este trabajo.
- Voy a seguir haciendo clases todo el tiempo que pueda.

**Variables independientes para estudiantes**

**Tabla 1.** Clasificación temática de las variables independientes para estudiantes

| Nº | Gran tema                               | Variables incluidas                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Vinculación y bienestar escolar         | Identificación con el establecimiento; satisfacción con la escuela; valoración de la educación escolar.                                                                                                                  |
| 2  | Convivencia y calidad de las relaciones | Cohesión social entre estudiantes; apoyo y buen trato docente; promoción de mecanismos constructivos de resolución de conflictos.                                                                                        |
| 3  | Seguridad y organización escolar        | Ambiente protegido; testimonios de violencia personal; mecanismos de prevención y acción ante la violencia; aplicación de normas disciplinarias; ambiente organizado para el aprendizaje.                                |
| 4  | Participación y ciudadanía escolar      | Participación del o la estudiante; expresión de opiniones; promoción de la participación; representación democrática; promoción de la deliberación democrática.                                                          |
| 5  | Motivación y desarrollo académico       | Autovaloración académica; interés y disposición al aprendizaje; perseverancia; mentalidad de crecimiento; expectativas académicas; promoción de la motivación del aprendizaje; promoción de la autovaloración académica. |
| 6  | Vida saludable y autocuidado            | Actitud de autocuidado; promoción de conductas de autocuidado; actitud frente a la actividad física; promoción de la vida activa; actitud frente a la alimentación; promoción de hábitos alimenticios.                   |
| 7  | Tecnología y entorno digital            | Uso de dispositivos en el establecimiento.                                                                                                                                                                               |

## Variables independientes para docentes.

**Tabla 2.** Clasificación temática de las variables independientes para docentes.

| Nº | Gran tema                                            | Variables incluidas                                                                                                                           |
|----|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Bienestar y experiencia laboral docente              | Bienestar subjetivo; satisfacción laboral.                                                                                                    |
| 2  | Confianza, colaboración y relaciones profesionales   | Confianza relacional entre docentes; confianza relacional con el director; confianza relacional con los estudiantes; trabajo colaborativo.    |
| 3  | Convivencia y cohesión de la comunidad escolar       | Gestión de la convivencia; cohesión social entre estudiantes; participación de la comunidad escolar.                                          |
| 4  | Seguridad y prevención de la violencia escolar       | Ambiente protegido; experiencia de victimización y miedo; gestión institucional de la violencia escolar.                                      |
| 5  | Gestión socioemocional e inclusión educativa         | Gestión socioemocional; compromiso institucional con la diversidad.                                                                           |
| 6  | Organización y condiciones para el aprendizaje       | Ambiente organizado para el aprendizaje; gestión de recursos tecnológicos.                                                                    |
| 7  | Apoyo al aprendizaje y a las trayectorias educativas | Gestión del aprendizaje para estudiantes rezagados; actitudes y creencias respecto de la repitencia escolar; gestión de la deserción escolar. |

### Procedimiento analítico

El análisis estadístico consistió en evaluaciones inferenciales bivariadas para cada par de variables, donde las variables independientes correspondían al conjunto de ítems o factores seleccionados, mientras que la variable dependiente era el bienestar subjetivo para estudiantes y satisfacción institucional o laboral para docentes: estas evaluaciones bivariadas se realizaron en muestras diferenciadas de estudiantes y, posteriormente, de docentes.

Para cada asociación se calcularon correlaciones de Pearson ( $r$ ), coeficientes de determinación ( $r^2$ ) y valores de significancia estadística ( $p$ ). Mientras  $r$  permitió estimar la dirección y magnitud de la asociación,  $r^2$  fue utilizado como criterio de ordenamiento para identificar las variables con mayor capacidad explicativa relativa dentro del conjunto de indicadores analizados.

Con base en este procedimiento, se elaboró un ranking de variables críticas del bienestar escolar, priorizando aquellas asociaciones estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) y con mayor magnitud de efecto. La interpretación de los resultados combinó criterios estadísticos y comprensivos, de modo que las variables no fueron consideradas únicamente por su fuerza de asociación, sino también por su relevancia teórica, institucional y práctica para la promoción del bienestar. Así, el análisis permitió identificar dimensiones estructurales del bienestar escolar y proponer orientaciones de priorización para la intervención educativa.

## RESULTADOS

### Bienestar estudiantil

#### *Descripción general*

El bienestar escolar en estudiantes de segundo año medio alcanzó niveles

satisfactorios sólo en un 60,6%, con una tendencia positiva en los ítems de identificación institucional, pero con diferencias significativas por tipo de

establecimiento ( $p < .05$ ), observándose mayores índices en colegios particulares subvencionados.

## Correlaciones entre variables.

**Tabla 3.** Variables con mayor correlación con el bienestar subjetivo.

| Ítem | Descripción de la variable                                          | r   | r <sup>2</sup> | p     |
|------|---------------------------------------------------------------------|-----|----------------|-------|
| 1    | Me siento parte de este colegio                                     | .62 | .39            | <.001 |
| 2    | En mi colegio me siento seguro o segura                             | .58 | .33            | <.001 |
| 3    | En mi colegio me ayudan a encontrar diferentes formas de expresarme | .53 | .28            | <.001 |
| 4    | En este colegio puedo equivocarme sin ser juzgado(a)                | .53 | .28            | <.001 |
| 5    | En mi colegio me dan herramientas para manejar los conflictos       | .50 | .25            | <.001 |
| 6    | En mi colegio hay personas adultas en las que puedo confiar         | .48 | .23            | <.001 |
| 7    | Para mí es importante venir todos los días a clases                 | .48 | .23            | <.001 |
| 8    | En mi colegio facilitan espacios de participación                   | .48 | .23            | <.001 |
| 9    | En este colegio no se discrimina a nadie                            | .47 | .22            | <.001 |
| 10   | En mi colegio puedo hacer amigos o amigas                           | .47 | .22            | <.001 |

## Interpretación de patrones

Las correlaciones indican que las variables relacionales presentan asociaciones que representan entre un 22% y un 39% de varianza compartida con bienestar subjetivo. Las de mayor peso son las que refieren a pertenencia institucional, seguridad emocional, expresión libre y confianza. La variable “Me siento parte de este colegio” fue la que presentó la mayor asociación con el índice de bienestar subjetivo ( $r = .62$ ,  $p < .001$ ) lo que sugiere una estrecha relación entre la pertenencia escolar y el bienestar subjetivo. Por su parte, la percepción de seguridad (“En mi colegio me siento seguro o segura”) mostró una fuerte correlación con el bienestar ( $r = .58$ ,  $p < .001$ ), lo que sugiere que la confianza y la seguridad emocional y psicológica se asocian estrechamente con el bienestar. El tercer indicador con mayor asociación con bienestar subjetivo en el contexto escolar se relaciona con la comunicación (“En mi

colegio me ayudan a encontrar diferentes formas de expresarme”,  $r = .53$ ,  $p < .001$ ), reflejando la importancia de los espacios expresivos de confianza en la experiencia de validación, libertad emocional, y un sentido autoafirmativo al sentir que “se tiene una voz” y esta voz es escuchada. En cuanto a la variable seguridad, que aparece fuertemente asociada a bienestar, resulta interesante informar la alta correlación que existe entre el bienestar subjetivo y el apoyo y contención de los docentes a los alumnos cuando experimentan situaciones emocionales, así como su disposición a involucrarse y mediar en la resolución de conflictos entre pares, siendo elementos facilitadores de un sentido de seguridad en el contexto escolar.

En el análisis de estos resultados es importante considerar que la dimensión pertenencia presenta proximidad conceptual con componentes incluidos en el índice de bienestar subjetivo. En particular, el ítem ‘Me siento parte de este

colegio' se relaciona conceptualmente con la dimensión de identificación con el establecimiento incorporada en el índice dependiente. Por ello, la magnitud de esta asociación podría estar parcialmente influida por dicha superposición conceptual y debe interpretarse con cautela.

## Bienestar en docentes

### Descripción general

El bienestar subjetivo docente se analizó mediante un índice compuesto por satisfacción vital y satisfacción laboral.

**Tabla 4.** Variables con mayor correlación con el bienestar subjetivo docente.

| Ítem                                                                              | r   | r <sup>2</sup> | p     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|-------|
| Estudiantes que muestran respeto hacia otras personas                             | .75 | .56            | <.001 |
| Estudiantes que demuestran ser confiables                                         | .74 | .54            | <.001 |
| Creo en lo que los y las estudiantes me dicen                                     | .73 | .53            | <.001 |
| Pienso que los y las estudiantes tienen las competencias necesarias para aprender | .72 | .51            | <.001 |
| Estudiantes que comparten con todos(as), sin discriminación                       | .72 | .51            | <.001 |
| Promover la inclusión en el colegio                                               | .71 | .51            | <.001 |
| Los docentes hacen bien su trabajo                                                | .71 | .51            | <.001 |
| Pienso que mis colegas son personas íntegras                                      | .71 | .51            | <.001 |
| Estudiantes que se ayudan entre sí cuando tienen un problema                      | .71 | .50            | <.001 |
| Puedo confiar en los y las estudiantes                                            | .70 | .49            | <.001 |

### Interpretación general de los resultados.

Los datos muestran una significativa relación entre bienestar de los docentes y factores relacionales fundamentales tales como el respeto y la confianza. Asimismo, aparecen como significativas o fuertemente relacionadas, actitudes o dimensiones éticas o valóricas, tales como la aceptación mutua, la inclusión, la integridad, la cooperación, que figuran como variables mediadoras del bienestar subjetivo, tanto en su relación con los estudiantes, como en la relación con sus pares docentes. Con una alta fuerza de asociación, el bienestar docente presenta entre un 50% y un 56% de varianza compartida con variables relacionales, especialmente la

confianza moral en los estudiantes y la integridad profesional entre colegas.

Destacan tres hallazgos:

1. La calidad del vínculo con los estudiantes (respeto, confianza y percepción de competencia) presenta una asociación equivalente a más del 50% de varianza compartida con bienestar docente.
2. La percepción de integridad entre colegas y la colaboración profesional se ubican en el mismo rango de relevancia.
3. La inclusión y la cohesión social entre estudiantes tienen un vínculo relevante sobre el bienestar de los profesores.

### Comparación entre estudiantes y docentes.

La comparación entre ambas muestras revela convergencias significativas: la confianza y la pertenencia aparecen como variables estrechamente asociadas al bienestar en ambos grupos. Los estudiantes necesitan tener satisfecha su necesidad de pertenencia, ser incluidos, sentirse seguros, ser escuchados, tener adultos en quienes confiar. Por su parte, los docentes, requieren desenvolver su tarea en un entorno confiable y respetuoso, caracterizado por relaciones inclusivas y cooperativas, actitudes de solidaridad, compromiso e integridad. Ambos planos se retroalimentan: una escuela más segura para los estudiantes suele ser también una escuela emocionalmente más sostenible para los docentes. En ambos grupos, el bienestar se asocia a la confianza y la pertenencia. Los estudiantes priorizan la seguridad emocional y la expresión libre; los docentes, el respeto y la confiabilidad. Ambos modelos son consistentes con la interpretación de que el bienestar escolar se asocia principalmente con el clima relacional compartido, más que de factores estructurales o administrativos.

### DISCUSIÓN

Los resultados son consistentes con una comprensión ecológico-relacional del bienestar escolar. En conjunto, muestran que la experiencia de bienestar de estudiantes y docentes se vincula con un entramado de condiciones relacionales que incluye pertenencia, seguridad, inclusión, autonomía, cooperación, respeto y confianza.

En los estudiantes, el bienestar presenta asociaciones especialmente rele-

vantes con el sentido de pertenencia, la seguridad emocional, la posibilidad de expresarse y la existencia de adultos confiables. En los docentes, las asociaciones más altas se concentran en el respeto, la confiabilidad y la percepción de competencia de los estudiantes, así como en la integridad profesional de los colegas y la cohesión social dentro de la comunidad escolar.

Estos hallazgos sugieren que el bienestar de estudiantes y docentes no constituye un fenómeno exclusivamente individual, sino una experiencia relacionada con la calidad de los vínculos y del clima social de la escuela. El buen trato entre estudiantes, la cooperación, la confianza y la integridad profesional aparecen como dimensiones relevantes para comprender tanto el bienestar estudiantil como el docente.

En términos más específicos, los principales hallazgos pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- a. La pertenencia es el factor que presenta la asociación más alta con bienestar subjetivo en la escuela. Sentirse parte del colegio, sentirse importante para los compañeros, sentir que puede hacer amigos en el colegio, entre otras vivencias sociales positivas, representan un factor crítico del bienestar subjetivo, al satisfacer una necesidad socioemocional profunda del estudiante en términos de ser visto, reconocido, necesario y validado. Desde el punto de vista de la intervención, esto sugiere la conveniencia de desarrollar prácticas explícitas de acogida, identidad de curso, ritos de integración, tutorías afectivas y participación significativa.
- b. La confianza es un factor intersubjetivo que sostiene y organiza el

sistema relacional comunitario de manera implícita e invisible. Para docentes y estudiantes, la confianza representa un sustrato relacional que facilita la participación involucrada, cuidadosa, respetuosa, que aporta seguridad, favorece la cooperación, la inclusión, la apertura. El creer en el otro surge de actitudes muy concretas tales como el buen trato, el respeto, la honestidad, la integridad, el compromiso, la apertura, la disposición a incluir a los demás.

- c. La cooperación, el respeto y la inclusión entre estudiantes están fuertemente asociados al bienestar del profesorado. Este hallazgo es relevante porque desplaza la mirada desde el bienestar docente como autocuidado individual hacia el bienestar docente como resultado del clima social de aula. Un curso cohesionado, inclusivo y solidario disminuye la carga emocional del manejo conductual, refuerza el sentido pedagógico del trabajo y aumenta la satisfacción moral del docente.
- d. La percepción de que los colegas son íntegros y hacen bien su trabajo apa-

rece entre las variables críticas del bienestar docente. Esto sugiere que el malestar no proviene solamente de condiciones laborales concretas, tales como la sobrecarga de trabajo, sino también de incoherencias éticas percibidas con respecto a los pares: integridad, disposición a la inclusión, compromiso y responsabilidad profesional como parte de la cultura laboral escolar.

### Implicancias de los resultados.

#### *Implicancias para la intervención escolar.*

Estos hallazgos permiten orientar a los establecimientos en su enfoque de abordaje de problemáticas asociadas al bienestar subjetivo, de manera de pasar desde una lógica reactiva, centrada en atender casos cuando el malestar ya está instalado, hacia una lógica preventiva y ecológica. A continuación, se presenta una tabla con prácticas posibles para generar una aproximación preventiva con respecto al bienestar escolar, basada en los hallazgos del presente estudio.

**Tabla 5.** Propuesta de prácticas escolares preventivas.

| Componente                      | Definición                                                                                                  | Prácticas asociadas                                                                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Pertenencia                  | Cada estudiante debe sentir que tiene un lugar significativo dentro de la comunidad escolar.                | Identidad de curso, rituales de acogida, tutorías, participación significativa, reconocimiento de trayectorias y vínculos positivos con adultos.              |
| 2. Seguridad emocional          | La escuela debe ser un espacio predecible, protector y psicológicamente seguro.                             | Adultos visibles, respuesta consistente ante conflictos, normas claras, cultura del error positivo y prácticas restaurativas.                                 |
| 3. Voz y expresión              | El bienestar tiende a ser mayor cuando los estudiantes pueden expresar lo que sienten, piensan y necesitan. | Foros estudiantiles, asambleas de curso, actividades artísticas, encuestas de percepción, proyectos con incidencia real en la vida escolar.                   |
| 4. Cohesión y amistad           | La salud mental escolar se sostiene en vínculos significativos entre pares.                                 | Sociogramas, aprendizaje cooperativo, tutorías entre pares, estrategias de integración, prevención del aislamiento y fortalecimiento de redes de amistad.     |
| 5. Confianza docente-estudiante | Docentes y estudiantes necesitan creer unos en otros para que el aprendizaje y el bienestar sean posibles.  | Relaciones respetuosas, expectativas positivas, retroalimentación formativa, conversaciones restaurativas y acompañamiento personalizado.                     |
| 6. Integridad profesional       | La comunidad docente requiere coherencia ética, colaboración y apoyo entre pares.                           | Comunidades profesionales de aprendizaje, liderazgo transparente, acuerdos de convivencia adulta, cuidado entre colegas y criterios compartidos de actuación. |

**Implicancias para la política educativa.**

El estudio permite deducir algunas prioridades de intervención a nivel de política educativa para favorecer el bienestar subjetivo de estudiantes y docentes. Dentro de esas prioridades se encuentra:

1. Integrar el bienestar como dimensión de calidad educativa. Los sistemas de evaluación deben considerar indicadores de salud mental y bienestar subjetivo junto a los resultados académicos. Si bien, indicadores de desarrollo personal y social evaluados en el sistema de medición de la calidad de la educación (SIMCE) incluyen una prueba

de bienestar subjetivo, esta variable no está incluida como un indicador de calidad de la educación (Actualmente los indicadores de desarrollo personal y social del SIMCE son cuatro: Autoestima y motivación académica, clima de convivencia, hábitos de vida saludable y participación y formación ciudadana).

2. Diseñar programas de formación docente de pregrado y posgrado que aporten herramientas para contribuir al bienestar escolar, centrados en el desarrollo de competencias socioemocionales personales, gestión del bienestar y autocuidado personal, gestión de relaciones cooperativas, gestión de necesidades socioemocionales de sus estudian-

- tes y convivencia ética.
3. Fortalecer el liderazgo ético en los establecimientos en términos de integridad, compromiso, inclusión, disposición a escuchar, respeto, justicia, etc. Los directivos cumplen un rol clave en la generación de confianza y bienestar colectivo.
  4. Evaluar y monitorear el clima relacional. Resulta fundamental aplicar instrumentos psicométricos o sociométricos, que puedan detectar tensiones, malestar individual o colectivo y orientar intervenciones tempranas.
  5. Pensar y diseñar el entorno escolar como un espacio protector de salud mental. Desde una visión preventiva, la escuela debe ser un lugar donde la enseñanza y el cuidado se integren. El bienestar socioemocional debe ser una preocupación central de la comunidad escolar, expresado tanto en el discurso como en las prácticas cotidianas.
  6. Promover el aprendizaje cooperativo e interdependencia positiva como modelo promotor del desarrollo humano y comunitario.

## CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió identificar los factores presentan las asociaciones más altas con la experiencia de bienestar subjetivo en el contexto escolar en docentes y estudiantes. Estos factores se asocian a necesidades psicosociales fundamentales, tales como la confianza, la pertenencia, la seguridad, la libre expresión, la justicia, el respeto, la inclusión, entre otras. Se trata de experiencias fundamentales que son transversales para los seres humanos, por lo cual responden a las profundas necesidades, tanto de los estudiantes como de los docentes. Relaciones ba-

sadas en la verdad y la honestidad, en el respeto, en la confianza, en el buen trato, la libertad de expresión en la legitimación del otro y la participación y la inclusión son el fundamento de una comunidad escolar que promueve el bienestar individual y colectivo.

Estos hallazgos podrían ser considerados de sentido común, sin embargo, enfoques educativos centrados en el rendimiento, en la competitividad o el logro individual los van desplazando como eje central y organizador de la construcción de una comunidad educativa, al priorizar el éxito académico por sobre el desarrollo del aprendizaje relacional y el clima de convivencia. El estudio muestra a las necesidades psicosociales como fundamentos del bienestar. En cada subsistema escolar se dan de una manera particular, pero complementaria. En el subsistema estudiantes, el desafío fundamental es lograr pertenecer y sentirse parte. La inclusión, la posibilidad de unirse a grupos, tener amigos y sentirse conectado, resulta una experiencia fundamental para el desarrollo emocional, la autoestima y la identidad de los estudiantes. Asimismo, el sentido de seguridad, un ambiente que cuida, que protege y respeta, resulta ser otro factor esencial para esta experiencia de bienestar. Sin embargo, la pertenencia y la seguridad no resultan suficientes si no se da la posibilidad de ocupar un espacio, tener una voz, tener autonomía emocional y psicológica para ser quien se es, expresarse de manera auténtica y participar del diálogo colectivo.

En el subsistema docente encontramos como factores críticos la percepción de inclusión, confianza e integridad de los pares profesionales. Esto nos lleva a identificar una necesidad subyacen-

te de cumplir con la vocación docente en su sentido altruista, de favorecer el desarrollo de los estudiantes, con una actitud de compromiso e integridad: cuando eso no se percibe en la comunidad de pares, algo del bienestar personal se pierde, lo cual probablemente tiene que ver con motivaciones trascendentes, ideales y valores. Además, la inclusión y la colaboración entre pares constituyen aspectos esenciales para sostener el sentido de propósito asociado a la vocación docente.

En cuanto a la relación con los estudiantes, se aprecia claramente que los docentes necesitan contar con el respeto de los estudiantes, pero también con su honestidad, para desarrollar relaciones basadas en la confianza. A nivel institucional y a nivel de la comunidad escolar, estos factores también son preponderantes para generar una cultura escolar de cuidado, respeto de la dignidad de cada ser humano y promoción de vinculaciones sanas y cooperativas en donde la confianza relacional es una infraestructura invisible sostenedora de los vínculos.

Las necesidades psicosociales se satisfacen en el espacio colectivo, que debe tener ciertas condiciones de receptividad y brindar oportunidades de satisfacción de estas (sentido de pertenencia, logro, expresión personal, reconocimiento y valoración, entre otras). Estas condiciones de receptividad y oportunidad son el resultado de una cultura en la que nadie es “invisible”, en la que cada persona cuenta, recibe validación y es percibida como importante desde su diversidad. Según el Sistema de medición de la calidad educativa 2023, sólo el 60% de los estudiantes de segundo año de enseñanza media, refieren experimentar bienestar subjetivo de nivel

satisfactorio. Esta realidad debe hacer pensar a las comunidades escolares, apoderados, docentes, directivos y estudiantes, así como a los responsables de políticas públicas, sobre la responsabilidad compartida de construir un espacio escolar facilitador del bienestar, dado que es este uno de los espacios más relevantes para la expresión del desarrollo humano, y debe proveer las condiciones para que este se exprese en plenitud. Se trata de un ecosistema relacional que se construye en conjunto y cuya calidad de funcionamiento se asocia con la actitud y compromiso de cada integrante en la búsqueda del bienestar común. Estos estudios muestran el norte, dan la clave para generar condiciones favorables al bienestar, permiten el desarrollo de medidas y estrategias preventivas que contribuyen a generar una cultura escolar, basada en la confianza, el cuidado, el respeto y la inclusión de todos y todas.

Los resultados de este estudio proporcionan orientaciones concretas para el diseño de políticas y prácticas educativas basadas en evidencia científica. Promover la confianza, el cuidado, el respeto, la inclusión y la participación deja de ser únicamente una aspiración ética para transformarse en una estrategia preventiva respaldada empíricamente. Ello implica avanzar hacia formas de organización escolar capaces de fortalecer los vínculos humanos, identificar tempranamente factores de riesgo y construir comunidades más cooperativas, inclusivas y resilientes.

Desde esta perspectiva, resulta cada vez más imperativo desarrollar políticas y prácticas educativas que favorezcan modos de relación, formas de organización del aula y estilos de liderazgo promotores del desarrollo socioemo-

cional, la construcción de identidades saludables, la comunicación, la participación y la cooperación. Esta aproximación supone comprender la escuela desde una perspectiva sistémica y ecológico-relacional, sustentada en el principio de la interdependencia positiva, según el cual el bienestar individual depende en gran medida, de la calidad de las relaciones que sostienen el funcionamiento de la comunidad.

En este contexto, los resultados permiten proponer un Modelo Ecológico-Relacional del Bienestar Escolar, según el cual el bienestar constituye una propiedad emergente de las comunidades educativas, cuando estas satisfacen las necesidades psicosociales fundamentales de sus integrantes, mediante relaciones caracterizadas por la confianza, la pertenencia, la seguridad, la dignidad y la cooperación. Desde esta perspectiva, el bienestar deja de entenderse como un atributo individual o como el resultado de programas específicos, para comprenderse como una cualidad emergente de la cultura escolar y de las interacciones que cotidianamente la configuran.

En definitiva, el principal desafío para las comunidades educativas no consiste únicamente en mejorar sus indicadores académicos, sino en decidir si la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales ocupará efectivamente un lugar central en sus políticas, prácticas y culturas institucionales. El bienestar escolar emerge cuando la comunidad educativa crea condiciones relacionales capaces de satisfacer dichas necesidades, permitiendo que estudiantes y docentes puedan pertenecer, sentirse seguros, ser reconocidos, participar auténticamente y desarrollar plenamente sus capacidades y su voca-

ción dentro de una cultura basada en la confianza, la dignidad y la cooperación. La pregunta que queda por responder es si, en las decisiones, actitudes, políticas y prácticas de convivencia en los contextos escolares, habrá una verdadera opción por las personas y sus necesidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, C. A., Briceño, A. M., Álvarez, K., Abufhele, M., & Delgado, I. (2018). Estudio de adaptación y validación transcultural de una escala de satisfacción con la vida para adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(1), 51–58. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000100051>
2. Baelen, R. N., Lovett, J. M., Thursby Bourke, K., Galloway, C., Parker, A., Baghdady, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2026). Leveraging evidence on relations between teacher well-being and student well-being and learning: A scoping review. *Review of Educational Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.3102/00346543251413248>
3. Bagherzadeh, M., Loewe Pujol-Xicoy, N., Mouawad, R. G., Batista-Foguet, J. M., Araya-Castillo, L., & Thieme, C. (2018). Spanish version of the Satisfaction With Life Scale: Validation and factorial invariance analysis in Chile. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, Article e2. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.2>
4. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
5. Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.
6. Bryk, A. S., & Schneider, B. (2002).

- Trust in schools: A core resource for improvement. Russell Sage Foundation.
7. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2020). CASEL's SEL framework: What are the core competence areas and where are they promoted? CASEL.
8. Cohen, J., McCabe, E. M., Michelli, N. M., & Pickeral, T. (2009). School climate: Research, policy, practice, and teacher education. *Teachers College Record*, 111(1), 180–213. <https://doi.org/10.1177/016146810911100108>
9. Collie, R. J., Shapka, J. D., & Perry, N. E. (2012). School climate and social-emotional learning: Predicting teacher stress, job satisfaction, and teaching efficacy. *Journal of Educational Psychology*, 104(4), 1189–1204. <https://doi.org/10.1037/a0029356>
10. Day, C., & Gu, Q. (2010). *The new lives of teachers*. Routledge.
11. Day, C., & Sammons, P. (2014). *Successful school leadership*. Education Development Trust.
12. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
13. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
14. Dreer, B. (2023). On the outcomes of teacher wellbeing: A systematic review of research. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1205179. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1205179>
15. 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>
16. Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House.
17. Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74(1), 59–109. <https://doi.org/10.3102/00346543074001059>
18. Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43(6), 495–513. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.11.001>
19. Hargreaves, A. (1998). The emotional practice of teaching. *Teaching and Teacher Education*, 14(8), 835–854. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(98\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(98)00025-0)
20. Hargreaves, A., & Fullan, M. (2012). *Professional capital: Transforming teaching in every school*. Teachers College Press.
21. Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
22. Huppert, F. A., & So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837–861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
23. Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emo-

- tional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491–525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
24. Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (2009). An educational psychology success story: Social interdependence theory and cooperative learning. *Educational Researcher*, 38(5), 365–379. <https://doi.org/10.3102/0013189X09339057>
25. Jones, S. M., & Doolittle, E. J. (2017). Social and emotional learning: Introducing the issue. *The Future of Children*, 27(1), 3–11. <https://doi.org/10.1353/foc.2017.0000>
26. Noddings, N. (2012). The caring relation in teaching. *Oxford Review of Education*, 38(6), 771–781. <https://doi.org/10.1080/03054985.2012.745047>
27. OECD. (2019). PISA 2018 results (Volume III): What school life means for students' lives. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/acd78851-en>
28. Peña-Fredes, J., Sánchez-Bachmann, M., Weinstein, J., & Ansoleaga, M. E. (2025). Confianza de los estudiantes en sus docentes: Un estudio en liceos de la Región Metropolitana. *Estudios Pedagógicos*, 51(2), 141–159. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052025000200141>
29. Roseth, C. J., Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (2008). Promoting early adolescents' achievement and peer relationships: The effects of cooperative, competitive, and individualistic goal structures. *Psychological Bulletin*, 134(2), 223–246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.223>
30. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. Guilford Press.
31. Spilt, J. L., Koomen, H. M. Y., & Thijs, J. T. (2011). Teacher wellbeing: The importance of teacher–student relationships. *Educational Psychology Review*, 23(4), 457–477. <https://doi.org/10.1007/s10648-011-9170-y>
32. Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
33. Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A review of school climate research. *Review of Educational Research*, 83(3), 357–385. <https://doi.org/10.3102/0034654313483907>
34. UNICEF. (2021). The state of the world's children 2021: On my mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health. UNICEF.
35. Van Maele, D., & Van Houtte, M. (2015). Trust in school: A pathway to inhibit teacher burnout? *Journal of Educational Administration*, 53(1), 93–115. <https://doi.org/10.1108/JEA-02-2014-0018>
36. Zhou, S., Slep, G. R., & Vella-Brodick, D. A. (2024). Factors associated with teacher wellbeing: A meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 36, Article 63. <https://doi.org/10.1007/s10648-024-09886-x>
37. 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.

# El modelo de resolución colaborativa de problemas (CPS) en niños y adolescentes: fundamentos clínicos y aplicaciones en bullying, conducta suicida y depresión en Chile.

The Collaborative Problem Solving (CPS) Model in Children and Adolescents: Clinical Foundations and Applications in Bullying, Suicidality, and Depression in Chile.

**Jorge Gaete Olivares<sup>1,2</sup>, Daniel Núñez Gutiérrez<sup>3</sup>, Darren Courtney<sup>4,5</sup>**

**Resumen. Introducción.** Describir las bases conceptuales y sintetizar la evidencia disponible del modelo de Resolución Colaborativa de Problemas (Collaborative Problem Solving, CPS) en el manejo de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, y describir tres aplicaciones en líneas de investigación clínica en curso en Chile. **Método.** Revisión narrativa, con énfasis en publicaciones originales de Greene y colaboradores, integrada con la descripción de tres protocolos clínicos en distintas fases: el ensayo aleatorizado por conglomerados del programa antibullying KiVa en Santiago de Chile, el programa CUIDA-FAM de apoyo parental complementario a Reframe-IT+ para prevención indicada de conducta suicida adolescente, y el estudio de factibilidad del modelo de cuidado estratificado Reframe-IT+/CARIBOU para depresión y conducta suicida en adolescentes escolares. **Resultados.** El modelo CPS reconceptualiza las conductas desafiantes como expresión de habilidades rezagadas (flexibilidad, tolerancia a la frustración, regulación emocional, habilidades lingüísticas y sociales) y como respuestas a problemas no resueltos, entendidos en CARIBOU como amenazas a necesidades de los adolescentes. Ha mostrado resultados promisorios en trastorno negativista desafiante y en la reducción de medidas restrictivas en hospitalización infantojuvenil. Las tres líneas chilenas comparten una lógica no punitiva y colaborativa: KiVa, cuya adaptación cultural sin componente de juego online mostró efectos significativos sobre victimización y rol de testigo en estudiantes vulnerables de 5° y 6° básico; CUIDA-FAM, que incorpora explícitamente el modelo de Resolución Colaborativa de Problemas (Plan B) en sesiones

1. Médico Psiquiatra. Research Center for Student Mental Health (ISME), School of Education, Faculty of Social Sciences, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

2. Center for the Well-Being and Development of Adolescents and Children in the Digital Age (BAND), Santiago, Chile.

3. Psicólogo. Faculty of Psychology, Universidad de Talca, Talca, Chile.

4. Médico Psiquiatra. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, ON, Canada.

5. Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada.

Correspondencia a Jorge Gaete, Email: jgaete@uandes.cl.

### DECLARACIONES

Financiamiento. JG recibió financiamiento de ANID Fondecyt Regular N°: 1261819 y del ANID Center for the Well-Being and Development of Adolescents and Children in the Digital Age (BAND) (ANID/SCIA/CIN250046). DN recibió financiamiento de ANID Fondecyt Regular N°: 1250325.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con los contenidos de este artículo.

dedicadas a padres y cuidadores; y CARIBOU, cuyo módulo Resolver dedica una de sus sesiones a la resolución colaborativa de problemas siguiendo a Greene. **Conclusiones.** El modelo CPS opera como un marco transversal y no punitivo, útil para clínicos y profesionales de la salud mental y de la educación para articular intervenciones preventivas y terapéuticas en bullying, conducta suicida y depresión adolescente, y para reorganizar la conversación con familias y adolescentes complejos.

**Palabras clave:** Resolución Colaborativa de Problemas; niños y adolescentes; acoso escolar; prevención del suicidio; depresión.

**Abstract. Introduction.** To review the conceptual foundations and evidence of the Collaborative Problem Solving (CPS) model in children and adolescents, and to describe three applications in ongoing clinical research lines in Chile, with practical relevance for the treating team.

**Methods.** Narrative review with emphasis on original publications by Greene and colleagues, integrated with the description of three clinical protocols at different stages: the cluster randomized trial of the KiVa antibullying program in Santiago, Chile; the CUIDA-FAM parental support program, complementary to Reframe-IT+, for indicated prevention of adolescent suicidality; and the feasibility study of the Reframe-IT+/CARIBOU stratified-care model for adolescent depression and suicidality in schools. **Results.** The CPS model reframes challenging behaviors as the expression of lagging neurocognitive skills (flexibility, frustration tolerance, emotion regulation, language, and social skills) and as responses to unsolved problems, understood in CARIBOU as threats to adolescent's needs. It has shown efficacy in oppositional defiant disorder and in reducing restrictive measures in inpatient settings. The three Chilean lines share a non-punitive, collaborative logic: KiVa, whose adapted version without the online game showed significant effects on bullying victimization and witnessing in vulnerable 5th–6th graders; CUIDA-FAM, which explicitly incorporates the Collaborative Problem Solving Model (Plan B) in dedicated sessions for parents and caregivers; and CARIBOU, whose Solve module devotes a session to collaborative problem solving following Greene. **Conclusions.** The CPS model operates as a transversal, non-punitive framework that may be useful for clinicians and mental health and education professionals in articulating preventive and therapeutic interventions for bullying, suicidality, and adolescent depression, and in reframing interactions with families and adolescents presenting with complex difficulties.

**Keywords:** Collaborative Problem Solving; children and adolescents; bullying; suicide prevention; depression.

## INTRODUCCIÓN

Los problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en salud mental infantojuvenil y representan un desafío clínico, familiar y educativo de primer orden. Las respuestas tradicionales —centradas en estrategias contingenciales, manejo conductual basado en consecuencias y, en ocasiones, medidas restrictivas— muestran limitaciones de eficacia sostenida y, en la práctica clínica, deterioran con frecuencia el

vínculo entre el adolescente, su familia y los profesionales que lo acompañan [1, 2].

## MÉTODO

En este contexto, el modelo de Resolución Colaborativa de Problemas (Collaborative Problem Solving, CPS), desarrollado por Ross Greene y J. Stuart Ablon, ha emergido como un enfoque cognitivo-conductual con evidencia empírica creciente que reconceptualiza las conductas desafiantes como la expresión de habilidades rezagadas más

que como un problema motivacional [1, 3]. Para el clínico, este cambio de paradigma —del “niño que no quiere” al “niño que aún no puede”— tiene una consecuencia inmediata: orienta la intervención hacia la identificación de habilidades específicas que es necesario entrenar, y hacia una alianza colaborativa con el niño o adolescente, en lugar de hacia la imposición o la sanción [3, 4].

La evidencia inicial del modelo proviene de su aplicación en trastorno negativista desafiante y desregulación afectiva, con resultados al menos comparables al entrenamiento estándar de padres [4], y de su implementación en hospitalización infantojuvenil, con reducciones marcadas en sujeción mecánica y aislamiento [5]. El modelo se ha extendido luego a contextos escolares, sistemas de protección y justicia juvenil [1, 6, 7].

Este artículo tiene un doble propósito. Primero, revisar los fundamentos conceptuales y la evidencia disponible sobre el modelo CPS en niños y adolescentes desde una mirada útil al clínico. Segundo, describir tres aplicaciones del modelo en líneas de investigación que los autores desarrollan en Chile: (1) la implementación del programa antibullying KiVa en escuelas vulnerables de Santiago, con énfasis en el abordaje del agresor [8]; (2) el programa CUIDAFAM, intervención parental complementaria a Reframe-IT+ [9, 10] para prevención indicada de conducta suicida adolescente, dentro del estudio chileno de cuidado estratificado [11]; y (3) el componente de resolución de problemas del programa CARIBOU para depresión adolescente, actualmente en adaptación cultural y evalua-

ción en escuelas chilenas como brazo de alta intensidad del mismo modelo estratificado [11, 12]. Las tres líneas comparten una conceptualización no punitiva de la conducta-problema y una apuesta por la colaboración adulto-adolescente.

## RESULTADOS

### Bases Conceptuales del Modelo CPS.

#### *De la conducta como elección a la conducta como déficit de habilidades.*

El modelo CPS parte de una premisa formulada por Greene y Ablon como modelo transaccional de la conducta oposicionista: las conductas desafiantes ocurren cuando las demandas del entorno exceden la capacidad del niño para responder de manera adaptativa, y se mantienen por una interacción dinámica entre las características del niño y las respuestas del entorno [3]. Esta conceptualización desplaza la pregunta clínica desde “¿por qué no quiere comportarse bien?” hacia “¿qué habilidades necesita y aún no ha desarrollado para responder a esta demanda?” [1, 3].

Desde esta perspectiva, las conductas explosivas, oposicionistas o agresivas se entienden como la mejor respuesta disponible para un niño con habilidades rezagadas frente a situaciones específicas, denominadas problemas no resueltos (unsolved problems), y no como manipulación o búsqueda intencional de atención [1, 6]. Esto se sintetiza en el principio de Greene de que “los niños lo hacen bien si pueden”—es decir, si tienen las habilidades necesarias— en oposición al supuesto de que “los niños lo hacen bien si quieren” [1].

**Viñeta clínica 1.**

*Tomás, 11 años, presenta crisis explosivas al volver del colegio. Los padres han probado retirar pantallas, dejarlo sin recreo y conversaciones largas sobre “lo que está bien”. Desde el modelo CPS, la pregunta cambia: ¿qué habilidades están comprometidas (transición tarde escolar–casa, tolerancia a la frustración tras un día social exigente) y cuál es el problema no resuelto específico (por ejemplo, la demanda de empezar tareas al llegar)? Reformular el caso así suele aliviar a los padres de la interpretación motivacional (“nos desafía”) y abre espacio para soluciones concretas.*

**Habilidades neurocognitivas implicadas.**

La práctica del modelo CPS organiza las habilidades rezagadas en grandes

dominios que coexisten y se combinan en cada caso. La Tabla 1 resume estos dominios y ejemplos de su expresión clínica, según la descripción de Greene y colaboradores [1, 3, 5].

**Tabla 1.** Dominios de habilidades neurocognitivas en el modelo CPS y expresión clínica. Adaptado de Greene y cols. [1, 3, 5].

| Dominio de habilidad                       | Definición                                                                                                   | Ejemplos de dificultad clínica                                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Flexibilidad / adaptabilidad               | Capacidad de cambiar de plan, alternar entre reglas y tolerar cambios o ambigüedad.                          | Rigidez ante cambios de rutina, pensamiento en blanco/negro, dificultad para considerar matices.      |
| Tolerancia a la frustración                | Capacidad de manejar emociones intensas sin desorganizarse conductualmente.                                  | Reacciones explosivas, abandono rápido de tareas, escalada conductual ante el “no”.                   |
| Regulación emocional                       | Capacidad de reconocer, nombrar y modular estados afectivos.                                                 | Cambios bruscos de humor, dificultad para autocalmarse, baja conciencia emocional.                    |
| Habilidades lingüísticas y de comunicación | Capacidad de expresar necesidades, deseos y preocupaciones con palabras.                                     | Comunicar el malestar mediante actuación conductual, dificultad para verbalizar lo que falta.         |
| Habilidades sociales y de cognición social | Capacidad de leer claves sociales, considerar la perspectiva del otro y resolver conflictos interpersonales. | Malinterpretación de intenciones, dificultad para resolver problemas con pares, conflictos repetidos. |

Esta conceptualización es consistente con evidencia neurocognitiva que muestra que niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta presentan dificultades en funciones ejecutivas, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio, toma de decisiones y aprendizaje social, proce-

sos estrechamente relacionados con los dominios descritos por CPS [13, 14].

**Problemas no resueltos y necesidades: la formulación clínica del adolescente con depresión.**

Una extensión útil al clínico que tra-

baja con adolescentes es la formulación del problema no resuelto como amenaza a una necesidad. Los autores del manual del programa CARIBOU adaptan la jerarquía clásica de Maslow a seis necesidades operativas para esta población: fisiológicas, seguridad física, relaciones interpersonales, autoestima, sentido de control y sentido de identidad [12]. Bajo esta perspectiva, las emociones intensas dejan de ser “síntomas a controlar” y aparecen como respuestas normales, a menudo funcionales, ante una necesidad que se siente amenazada [12].

Esta formulación tiene dos consecuencias prácticas en la consulta. Primero, hace posible una intervención de autovalidación: ayudar al adolescente a entender que lo que siente tiene sentido en relación con la necesidad amenazada, antes —o en paralelo— de pedirle que cambie cómo se siente. Segundo, orienta la resolución del problema hacia la pregunta operativa “¿qué necesidad está en juego y cómo podríamos atenderla?”, lo que conecta el modelo CPS con elementos propios de la terapia dialéctico-conductual (autovalidación) y de la TCC clásica (problem solving) sin perder coherencia teórica [12]. Para un adolescente con depresión, identificar que su irritabilidad escolar responde, por ejemplo, a una amenaza al sentido de identidad o de control puede ser, en sí mismo, terapéutico.

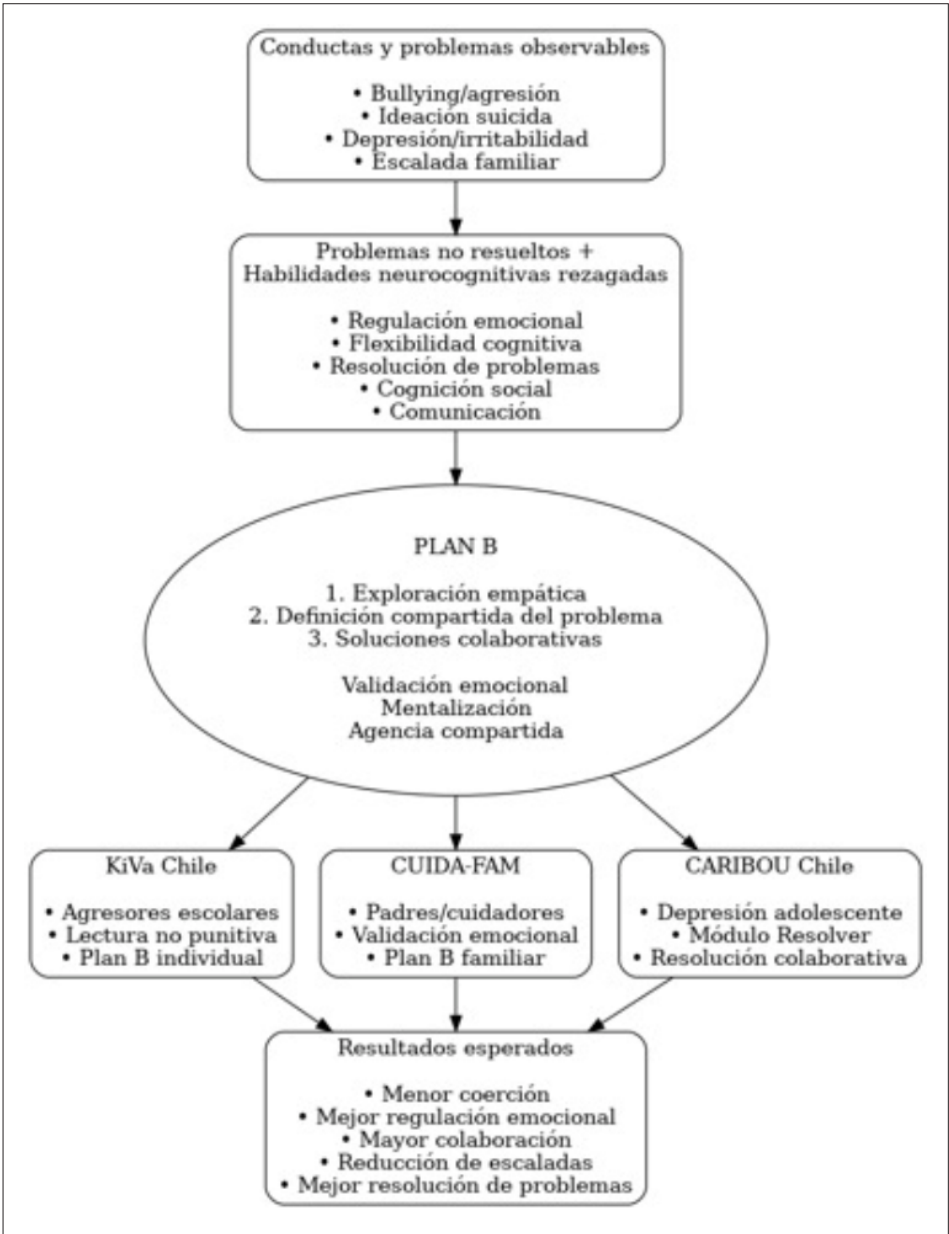
### Los tres planes de intervención

Identificadas las habilidades rezagadas y los problemas no resueltos asociados, el modelo CPS organiza las respuestas del adulto en tres planes [1, 6]. El Plan A consiste en imponer la voluntad del adulto, con frecuencia mediante conse-

cuencias contingentes. Aunque a veces es necesario (por ejemplo, frente a un riesgo inmediato), tiende a producir más conflicto cuando es la estrategia primaria con niños con habilidades rezagadas. El Plan C consiste en dejar de lado, al menos temporalmente, una expectativa que sobrepasa las capacidades actuales del niño, para reducir la carga acumulada de problemas no resueltos —una decisión clínica útil para priorizar lo trabajable—. El Plan B, central en el modelo, aborda el problema de manera colaborativa, mediante una conversación estructurada en tres pasos: (a) empatía, en la que el adulto busca comprender la preocupación del niño con genuina curiosidad y sin suponer la causa; (b) definición del problema, en la que el adulto comparte su propia preocupación; y (c) invitación a generar soluciones que aborden ambas preocupaciones de forma realista y mutuamente satisfactoria [1, 3, 6].

### Evidencia disponible

La evidencia empírica del modelo CPS ha crecido desde sus formulaciones iniciales. Un estudio aleatorizado en niños con trastorno negativista desafiante y desregulación afectiva mostró mejoras significativas, equivalentes o superiores al entrenamiento de padres estándar [4]. En unidades de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil, su implementación se asoció con una reducción marcada del uso de sujeciones e intervenciones restrictivas, sin pérdida de seguridad clínica [5, 7]. Revisiones recientes lo describen como tratamiento basado en evidencia aplicable a contextos familiares, escolares, comunitarios y de justicia juvenil [1, 6, 15]. La evidencia proveniente de ensayos clínicos aleatorizados rigurosos sigue siendo escasa, pero la coherencia



**Figura 1.** El modelo CPS conceptualiza conductas desafiantes como expresión de problemas no resueltos y habilidades rezagadas. El Plan B constituye la estrategia central de intervención colaborativa mediante exploración empática, definición compartida del problema y construcción conjunta de soluciones. Las tres líneas chilenas revisadas incorporan esta lógica en distintos niveles de intervención: trabajo individual con agresores escolares (KiVa), intervención parental en conducta suicida adolescente (CUIDA-FAM) y resolución colaborativa de problemas en depresión adolescente (CARIBOU).

conceptual, los datos disponibles y su marco organizador de intervenciones transferibilidad sustentan su uso como [6, 15].

### TRES APLICACIONES DEL MODELO CPS EN LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN CHILE.

A continuación se describen tres líneas en las que el modelo CPS opera —de manera explícita o como marco organizador— en intervenciones dirigidas a bullying, conducta suicida y depresión. La Tabla 2 sintetiza la comparación.

#### **Aplicación 1. El programa antibullying KiVa en Chile: conceptualización del agresor desde CPS.**

El acoso escolar tiene en Chile cifras de victimización entre 17% y 39%, comparables a las del resto de América Latina, y consecuencias documentadas sobre salud mental, riesgo suicida y desempeño académico [8]. El programa KiVa, desarrollado en Finlandia, combina acciones universales —lecciones, materiales, supervisión de recreos y, en algunas versiones, un componente de juego online— con acciones indicadas para víctimas y agresores, conducidas por un equipo escolar entrenado [8]. La evidencia internacional de KiVa ha mostrado resultados favorables en distintos contextos culturales, incluyendo Finlandia, Italia y Países Bajos, aunque los efectos parecen depender de factores de implementación y contexto escolar [16, 17]. Ensayos pragmáticos realizados en Reino Unido han mostrado efectos más modestos o no significativos, destacando la importancia de la fidelidad de implementación y de las características de los sistemas escolares locales [18, 19].

En Chile se llevó a cabo un ensayo aleatorizado por conglomerados con 39 escuelas vulnerables de la Región

Metropolitana (13 por brazo), comparando KiVa completo (con juego online), KiVa parcial (sin juego online) y enseñanza habitual, en estudiantes de 5° y 6° básico (Valenzuela et al., 2022). Tras 12 meses, el brazo de KiVa parcial mostró una reducción significativa de victimización autorreportada (diferencia ajustada de medias  $-0,14$ ; IC 95%  $-0,27$  a  $-0,01$ ; tamaño de efecto  $-0,13$ ) y del rol de testigo ( $-0,23$ ; IC 95%  $-0,44$  a  $-0,03$ ; tamaño de efecto  $-0,17$ ) respecto del grupo control, mientras que el brazo completo no mostró diferencias significativas [8]. La adaptación cultural fue mínima en estructura profunda, con ajustes de superficie (idioma, materiales, calendario escolar) [8].

Para el clínico que apoya escolarmente estos casos, las acciones indicadas con agresores son un punto sensible: aparecen niños con rigidez cognitiva, baja tolerancia a la frustración o dificultad para considerar la perspectiva de la víctima —dificultades que el modelo CPS denomina con precisión habilidades rezagadas [1, 3]—. La integración propuesta es leer el caso desde CPS: identificar las habilidades neurocognitivas comprometidas y los problemas no resueltos vinculados a los episodios de acoso (por ejemplo, conflictos en grupos de trabajo, rechazo percibido, lucha por estatus), y reemplazar o complementar la lógica confrontacional por conversaciones de Plan B, manteniendo la lógica no punitiva propia de KiVa. Esta línea apunta a fortalecer el componente más exigente del programa: el trabajo individual con agresores, donde el ensayo chileno sugiere margen de mejora para reducir también la perpetración, sobre la que no se detectaron efectos [8].

**Viñeta clínica 2.**

*Joaquín, 12 años, agresor recurrente en 6° básico. En la primera entrevista responde con rigidez (“ella siempre me molesta”, “yo no hice nada”). Una respuesta confrontacional (“lo que hiciste está mal y tendrá consecuencias”) refuerza la rigidez. Aplicar Plan B: empezar por preguntar, con genuina curiosidad y sin suponer, qué pasa cuando le toca trabajar en grupo con esa compañera; luego comunicar la preocupación de la escuela por la seguridad de los demás; finalmente, invitar a pensar soluciones que él reconozca como factibles. El objetivo no es ganar la conversación: es identificar habilidades a entrenar (interpretación social, regulación) y un acuerdo concreto que ambos puedan sostener.*

**Aplicación 2. CUIDA-FAM: resolución colaborativa de problemas en padres de adolescentes con ideación suicida.**

Este enfoque resulta consistente con evidencia reciente que muestra que las intervenciones escolares de prevención del suicidio reducen tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio, especialmente cuando incorporan múltiples componentes y fortalecen factores protectores relacionales y de resolución de problemas [20].

La evidencia sobre prevención de la conducta suicida adolescente sugiere que las intervenciones familiares pueden contribuir a mejorar y sostener los efectos de las intervenciones individuales, especialmente cuando fortalecen comunicación familiar, validación emocional y resolución colaborativa de problemas [21]. Factores como hipercriticismo parental, dificultades de comunicación y bajo apoyo percibido se han asociado consistentemente con ideación y conducta suicida en adolescentes [22-24].

En Chile, el programa Reframe-IT fue adaptado culturalmente y complementado con sesiones presenciales basa-

das en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), dando origen a Reframe-IT+, una intervención híbrida orientada a adolescentes escolares con ideación suicida [9, 10]. A partir de esta experiencia se desarrolla actualmente un modelo de cuidado estratificado en establecimientos educacionales vulnerables de Santiago, donde adolescentes con sintomatología depresiva moderada reciben Reframe-IT+, mientras que aquellos con cuadros más severos son derivados a CARIBOU, intervención intensiva basada en TCC para adolescentes con depresión.

En el contexto de este modelo escalonado se desarrolló CUIDA-FAM, una intervención dirigida a padres, madres y cuidadores orientada a fortalecer factores familiares asociados a la prevención de la conducta suicida adolescente y al sostenimiento de los efectos terapéuticos. El programa integra elementos de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) y Resolución Colaborativa de Problemas (Collaborative Problem Solving; CPS), particularmente en torno a validación emocional, comunicación segura y resolución conjunta de conflictos familiares.

CUIDA-FAM se organiza en ocho sesiones —cinco online y tres presenciales— que abordan desarrollo adolescente, señales de alerta en salud mental, regulación emocional, comunicación validante y elaboración de planes de seguridad familiar. Dentro de esta secuencia, el CPS ocupa un rol central mediante dos sesiones centradas en el “Plan B”, estrategia que entrena a los cuidadores en exploración empática de la perspectiva del adolescente, comunicación de preocupaciones mutuas y construcción conjunta de soluciones realistas y satisfactorias. Desde esta perspectiva, el CPS no se incorpora únicamente como técnica de manejo conductual, sino como una estrategia relacional destinada a disminuir dinámicas coercitivas e invalidantes y favorecer mayor colaboración familiar en contextos de alta vulnerabilidad emocional. La evaluación de CUIDA-FAM se desarrolla dentro del mismo estudio de factibilidad asociado al modelo de cuidado estratificado, incluyendo indicadores de participación parental y desenlaces clínicos y funcionales en adolescentes.

### **Aplicación 3. El módulo Resolver del programa CARIBOU: resolución colaborativa con adolescentes con depresión.**

La depresión adolescente afecta aproximadamente al 8,3% de la población chilena en este grupo etario, con menos de la mitad recibiendo atención de salud mental [11]. La terapia cognitivo-conductual cuenta con evidencia robusta y suele incluir activación conductual, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y resolución de problemas [25, 26]. Revisiones sistemáticas recientes indican que los programas escolares de prevención de

depresión y ansiedad producen efectos pequeños pero consistentes, con mayores beneficios en intervenciones indicadas dirigidas a adolescentes con sintomatología elevada, lo que respalda el uso de modelos escalonados de atención como el propuesto en CARIBOU [27].

CARIBOU (Care for Adolescents who Receive Information ‘Bout Outcomes), desarrollado en Canadá por el grupo de Courtney y colaboradores, constituye una ruta integrada de atención para la depresión adolescente, articulada con medición sistemática de síntomas y un componente específico para cuidadores [12]. El estudio piloto CARIBOU-1 incluyó 16 sesiones de TCC y un grupo de cuidadores centrado en comunicación validante y resolución colaborativa de problemas, mostrando buena fidelidad (95%) y un descenso lineal estadísticamente significativo de aproximadamente 10 puntos en la Childhood Depression Rating Scale-Revised a lo largo de 20 semanas [12]. El protocolo CARIBOU-2 mantiene y formaliza el componente de comunicación y resolución de problemas en una ruta integrada [25].

Los autores del manual CARIBOU organizan los contenidos en cuatro módulos —Activar (activación conductual y exposición), Recomenzar (reestructuración cognitiva), Comunicar (comunicación) y Resolver (resolución de problemas)— con cuatro sesiones por módulo. El módulo Resolver dedica explícitamente su tercera sesión a la resolución colaborativa de problemas, citando como referencia el trabajo de Greene en *The Explosive Child* [12, 15]. En esta sesión, los principios de la resolución individual se amplían para incluir la participación

de otra persona —típicamente un cuidador—, y se enfatiza la expresión de la propia perspectiva, la consideración de la perspectiva del otro y la integración de ambas, con uso recomendado de juego de roles [12]. Como se anticipó en las bases conceptuales, el módulo se apoya en la formulación del problema como amenaza a una necesidad (Maslow adaptado) y vincula la resolución colaborativa con la autovalidación, ofreciendo al adolescente con depresión un encuadre menos invalidante de su propio malestar [12].

En el contexto chileno, CARIBOU está siendo culturalmente adaptado al es-

pañol por el equipo de investigación en colaboración con el desarrollador original, y será implementado en escuelas vulnerables como brazo de alta intensidad del modelo estratificado para adolescentes con conducta suicida y síntomas depresivos graves [11]. La integración con CPS no requiere modificaciones estructurales del manual: se trata de leer el módulo Resolver desde la lente del modelo de habilidades rezagadas y articular el trabajo del adolescente con el componente familiar paralelo, alineando estrategias de Plan B entre sesiones individuales y trabajo con cuidadores.

**Tabla 2.** Comparación de las tres líneas de investigación chilenas en las que el modelo CPS opera como marco o componente explícito.

| Dimensión          | KiVa Chile                                                                     | CUIDA-FAM                                                                            | CARIBOU Chile                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Población diana    | Estudiantes 5°–6° básico en escuelas vulnerables; foco clínico en agresores    | Padres y cuidadores de adolescentes con ideación suicida en Reframe-IT+              | Adolescentes (I°–III° Medio) con conducta suicida y síntomas depresivos graves               |
| Contexto           | Escolar (universal + indicado)                                                 | Escolar / domicilio (plataforma + presencial)                                        | Escolar (cuidado estratificado, alta intensidad)                                             |
| Estado de la línea | ECA por conglomerados completado [8]                                           | Programa desarrollado; evaluación en estudio de factibilidad en curso                | Adaptación cultural en curso; estudio de factibilidad iniciado en 2025                       |
| Rol del CPS        | Marco para el abordaje individual del agresor (habilidades rezagadas + Plan B) | Componente explícito: sesiones online y presencial dedicadas al Plan B               | Sesión específica de resolución colaborativa dentro del módulo Resolver                      |
| Desenlaces clave   | Victimización, perpetración, testigos, salud mental escolar                    | Participación parental, plan de seguridad familiar, ideación suicida del adolescente | Aceptabilidad, factibilidad, fidelidad; ideación suicida, depresión, resolución de problemas |

DISCUSIÓN

Las tres líneas presentadas comparten una arquitectura clínica común: comprender conductas desafiantes —como agresión entre pares, ideación suicida o

sintomatología depresiva— no exclusivamente como expresión de oposición, manipulación o falta de motivación, sino también como manifestaciones de dificultades en habilidades de regulación emocional, flexibilidad cog-

nitiva, resolución de problemas y comunicación interpersonal. Desde esta perspectiva, el modelo de Resolución Colaborativa de Problemas (Collaborative Problem Solving; CPS) ofrece una forma estructurada de identificar problemas no resueltos y abordarlos mediante conversaciones colaborativas centradas en la comprensión mutua y la búsqueda conjunta de soluciones.

En las tres experiencias chilenas revisadas, el CPS no reemplaza los protocolos específicos de intervención, sino que funciona como un marco transversal que aporta un lenguaje clínico común y una estructura relacional integrable en distintos niveles de atención y contextos de intervención. Sin embargo, el lugar que ocupa el modelo varía según cada programa. En KiVa, el CPS opera principalmente como marco interpretativo y herramienta clínica para el trabajo individual con estudiantes agresores, permitiendo reformular conductas de intimidación desde una lógica de habilidades rezagadas y problemas no resueltos [8]. En CUIDA-FAM, el modelo se incorpora explícitamente en sesiones específicas del programa parental, integrando validación emocional, comunicación segura y entrenamiento en Plan B como estrategias para disminuir dinámicas coercitivas e invalidantes en familias de adolescentes con conducta suicida [11]. Finalmente, en CARIBOU, el CPS aparece como referencia conceptual para el módulo Resolver, orientado al entrenamiento en resolución de problemas dentro de un programa intensivo basado en TCC para depresión adolescente [12], planteando para la adaptación chilena el desafío de preservar esta lógica colaborativa en contextos clínicos y culturales distintos. Esta interpretación resulta congruente con estudios que han iden-

tificado mejoras en función ejecutiva infantil y empatía parental como mecanismos potenciales asociados a los efectos del CPS [28].

Un aspecto particularmente relevante es que las tres experiencias parecen converger en mecanismos clínicos similares: aumento de regulación emocional, fortalecimiento de habilidades de resolución de problemas, reducción de escaladas interpersonales conflictivas y mayor sensación de agencia compartida entre adolescentes y adultos significativos. Desde esta perspectiva, el Plan B podría entenderse no sólo como una técnica conversacional, sino también como una intervención relacional capaz de favorecer procesos de mentalización, validación emocional y mayor flexibilidad en las interacciones frecuentemente dominadas por urgencia, coerción o invalidación. Esto resulta especialmente pertinente en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial, donde las demandas asistenciales y escolares suelen favorecer respuestas centradas en control conductual inmediato más que en comprensión colaborativa de los problemas.

Aunque el modelo CPS cuenta con evidencia preliminar prometedora, aún existe escasa evidencia que permita identificar cuáles de sus componentes explican los efectos observados y en qué poblaciones produce mayor beneficio. Por ello, los mecanismos clínicos propuestos anteriormente deben entenderse como hipótesis plausibles que requieren evaluación empírica mediante estudios que examinen mediadores y moderadores de los efectos del modelo. Esta cautela resulta especialmente importante al extender el CPS a fenómenos complejos como el bullying, la conducta suicida o la depresión, que

no pueden explicarse exclusivamente en términos de habilidades rezagadas o problemas no resueltos. En estos ámbitos, el CPS debe entenderse como una lente clínica complementaria que puede facilitar la comprensión de determinadas dinámicas interpersonales y orientar estrategias colaborativas de intervención, y no como una explicación integral de estos fenómenos.

La transversalidad del modelo constituye simultáneamente una fortaleza y un riesgo. Su flexibilidad permite incorporarlo en programas diversos y potencialmente aumentar coherencia clínica entre intervenciones, pero también genera el riesgo de extender el modelo más allá de la evidencia actualmente disponible. Hasta ahora, ninguna de las tres líneas utiliza CPS como intervención aislada, sino como componente integrado dentro de programas con fundamentos teóricos y evidencia propios, dificultando aislar su contribución específica a los resultados observados [8, 11, 12]. Asimismo, la adaptación cultural emerge como un elemento crítico. La experiencia chilena de KiVa mostró que modificaciones aparentemente secundarias pueden influir en la implementación y los resultados. Esta observación coincide con la literatura internacional, donde los efectos de KiVa han variado entre países y sistemas educativos, sugiriendo que la efectividad de programas complejos depende no sólo de sus componentes centrales sino también de factores contextuales, organizacionales y culturales [17-19].

Desde una perspectiva clínica, otro desafío importante es que el Plan B exige condiciones relacionales y organizacionales que no siempre están disponibles en sistemas de salud y educación alta-

mente sobrecargados. La implementación efectiva del modelo requiere tiempo, capacidad de regulación emocional por parte del adulto y disposición a suspender temporalmente la urgencia por controlar la conducta para favorecer procesos de exploración empática e indagación colaborativa. Esto puede resultar particularmente complejo en contextos públicos con alta presión asistencial, escasez de recursos y formación limitada en enfoques colaborativos.

*Limitaciones.* Esta revisión es de carácter narrativo y tiene como objetivo contextualizar conceptualmente tres líneas chilenas de investigación e intervención que incorporan elementos del modelo CPS. No constituye una revisión sistemática del modelo ni de los programas en los cuales se inserta. La evidencia metodológicamente más robusta sobre CPS continúa concentrándose en trastornos conductuales disruptivos y reducción de medidas restrictivas en contextos hospitalarios [4, 5], mientras que sus aplicaciones en bullying, conducta suicida y depresión adolescente permanecen aún en etapas emergentes de desarrollo. Además, las tres líneas chilenas descritas se encuentran en diferentes niveles de avance metodológico y evaluación empírica, por lo que los hallazgos disponibles siguen siendo heterogéneos y preliminares.

## CONCLUSIONES

El modelo CPS ofrece un marco conceptual y clínico consistente para reformular el abordaje de conductas y problemas desafiantes en niños y adolescentes, desplazando el foco desde interpretaciones centradas exclusivamente en oposición o falta de moti-

vacación hacia una comprensión basada en habilidades rezagadas, regulación emocional y problemas no resueltos. Su principal aporte parece residir menos en constituir una técnica específica aislada y más en proporcionar una estructura relacional y conversacional que favorece colaboración, validación emocional y resolución conjunta de problemas.

Aunque la evidencia más sólida continúa concentrándose en problemas conductuales y contextos hospitalarios, las experiencias chilenas revisadas sugieren que los principios del CPS pueden integrarse de manera coherente en programas orientados a bullying, conducta suicida y depresión adolescente. KiVa, CUIDA-FAM y CARIBOU ilustran distintas formas de incorporar esta lógica colaborativa dentro de intervenciones con fundamentos y objetivos específicos, mostrando cómo un mismo marco conceptual puede articular estrategias preventivas, familiares y clínicas en salud mental infantojuvenil.

El desarrollo futuro de estas líneas permitirá evaluar con mayor precisión el aporte específico del CPS sobre variables clínicas, familiares y relacionales, así como sus desafíos de implementación y adaptación cultural en contextos latinoamericanos. En un escenario marcado por creciente complejidad en salud mental adolescente, el CPS podría contribuir no sólo como herramienta terapéutica, sino también como un lenguaje clínico transversal capaz de favorecer intervenciones más colaborativas, comprensivas y capaces de desplazar el foco desde el control conductual inmediato hacia la comprensión compartida de los problemas y el desarrollo de habilidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greene RW. Collaborative problem solving. *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*: Springer; 2010. p. 193-220.
2. Shannon CJ. Collaborative problem solving: A guide to improving your workplace: Routledge; 2021.
3. Greene RW, Ablon JS, Goring JC. A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach. *Journal of psychosomatic research*. 2003;55(1):67-75.
4. Greene RW, Ablon JS, Goring JC, Raezer-Blakely L, Markey J, Monuteaux MC, et al. Effectiveness of collaborative problem solving in affectively dysregulated children with oppositional-defiant disorder: initial findings. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(6):1157.
5. Greene RW, Ablon JS, Martin A. Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services*. 2006;57(5):610-2.
6. Pollastri AR, Epstein LD, Heath GH, Ablon JS. The collaborative problem solving approach: Outcomes across settings. *Harvard Review of Psychiatry*. 2013;21(4):188-99.
7. Pollastri AR, Lieberman RE, Boldt SL, Ablon JS. Minimizing seclusion and restraint in youth residential and day treatment through site-wide implementation of collaborative problem solving. *Residential Treatment for Children & Youth*. 2016;33(3-4):186-205.
8. Valenzuela D, Turunen T, Gana S, Rojas-Barahona CA, Araya R, Sal-

- mivalli C, et al. Effectiveness of the KiVa antibullying program with and without the online game in Chile: a three-arm cluster randomized controlled trial. *Prevention science*. 2022;23(8):1470-82.
9. Gaete J, Meza D, Andaur J, McKay S, Robinson J, Nuñez D. Acceptability and Feasibility of a Blended School-Based Intervention to Prevent Suicidal Ideation Among Adolescents in Chile: Results from a Randomized Control Pilot Study. *Prev Sci*. 2025;26(1):12-24.
10. Nuñez D, Meza D, Andaur J, Robinson J, Gaete J. Reframe-IT+, an indicated preventive school-based intervention, reduces suicidal ideation among adolescents in vulnerable contexts in Chile. *BMC psychology*. 2024;12(1):780.
11. Gaete J ND, Ramírez S, Courtney D, Robinson J, Araya R. . Acceptability and feasibility of a stratified-care school-based intervention for adolescent suicidal ideation in Chile: a study protocol. 2025 [Available from: [ClinicalTrials.gov NCT07063914](https://clinicaltrials.gov/NCT07063914)].
12. Courtney DB, Cheung A, Henderson J, Bennett K, Wang W, Chen S, et al. CARIBOU-1: A pilot controlled trial of an Integrated Care Pathway for the treatment of depression in adolescents. *JCPP Adv*. 2022;2(2):e12083.
13. Matthys W, Vanderschuren LJ, Schutter DJ, Lochman JE. Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for interventions. *Clinical child and family psychology review*. 2012;15(3):234-46.
14. Matthys W, Schutter DJ. Improving our understanding of impaired social problem-solving in children and adolescents with conduct problems: Implications for cognitive behavioral therapy. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022;25(3):552-72.
15. Greene RW. *The Explosive Child [Sixth Edition]: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children*: HarperCollins Publishers; 2021.
16. Nocentini A, Menesini E. *KiVa Anti-Bullying Program in Italy: Evidence of Effectiveness in a Randomized Control Trial*. *Prev Sci*. 2016;17(8):1012-23.
17. Huitsing G, Lodder GMA, Browne WJ, Oldenburg B, Van der Ploeg R, Veenstra R. A Large-Scale Replication of the Effectiveness of the KiVa Antibullying Program: a Randomized Controlled Trial in the Netherlands. *Prev Sci*. 2020;21(5):627-38.
18. Axford N, Bjornstad G, Clarkson S, Ukoumunne OC, Wrigley Z, Matthews J, et al. The Effectiveness of the KiVa Bullying Prevention Program in Wales, UK: Results from a Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. *Prev Sci*. 2020;21(5):615-26.
19. Bowes L, Babu M, Badger JR, Broome MR, Cannings-John R, Clarkson S, et al. The effects and costs of an anti-bullying program (KiVa) in UK primary schools: a multicenter cluster randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2024;54(15):4362-73.
20. Walsh EH, McMahon J, Herring MP. Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and

- meta-regression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022;63(8):836-45.
21. Torok M, Caelear A, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*. 2019;73:100-12.
22. Connell AM, Seidman S, Ha T, Stormshak E, Westling E, Wilson M, et al. Long-term effects of the family check-up on suicidality in childhood and adolescence: integrative data analysis of three randomized trials. *Prevention science*. 2023;24(8):1558-68.
23. Connell AM, Stormshak EA. Evaluating the efficacy of the family check-up online to improve parent mental health and family functioning in response to the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *Journal of Prevention*. 2023;44(3):341-57.
24. Boyd DT, Quinn CR, Jones KV, Beer OW. Suicidal ideations and attempts within the family context: The role of parent support, bonding, and peer experiences with suicidal behaviors. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2022;9(5):1740-9.
25. Courtney DB, Barwick M, Amani B, Greenblatt AT, Aitken M, Krause KR, et al. An Integrated Care Pathway for depression in adolescents: protocol for a Type 1 Hybrid Effectiveness-implementation, Non-randomized, Cluster Controlled Trial. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):193.
26. van den Heuvel MW, Bodden DH, Smit F, Stikkelbroek Y, Weisz JR, Moerbeek M, et al. Relative effectiveness of CBT-components and sequencing in indicated depression prevention for adolescents: A cluster-randomized microtrial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2023;52(4):503-18.
27. Werner-Seidler A, Spanos S, Caelear AL, Perry Y, Torok M, O'Dea B, et al. School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2021;89:102079.
28. Heath GH, Fife-Schaw C, Wang L, Eddy CJ, Hone MJ, Pollastri AR. Collaborative Problem Solving reduces children's emotional and behavioral difficulties and parenting stress: Two key mechanisms. *Journal of clinical psychology*. 2020;76(7):1226-40.

# Estrés docente y salud mental de estudiantes en contextos escolares: una revisión integrativa de la evidencia internacional y chilena.

Teacher Stress and Student Mental Health in School Settings: An Integrative Review of International and Chilean Evidence.

**Pablo Vergara-Barra<sup>(1)(5)</sup>, Jorge Varela-Torres<sup>(2)(5)</sup>, Zenta Reichenberger-González<sup>(3)</sup>, Alejandro Sánchez-Oñate<sup>(4)</sup>**

**Resumen.** La salud mental escolar ha emergido como una prioridad global, mientras que el estrés y el malestar docente constituyen un desafío creciente para los sistemas educativos. El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia internacional y chilena sobre la relación entre estrés docente y salud mental estudiantil, identificando mecanismos explicativos e implicancias para la política educativa y la práctica clínica infanto-juvenil. Se realizó una revisión integrativa de literatura publicada entre 2010 y 2025, incorporando revisiones sistemáticas, estudios empíricos y documentos de política pública provenientes de bases de datos internacionales y latinoamericanas. Los resultados muestran que el estrés, burnout y distrés docente se asocian consistentemente con un deterioro del clima escolar, relaciones profesor-estudiante menos favorables y mayores síntomas internalizantes y externalizantes en estudiantes. Asimismo, la evidencia chilena confirma elevados niveles de malestar docente, aunque aún son escasos los estudios que vinculan directamente estas variables con la salud mental estudiantil. Se concluye que el bienestar docente constituye un factor relevante de la salud mental escolar y que las intervenciones deben abordar simultáneamente factores estructurales, organizacionales y relacionales mediante enfoques ecosistémicos.

**Palabras clave:** Salud Mental; Docentes; Agotamiento Profesional; Salud Escolar; Clima Escolar.

**Abstract.** School mental health has become a global priority, while teacher stress and psychological distress represent growing challenges for educational systems. This review aimed to examine international and Chilean evidence regarding the relationship between teacher stress and student mental health, identifying explanatory mechanisms and implications for educational policy and child and adolescent mental health practice. An integrative review of literature

1. Psicólogo, PhD, Laboratorio Determinantes de la Salud Mental y Psicoterapia, Instituto de Bienestar Socioemocional (IBEM) Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Chile.

2. Psicólogo, PhD, Laboratorio de Convivencia, Instituto de Bienestar Socioemocional (IBEM) Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Chile.

3. Psicóloga, Laboratorio de Convivencia, Instituto de Bienestar Socioemocional (IBEM) Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Chile.

4. Psicólogo, PhD, Laboratorio de Aprendizaje Multinivel en Educación Superior (AMES). Instituto de Bienestar Socioemocional (IBEM) Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Chile.

5. Grupo Estudio Salud Mental Escolar SOPNIA, Chile.

Correspondencia a Ps. Pablo Vergara-Barra, Ainavillo 456, Concepción, Chile, correo electrónico: pablovergara@udd.cl

published between 2010 and 2025 was conducted, including systematic reviews, empirical studies, and policy documents from international and Latin American databases. Findings indicate that teacher stress, burnout, and psychological distress are consistently associated with poorer school climate, less supportive teacher-student relationships, and higher levels of internalizing and externalizing symptoms among students. Chilean evidence also reveals high levels of teacher distress, although studies directly linking teacher and student mental health remain limited. The review concludes that teacher well-being is a significant factor of school mental health and that effective interventions should simultaneously address structural, organizational, and relational factors through ecosystemic approaches.

**Keywords:** Mental Health; Teachers; Burnout, Professional; School Health; School Climate.

### INTRODUCCIÓN

La salud mental de niños, niñas y adolescentes en el contexto escolar se ha posicionado como uno de los principales desafíos de los sistemas educativos a nivel mundial. Informes recientes de la Organización Mundial de la Salud y estudios multicéntricos documentan un aumento sostenido de síntomas ansiosos, depresivos y problemas conductuales en adolescentes, con especial impacto en mujeres y en jóvenes que viven en contextos de desigualdad (HBSC/WHO, 2023; World Health Organization, 2024). Estos problemas afectan la trayectoria educativa, el vínculo con la institución escolar y las oportunidades de desarrollo a lo largo del ciclo vital (HBSC/WHO, 2023).

En paralelo, la literatura sobre bienestar y salud mental del profesorado ha evidenciado una “doble crisis”: por una parte, altas tasas de estrés, burnout, ansiedad y depresión en docentes; por otra, dificultades crecientes para atraer y retener profesores en los sistemas escolares (Agyapong et al., 2022; Kurrle & Warwas, 2025). La revisión de Agyapong et al. (2022), que sintetiza más de 70 estudios, reporta prevalencias preocupantes de síntomas de estrés y burnout en docentes, los cuales se asocian de manera consistente con factores como la sobrecarga laboral, un clima organizacional negativo y el es-

caso apoyo institucional (Agyapong et al., 2022).

En Chile, investigaciones previas ya habían identificado niveles significativos de riesgo en salud mental y burnout en docentes de establecimientos municipales, con particular vulnerabilidad en mujeres y profesores de mayor edad y antigüedad (Reynaldós et al., 2015). Estudios más recientes, como la revisión exploratoria de Caamaño-Vega et al. (2025), muestran que la problemática se ha intensificado y diversificado, incorporando dimensiones como la precarización del trabajo y la intensificación de las exigencias emocionales de la docencia (Caamaño-Vega et al., 2025).

La pandemia de COVID-19 actuó como un factor que exacerbó las tensiones ya presentes. En una muestra de más de 600 docentes chilenos, Guzmán et al. (2023) encontraron que las mujeres y los profesores más jóvenes presentaban mayores niveles de desgaste emocional y emociones negativas, mientras que el tipo de dependencia del establecimiento se asociaba a diferencias significativas en el bienestar percibido. Complementariamente, diversos análisis de opinión y reportes de prensa han descrito un creciente “agobio docente”, atribuido a la intensificación del trabajo, el aumento de la violencia escolar y un sistema de aseguramiento de la

calidad fuertemente orientado a la rendición de cuentas (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023).

Si bien la relación entre salud docente y calidad educativa ha sido ampliamente discutida, la conexión específica entre el estrés docente y la salud mental estudiantil ha comenzado a clarificarse recién en los últimos años. Utilizando una muestra representativa de escuelas de Ontario, De Rubeis et al. (2024) demostraron que el distrés docente se asocia significativamente con síntomas internalizantes y externalizantes en estudiantes, incluso después de controlar factores contextuales relevantes. A su vez, la revisión sistemática de Vargas y Gómez (2024) evidencia que la mala salud docente se relaciona con el rendimiento académico y el compromiso escolar, lo que refuerza la idea de un vínculo estrecho entre el bienestar del profesorado y la salud mental estudiantil.

En este marco, resulta crítico para el contexto chileno, comprender cómo el estrés docente se vincula con la salud mental de niños, niñas y adolescentes en la escuela, considerando tanto factores individuales como estructurales del sistema educativo. Este conocimiento es especialmente relevante para sociedades científicas como la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), que articulan el campo de la psiquiatría y salud mental infanto-juvenil con los desafíos educativos y comunitarios.

Este artículo persigue tres objetivos principales: (a) describir el estado del arte internacional sobre estrés y bienestar docente y su asociación con resultados en salud mental estudiantil en contextos escolares; (b) sistematizar

la evidencia chilena y latinoamericana relativa a salud mental docente y su relación con el clima escolar, la convivencia y el bienestar estudiantil; y (c) proponer un modelo ecológico-recursivo que integre la evidencia revisada y oriente implicancias para la política educativa, la salud mental escolar y la práctica clínica infanto-juvenil en Chile (Agyapong et al., 2022; Caamaño-Vega et al., 2025; López et al., 2017).

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. Salud mental y salud mental escolar

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas reconocer sus propias capacidades, afrontar las tensiones cotidianas de la vida, desempeñarse de manera productiva y contribuir activamente a sus comunidades (World Health Organization, 2024). En la infancia y la adolescencia, este concepto se complejiza al incluir procesos propios del desarrollo, la construcción de la identidad y la participación en contextos claves como la familia y la escuela (HBSC/WHO, 2023).

El enfoque de los “dos continuos” propuesto por Keyes distingue entre la presencia o ausencia de psicopatología y la presencia o ausencia de bienestar, lo que permite conceptualizar situaciones como la de niños que, sin presentar trastornos clínicos, exhiben bajo bienestar, o la de docentes que combinan sintomatología ansiosa o depresiva con altos niveles de sentido y compromiso profesional (Kurrle & Warwas, 2025). Este enfoque ha inspirado adaptaciones al ámbito educativo que diferencian entre malestar psicológico y bienestar (florecimiento) en estudiantes y

profesores, planteando la necesidad de intervenciones que simultáneamente reduzcan el malestar y promuevan el bienestar (Kurrle & Warwas, 2025; Agyapong et al., 2022).

En el contexto escolar, la salud mental se entiende cada vez más como un fenómeno ecológico, en el que las condiciones estructurales de la escuela, el liderazgo, el clima de convivencia, las relaciones profesor-estudiante y los recursos socioemocionales de la comunidad educativa se articulan para configurar trayectorias de riesgo o de protección (López et al., 2017; Ministerio de Educación de Chile, 2023).

### **2. Estrés docente, burnout y carga alostática.**

El estrés docente puede definirse, desde la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), como el resultado de una evaluación cognitiva en la que las demandas laborales son percibidas como superiores a los recursos personales y contextuales del profesor. Los modelos de demandas y recursos laborales (Job Demands-Resources, JD-R) han mostrado que la combinación de altas demandas emocionales, administrativas y de rendimiento, junto con bajos niveles de apoyo, autonomía y reconocimiento, favorece la aparición de burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Agyapong et al., 2022; Kurrle & Warwas, 2025).

Desde la neurobiología del estrés, la noción de carga alostática de McEwen (1998) describe el costo fisiológico acumulado que implica para el organismo la activación sostenida de los sistemas de respuesta al estrés. En el caso de los docentes, la exposición cró-

nica a demandas intensas, conflictos de rol, violencia escolar y precariedad laboral puede traducirse en alteraciones inmunes, cardiovasculares y neurocognitivas, que se expresan en síntomas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y deterioro del funcionamiento cotidiano (Agyapong et al., 2022).

Aplicado al ámbito educativo, la carga alostática docente no sólo afecta a quien ejerce la docencia, sino que se desborda hacia la vida de aula: se manifiesta en menor disponibilidad emocional, mayor irritabilidad, menor sensibilidad a señales de malestar en los estudiantes y mayor probabilidad de recurrir a prácticas disciplinarias punitivas en lugar de estrategias formativas (Caamaño-Vega et al., 2025; López et al., 2017).

### **3. Salud mental de estudiantes y contexto escolar.**

La escuela constituye un escenario privilegiado tanto para el desarrollo como para la detección temprana de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes. Estudios internacionales muestran que una proporción importante de problemas internalizantes y externalizantes se manifiesta dentro del espacio escolar, afectando la asistencia, el rendimiento y las relaciones con pares y adultos (HBSC/WHO, 2023; World Health Organization, 2024).

En América Latina se ha documentado la importancia del clima escolar y la convivencia como moduladores del impacto del estrés socioeconómico y la violencia comunitaria sobre el bienestar estudiantil (López et al., 2017). Un clima escolar caracterizado por apoyo docente, normas claras y justas, y participación estudiantil se asocia con me-

jores resultados académicos y menores problemas de conducta (López et al., 2017).

En Chile, las políticas de convivencia escolar han evolucionado desde enfoques centrados en la disciplina hacia perspectivas más formativas y de ciudadanía. Sin embargo, persisten tensiones entre el énfasis en la medición estandarizada y la necesidad de atender la salud mental de comunidades educativas que enfrentan desigualdad, violencia y precarización (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023).

#### 4. Hacia un modelo ecológico-recursivo.

Integrando los marcos teóricos previamente expuestos, es posible conceptualizar la relación entre estrés docente y salud mental estudiantil como un proceso dinámico y recursivo. En primer lugar, las demandas y condiciones propias del sistema educativo se relacionan estrechamente con el bienestar psicológico del profesorado. Este bienestar—o su deterioro— se manifiesta en las interacciones cotidianas dentro del aula y en la configuración del clima escolar, elementos que inciden directamente en el bienestar emocional, la conducta y el compromiso académico de los estudiantes. A su vez, la presencia de conflictos, dificultades de aprendizaje o problemas de regulación emocional en el alumnado puede incrementar las exigencias percibidas por los docentes, contribuyendo a un aumento de sus niveles de estrés. De este modo, se generan ciclos de retroalimentación que pueden favorecer procesos de escalada del malestar o, en contextos más favorables, dinámicas de apoyo y cuidado mutuo (De Rubeis et al., 2024; Vargas & Gómez, 2024).

Este modelo reconoce la agencia tanto de docentes como de estudiantes, pero subraya que los procesos individuales están inmersos en estructuras institucionales y políticas que pueden amplificar o amortiguar la carga de estrés. Para el caso chileno, esto implica considerar la segmentación del sistema educativo, las lógicas de mercado y la desigual distribución de recursos entre establecimientos como elementos centrales del análisis (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023).

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Dado el objetivo de integrar evidencia conceptual, epidemiológica y empírica en un campo heterogéneo, se optó por una revisión de carácter integrativo, complementando los hallazgos de revisiones sistemáticas con estudios primarios relevantes para el contexto chileno (Agyapong et al., 2022; Caamaño-Vega et al., 2025; Vargas & Gómez, 2024).

Se revisaron artículos publicados principalmente entre 2010 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y repositorios latinoamericanos, utilizando combinaciones de palabras clave en inglés y español vinculadas a estrés docente, bienestar docente, salud mental escolar y Chile. Asimismo, se incluyeron documentos de política pública del Ministerio de Educación de Chile relativos a convivencia y salud mental en comunidades educativas (López et al., 2017; Ministerio de Educación de Chile, 2023).

Los criterios de inclusión priorizaron revisiones sistemáticas y de alcance sobre salud mental y bienestar docente, estudios que evaluarán explícitamente la asociación entre variables de salud o bienestar docente y resultados

estudiantiles, investigaciones chilenas y latinoamericanas sobre salud mental docente, clima escolar y convivencia, así como documentos de política que aportarán contexto al caso chileno (Agyapong et al., 2022; Caamaño-Vega et al., 2025; Guzmán et al., 2023; Reynaldos et al., 2015). Se excluyeron informes sin revisión por pares, duplicados y estudios centrados exclusivamente en educación superior, salvo cuando aportaban marcos conceptuales transferibles a otros niveles del sistema.

### RESULTADOS

#### 1. Prevalencia y correlatos del estrés y malestar docente.

La revisión de Agyapong et al. (2022) identificó una alta variabilidad en las tasas de estrés, burnout, ansiedad y depresión docente, con prevalencias de síntomas clínicamente relevantes que en algunos estudios superan el 30–40%, especialmente en contextos de alta demanda y escaso apoyo institucional. Entre los principales correlatos de malestar docente se encuentran la sobrecarga laboral, la ambigüedad de rol, la gestión del comportamiento estudiantil y la presión de la evaluación estandarizada.

Kurrle y Warwas (2025), en una revisión conceptual de publicaciones recientes sobre bienestar docente, muestran que el constructo se ha definido tanto en términos de condiciones (recursos laborales, clima escolar) como de componentes (afectos positivos, satisfacción, sentido de propósito) y resultados (salud, retención, calidad docente). Los autores destacan la necesidad de conceptualizaciones integrales que incluyan dimensiones emociona-

les, cognitivas y relacionales, lo que es consistente con la idea de que el bienestar docente constituye un continuo que va más allá de la simple ausencia de enfermedad.

En el contexto chileno, la revisión exploratoria realizada por Caamaño-Vega et al. (2025) muestra que gran parte de la evidencia disponible sobre docentes de educación parvularia, básica y media, reporta elevados niveles de agotamiento emocional, estrés de rol y malestar subjetivo, con particular vulnerabilidad en docentes jóvenes y en quienes trabajan en contextos de mayor precariedad. Esta evidencia sugiere que la salud mental docente debe entenderse como un problema estructural, más que como una falla individual.

En estudios específicos, Reynaldos et al. (2015) encontraron un riesgo elevado en salud mental y altos niveles de burnout en docentes de establecimientos municipales de la Región del Maule, con fuerte asociación entre puntajes del GHQ-12 y escalas de burnout, especialmente en mujeres y profesores de entre 36 a 50 años. Por su parte, Guzmán et al. (2023), en una muestra nacional de docentes chilenos, evidenciaron que los profesores más jóvenes reportan más emociones negativas y mayor desgaste, mientras que las mujeres informan mayores niveles de desgaste psíquico (Guzmán et al., 2023).

Columnas de opinión y reportes periódicos han enfatizado este escenario como un problema de salud laboral, destacando el incremento del agobio docente asociado a la intensificación del trabajo, el aumento de las tareas administrativas y la exposición a situaciones de violencia escolar (Salinas & Guerrero, 2023). Estas fuentes no cons-

tituyen evidencia empírica equivalente a los estudios revisados, pero aportan antecedentes contextuales sobre la manera en que el agobio docente ha sido descrito en el debate público chileno, alertando respecto de cómo afecta el bienestar y la capacidad para sostener vínculos pedagógicos de calidad.

## **2. Estrés docente, clima de aula y convivencia escolar.**

Diversos estudios han mostrado que el bienestar o malestar de los docentes se asocia con diferencias significativas en el clima de aula, las prácticas de manejo de curso y la calidad de las relaciones profesor-estudiante. Profesores con mayores niveles de bienestar tienden a mostrar más entusiasmo, sensibilidad y apoyo emocional hacia sus alumnos, mientras que quienes presentan niveles elevados de estrés y burnout reportan más reacciones irritables, mayor distancia emocional y recurren con más frecuencia al uso de estrategias disciplinarias punitivas (Kurrle & Warwas, 2025; Agyapong et al., 2022).

En América Latina, la literatura sobre clima escolar y convivencia ha evidenciado que un clima escolar positivo se asocia con mejor rendimiento académico, menor violencia y mayor bienestar estudiantil (López et al., 2017). Estas relaciones parecen mediar, al menos parcialmente, los efectos de la salud mental docente sobre los estudiantes: el estrés y el desgaste afectan la capacidad del profesor para sostener interacciones cálidas y estructuradas, lo que a su vez repercute en la regulación emocional y el comportamiento de los alumnos (López et al., 2017).

En Chile, estudios sobre convivencia escolar y políticas de inclusión han se-

ñalado que las escuelas se encuentran tensionadas por la coexistencia de políticas de accountability centradas en resultados estandarizados y discursos de inclusión y ciudadanía, generando escenarios en que los docentes deben responder a demandas muchas veces contradictorias (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023). Esta tensión se traduce en una carga emocional adicional que incide tanto en el profesorado como en el alumnado.

## **3. Evidencia directa: salud docente y salud mental estudiantil.**

La contribución más robusta en este ámbito proviene del estudio de De Rubeis et al. (2024), quien utilizó datos del School Mental Health Survey en Canadá. Los autores analizaron la asociación entre distrés docente y síntomas de salud mental en estudiantes de educación básica y media, encontrando que niveles elevados de distrés docente se relacionaban con mayores síntomas internalizantes y externalizantes en los estudiantes, aun controlando por características individuales y contextuales (De Rubeis et al., 2024). Estos resultados apoyan la hipótesis de que la salud docente constituye una dimensión relevante para comprender la salud mental escolar.

La revisión sistemática de Vargas y Gómez (2024), centrada en la relación entre la salud del profesorado y el rendimiento académico estudiantil, concluye que una mala salud docente se asocia con menores niveles de logro académico, mayores tasas de ausentismo y un menor compromiso escolar. Aunque el foco principal de la revisión es el desempeño académico, varios de los estudios incluidos también reportan asociaciones con variables socioe-

mocionales, tales como la motivación, la autoeficacia y la percepción de apoyo por parte de los docentes.

Por otra parte, diversas investigaciones han explorado cómo la salud emocional del profesorado podría influir en su capacidad para identificar y apoyar a estudiantes con dificultades de salud mental. La evidencia reciente sugiere que los docentes con mayores niveles de bienestar y autoeficacia se perciben mejor preparados para detectar señales de malestar en sus alumnos y facilitar el acceso a apoyos especializados. En contraste, el estrés y la ansiedad pueden limitar tanto su disposición como su capacidad para desempeñar este rol de primera respuesta (World Health Organization, 2024). En conjunto, estos hallazgos respaldan la idea de que el estrés y el malestar docente trascienden el ámbito laboral o de calidad de vida, y constituyen un factor relevante para comprender la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el contexto escolar.

#### **4. Mecanismos mediadores y moderadores.**

A partir de la literatura revisada, es posible proponer cuatro mecanismos potenciales mediante los cuales el estrés docente podría relacionarse con la salud mental estudiantil. Estos mecanismos presentan distintos niveles de respaldo empírico y, en varios casos, corresponden a hipótesis explicativas derivadas de estudios observacionales, revisiones conceptuales y marcos teóricos. Primero, la calidad de la relación profesor-estudiante: el malestar emocional de los docentes se asocia con relaciones más conflictivas, menor sensibilidad y menor apoyo percibido por los alumnos, características relaciona-

les que, de acuerdo con la evidencia revisada, se asocian con una mayor presencia de problemas internalizantes y externalizantes (De Rubeis et al., 2024; López et al., 2017). Segundo, el clima de aula y las expectativas académicas: docentes con alto burnout tienden a reportar aulas más caóticas, normas menos consistentes y expectativas más bajas hacia sus estudiantes, factores que se vinculan con mayor desregulación emocional y problemas conductuales (Agyapong et al., 2022; Vargas & Gómez, 2024).

Tercero, se propone como mecanismo potencial el modelaje de estrategias de afrontamiento y regulación emocional. Dada la participación cotidiana en las interacciones escolares, los docentes pueden constituir referentes de regulación emocional para sus estudiantes. En esta línea, respuestas caracterizadas por irritabilidad, evitación o distanciamiento emocional podrían contribuir a configurar patrones interaccionales menos reguladores, mientras que estrategias adaptativas de afrontamiento podrían favorecer interacciones más protectoras, mientras que estrategias de afrontamiento adaptativo y auto-compasión se asocian con mejor ajuste estudiantil (Kurrle & Warwas, 2025). Cuarto, la noción de carga alostática compartida sugiere que, en escuelas de alta vulnerabilidad, docentes y estudiantes comparten condiciones de precariedad, violencia y estrés crónico, lo que genera entornos que dificultan el desarrollo y el aprendizaje (McEwen, 1998; Salinas & Guerrero, 2023).

Finalmente, diversos recursos operan como factores moderadores de la relación entre demandas y salud mental, tanto en docentes como en estudiantes. Entre ellos destacan el apoyo social en-

tre colegas, el liderazgo escolar distribuido, la participación docente en la toma de decisiones y la existencia de programas de promoción del bienestar en la escuela (Kurrle & Warwas, 2025; Ministerio de Educación de Chile, 2023). La investigación futura debiera profundizar en cómo estos recursos protegen, de manera diferencial, a establecimientos ubicados en contextos de alta vulnerabilidad.

### 5. El caso chileno: evidencias y tensiones.

En Chile, la evidencia empírica que vincula directamente la salud docente con la salud mental estudiantil sigue siendo limitada; sin embargo, los antecedentes disponibles permiten delinear un escenario consistente. Estudios como el de Reynaldos et al. (2015) muestran que los docentes del sistema municipal presentan elevados niveles de riesgo en salud mental y burnout, particularmente las mujeres y aquellos con mayor antigüedad laboral, en un contexto marcado por recursos limitados y una alta presión por resultados. Asimismo, investigaciones más recientes describen a los docentes chilenos como profesionales altamente comprometidos, pero sometidos a importantes exigencias emocionales, siendo los más jóvenes quienes reportan mayores niveles de desgaste y emociones negativas (Guzmán et al., 2023).

La revisión de Caamaño-Vega et al. (2025) señala que la salud mental docente tiende a ser abordada desde perspectivas fragmentadas —estrés, burnout, depresión—, con escasa articulación con el bienestar estudiantil, pese a que la literatura internacional identifica esta conexión como clave para el diseño de políticas (Vargas &

Gómez, 2024). A nivel de política pública, el Ministerio de Educación ha impulsado en los últimos años una Estrategia Nacional de Salud Mental en Comunidades Educativas y un Plan de Reactivación Educativa con foco en convivencia y bienestar socioemocional (Ministerio de Educación de Chile, 2023).

No obstante, análisis críticos señalan que las condiciones estructurales de trabajo —sobrecarga, burocratización, falta de espacios de reflexión colectiva— permanecen insuficientemente abordadas, manteniendo el agobio docente como un obstáculo para la implementación efectiva de dichas políticas (Salinas & Guerrero, 2023). Esta tensión entre discurso del cuidado y las condiciones laborales constituye uno de los nudos centrales de la salud mental escolar en Chile.

### DISCUSIÓN

La evidencia revisada converge en la idea de que la salud mental docente no es un asunto periférico a la salud mental escolar, sino un componente central del ecosistema de bienestar de niños, niñas y adolescentes. El estudio de De Rubeis et al. (2024) aporta evidencia directa de una asociación entre distrés docente y síntomas internalizantes y externalizantes en estudiantes, mientras que la revisión de Vargas y Gómez (2024) extiende este impacto a la esfera del rendimiento académico.

Desde una perspectiva clínica y ecológica, estos hallazgos permiten concebir el estrés docente como un factor relacional de la salud mental estudiantil, que reconfigura las interacciones en el aula, el clima escolar y las oportunidades de regulación emocional y desarro-

llo para los estudiantes (López et al., 2017; McEwen, 1998).

El caso chileno se caracteriza por un sistema educativo fuertemente segmentado y atravesado por lógicas de mercado y accountability, que incrementan las presiones sobre docentes y equipos directivos (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023). Al mismo tiempo, existe un discurso creciente sobre convivencia y salud mental escolar, con iniciativas relevantes pero todavía incipientes para cuidar la salud de quienes sostienen cotidianamente el proceso educativo (Ministerio de Educación de Chile, 2023). La evidencia empírica disponible indica altos niveles de malestar docente, con particular vulnerabilidad en mujeres, docentes jóvenes y quienes trabajan en contextos de mayor vulnerabilidad (Caamaño-Vega et al., 2025; Guzmán et al., 2023; Reynaldós et al., 2015).

Esta combinación configura un escenario en el que la carga alostática del profesorado se suma a la de estudiantes y familias, aumentando el riesgo de espirales de deterioro: mayor agobio docente, incremento de conflictos y violencia, deterioro del clima escolar, mayor sintomatología en estudiantes y, como consecuencia, mayor distrés en docentes (McEwen, 1998; Salinas & Guerrero, 2023). Frente a ello, un enfoque de salud mental escolar que no considere explícitamente el bienestar del profesorado corre el riesgo de ser insuficiente o incluso contraproducente.

No obstante, la mayor parte de los estudios nacionales identificados se concentra en estrés, burnout, condiciones laborales o bienestar del profesorado, sin incorporar simultáneamente me-

didias de salud mental de estudiantes ni diseños multinivel o longitudinales. En consecuencia, la aplicabilidad del modelo propuesto al contexto chileno se sustenta parcialmente en evidencia internacional y en la articulación conceptual de antecedentes nacionales indirectos.

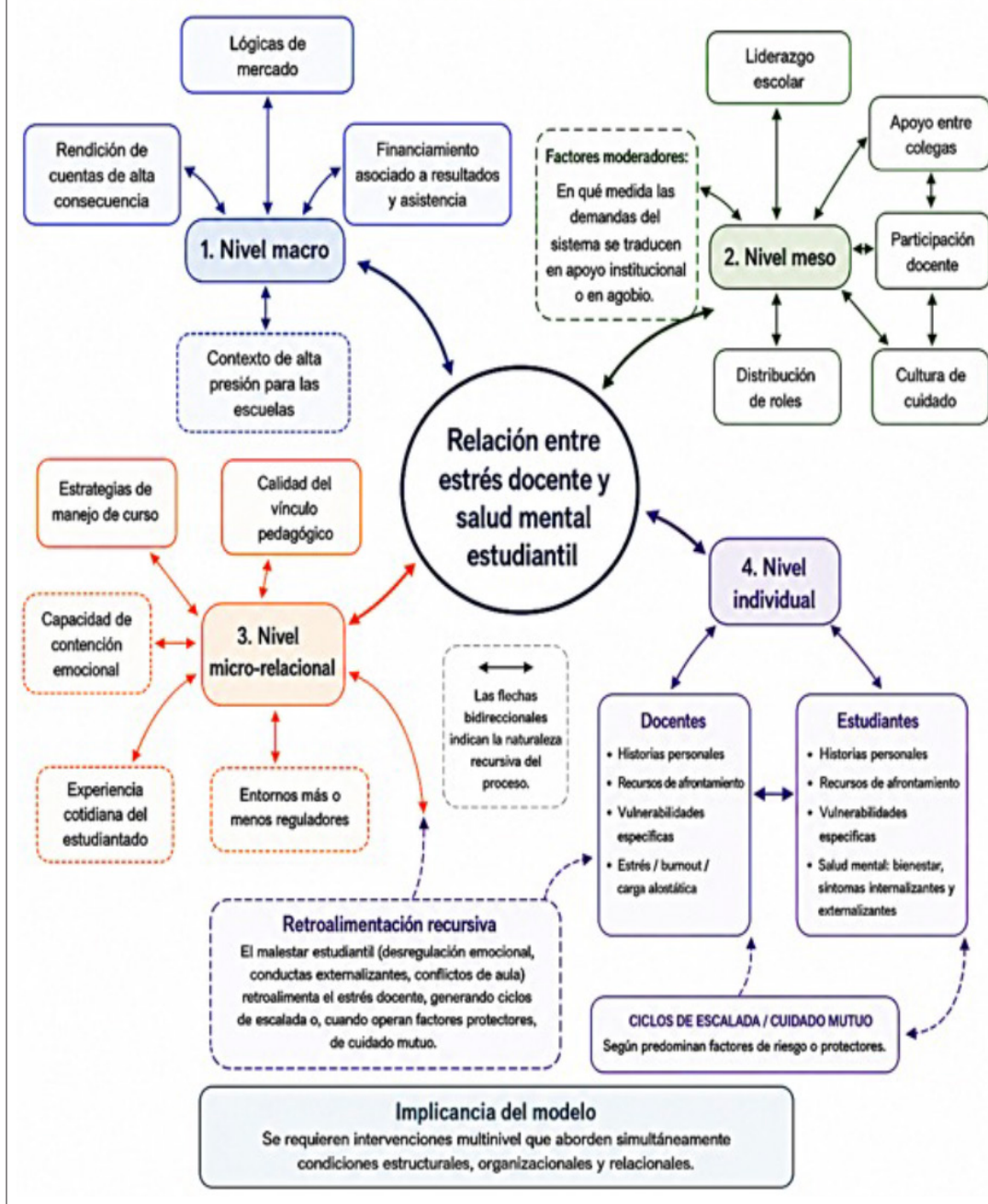
### **1. Hacia un modelo ecológico-recursivo aplicado a Chile.**

A partir de la evidencia revisada, se propone un modelo que comprende la relación estrés docente-salud mental estudiantil como un proceso recursivo en cuatro niveles (Figura 1). En el nivel macro, las lógicas de mercado, la rendición de cuentas de alta consecuencia y el financiamiento asociado a resultados y asistencia configuran un contexto de alta presión para las escuelas (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023). En el nivel meso, el liderazgo escolar, la distribución de roles, las oportunidades de participación docente y la cultura de cuidado definen en qué medida las demandas del sistema se traducen en apoyo institucional o en agobio (Kurrle & Warwas, 2025; Ministerio de Educación de Chile, 2023).

En el nivel micro-relacional, las estrategias de manejo de curso, la calidad del vínculo pedagógico y la capacidad de contención emocional se relacionan estrechamente con la experiencia cotidiana de los estudiantes, configurando entornos más o menos reguladores (De Rubeis et al., 2024; López et al., 2017). Finalmente, en el nivel individual, tanto docentes como estudiantes aportan historias personales, recursos de afrontamiento y vulnerabilidades específicas que modulan la forma en que se viven y procesa el estrés (Agyapong et al., 2022; HBSC/WHO, 2023).

## Figura 1. Modelo teórico ecologico recursivo aplicado a Chile

Relación entre estrés docente y salud mental estudiantil como proceso recursivo en cuatro niveles



*Nota.* El modelo representa relaciones hipotéticas entre cuatro niveles de análisis —macro, meso, micro-relacional e individual— y posibles vías mediante las cuales el estrés docente podría vincularse con la salud mental estudiantil. Las flechas bidireccionales representan la reciprocidad propuesta entre el malestar estudiantil y el estrés docente. Los factores señalados como moderadores —liderazgo escolar, apoyo entre colegas, participación docente y cultura de cuidado— se plantean como recursos que potencialmente podrían amortiguar o amplificar estas relaciones. El modelo constituye una síntesis conceptual derivada de la literatura revisada y requiere validación empírica.

La clave del modelo es que los flujos de influencia no son unidireccionales, sino recíprocos. Estudiantes con altos niveles de desregulación emocional y conductual incrementan el estrés docente; docentes con elevada carga alostática tienen menos recursos para sostener interacciones reguladoras, aumentando el riesgo de problemas en los alumnos (McEwen, 1998; De Rubeis et al., 2024). Esta lógica recursiva es consistente con perspectivas sistémicas y de complejidad, que enfatizan la necesidad de intervenciones multinivel que aborden simultáneamente condiciones estructurales, organizacionales y relacionales.

### **2. Implicancias para la política educativa y la salud mental escolar.**

#### ***2.1. Cuidar al que cuida: bienestar docente como prioridad de política pública.***

La evidencia internacional y chilena sugiere que las políticas de salud mental escolar serán de alcance limitado si no se incorporan explícitamente el bienestar y la salud mental del profesorado como objetivos (Agyapong et al., 2022; Caamaño-Vega et al., 2025; Guzmán et al., 2023). Ello implica, entre otras medidas, integrar indicadores de bienestar y salud laboral docente en los sistemas de aseguramiento de la calidad, promover marcos de gestión escolar que reduzcan la burocracia y fortalezcan el trabajo colaborativo, y diseñar programas de prevención y promoción de la salud mental dirigidos al profesorado, cuya efectividad sea evaluada rigurosamente mediante indicadores docentes y estudiantiles (Kurrle & Warwas, 2025; Ministerio de Educación de Chile, 2023).

#### ***2.2. Salud mental escolar desde una perspectiva ecosistémica.***

Para actores como SOPNIA, la integración entre salud mental y educación requiere avanzar hacia modelos de intervención ecosistémica que incluyan la asesoría y formación de escuelas en prácticas de disciplina formativa y apoyo socioemocional, con el estrés docente como un indicador a monitorear (López et al., 2017; Ministerio de Educación de Chile, 2023). Asimismo, se requieren programas de colaboración intersectorial entre salud, educación y desarrollo social, con énfasis en comunas de alta vulnerabilidad, que aborden simultáneamente factores de riesgo en familias, escuelas y comunidades (HBSC/WHO, 2023).

Las estrategias de evaluación deberían incluir indicadores de clima escolar, convivencia y bienestar de la comunidad educativa, y no sólo prevalencia de diagnósticos o consumo de fármacos. De este modo, la salud mental escolar puede ser entendida como un proceso colectivo, más que como un conjunto de casos clínicos aislados (López et al., 2017; Salinas & Guerrero, 2023).

#### ***2.3. Relevancia para la práctica clínica infanto-juvenil.***

Desde la perspectiva del clínico infanto-juvenil que trabaja con casos derivados desde la escuela, este cuerpo de evidencia sugiere: (a) considerar sistemáticamente la salud mental y el nivel de estrés de los docentes significativos en la red del paciente; (b) promover intervenciones de psicoeducación y apoyo a docentes como parte de los planes de tratamiento; y (c) fomentar puentes entre equipos clínicos y comunidades educativas, con el objetivo no

sólo de tratar al niño, sino también de fortalecer la capacidad reguladora del entorno escolar (Guzmán et al., 2023; Ministerio de Educación de Chile, 2023). En este sentido, las clínicas psicológicas universitarias y los equipos de salud mental infanto-juvenil pueden cumplir un rol estratégico como articuladores entre el sistema de salud y el sistema educativo.

A pesar del crecimiento de la literatura, persisten vacíos importantes, particularmente en el contexto chileno. En primer lugar, se requieren estudios longitudinales que permitan establecer la direccionalidad y los mecanismos causales entre estrés docente y salud mental estudiantil, integrando medidas de contexto, clima escolar y recursos personales (De Rubeis et al., 2024; Vargas & Gómez, 2024).

En segundo lugar, la investigación futura debería avanzar hacia estrategias multimetodológicas que articulen auto-reportes, observaciones de aula e indicadores fisiológicos de estrés, tanto en docentes como en estudiantes, a modo de capturar la complejidad de la carga alostática compartida (McEwen, 1998; HBSC/WHO, 2023).

En tercer lugar, resulta prioritario evaluar intervenciones centradas en programas de promoción del bienestar docente, describiendo su impacto en indicadores de salud mental estudiantil y clima escolar. Ello permitirá delimitar qué componentes (por ejemplo, entrenamiento en regulación emocional, mindfulness, autocompasión o trabajo colaborativo) presentan mayor efectividad y bajo qué condiciones de implementación (Kurrle & Warwas, 2025; Ministerio de Educación de Chile, 2023).

Finalmente, se requieren estudios que aborden las intersecciones de género, territorio y tipo de dependencia escolar, analizando cómo la segmentación del sistema educativo chileno amplifica o amortigua la carga de estrés para docentes y estudiantes (Caamaño-Vega et al., 2025; Guzmán et al., 2023). El trabajo cualitativo que recoja las narrativas de docentes, estudiantes y familias sobre agobio, convivencia y cuidado mutuo en la escuela post-pandemia puede ofrecer claves relevantes para el diseño de políticas y programas culturalmente pertinentes.

## CONCLUSIONES

La revisión realizada permite extraer varias conclusiones centrales. Primero, el estrés, el burnout y la mala salud mental docente constituyen un problema de salud pública a nivel global, con particular intensidad en contextos de alta demanda y bajos recursos como el sistema escolar chileno (Agyapong et al., 2022; Caamaño-Vega et al., 2025; Reynaldós et al., 2015). Segundo, la evidencia internacional, especialmente el estudio de De Rubeis et al. (2024) y la revisión de Vargas y Gómez (2024), muestra que el distrés docente se asocia con indicadores de salud mental y rendimiento de los estudiantes, respaldando la relevancia del bienestar del profesorado como uno de los factores relacionados con la salud mental escolar.

Tercero, en Chile los estudios disponibles indican altos niveles de malestar docente, pero aún son escasos los trabajos que articulan explícitamente estas variables con resultados de salud mental estudiantil, lo que constituye una agenda de investigación relevante (Caamaño-Vega et al., 2025; Guzmán et

al., 2023). Cuarto, las políticas educativas y de salud mental escolar que omiten el bienestar docente corren el riesgo de ser insuficientes o inconsistentes, al demandar a profesores agobiados que sostengan procesos complejos de contención y apoyo sin las condiciones adecuadas para ello (López et al., 2017; Ministerio de Educación de Chile, 2023; Salinas & Guerrero, 2023).

Desde una perspectiva psicológica clínica infanto-juvenil, el abordaje del sufrimiento psíquico de niños, niñas y adolescentes requiere ampliar la mirada hacia los adultos significativos que sostienen el macrosistema de crianza y educación, integrando al profesorado como un interlocutor esencial y un destinatario legítimo de cuidados e intervenciones (Guzmán et al., 2023). En síntesis, avanzar en la comprensión y abordaje del vínculo entre estrés docente y salud mental estudiantil en Chile requiere un giro conceptual y práctico: dejar de comprender la salud mental escolar como responsabilidad exclusiva de especialistas externos, o como un atributo de los estudiantes “problemáticos”, para concebirla como un proceso compartido donde el cuidado de quienes enseñan es condición indispensable para el bienestar de quienes aprenden.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agyapong, B., Hrabok, M., Vuong, W., Shalaby, R., Surood, S., Greenshaw, A. J., & Agyapong, V. I. O. (2022). Stress, burnout, anxiety and depression among teachers: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10706. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710706>
2. Caamaño-Vega, V., Castillo, K., Galliguillo, I., & Antiquera, P. (2025). Salud mental de docentes que enseñan en niveles de educación preescolar, primaria y secundaria: Una revisión bibliográfica exploratoria. *Summa Psicológica UST*, 22(1).
3. De Rubeis, V., Repchuck, R., Halladay, J., Cost, K. T., Thabane, L., & Georgiades, K. (2024). The association between teacher distress and student mental health outcomes: A cross-sectional study using data from the school mental health survey. *BMC Psychology*, 12, 583. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02071-3>
4. Guzmán, P., Varela, J. J., Oriol, X., Canales, A., & Quintana, A. (2023). Docentes en Chile durante la pandemia COVID: Un estudio cuantitativo sobre sus emociones, bienestar y desgaste profesional. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 49(2), 243–262. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052023000200243>
5. HBSC/WHO. (2023). A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, Central Asia, and Canada. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
6. Kurrle, L. M., & Warwas, J. (2025). Teacher well-being. A conceptual systematic review (2020–2023). *Education Sciences*, 15(6), 766. <https://doi.org/10.3390/educsci15060766>
7. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
8. López, N., Ascorra, P., & Morales, M. (2017). School climate and convivencia escolar: Tensions and issues in Latin America. En N. López (Ed.), *School climate and con-*

- vivencia escolar in Latin America*. Routledge.
9. McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
10. Ministerio de Educación de Chile. (2023). Estrategia Nacional de Salud Mental en Comunidades Educativas. Gobierno de Chile. Recuperado de <https://www.curriculumnacional.cl/recursos/cartilla-1-estrategia-salud-mental-comunidades-educativas-enfoques-conceptos-fundamentales>
11. Reynaldos Quinteros, C., Gray Gariazzo, N., & Alfaro Montecino, B. D. (2015). Riesgo en salud mental y burnout en docentes de establecimientos municipales. *UCMaule*, 49, 9–22.
12. Salinas González, J., & Guerrero Morales, P. (2023, 12 de junio). Agobio y salud laboral entre trabajadores de la educación. CIPER Chile.
13. Vargas, M. L., & Gómez, R. L. (2024). Teachers' health and the students' academic achievement: A systematic review of literature. *Tempus Psicológico*, 7, 168–189. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.7.1.5011.2024>

# Salud mental escolar en Chile: desafíos para consolidar una arquitectura preventiva, intersectorial y multinivel.

School Mental Health in Chile: Challenges for Consolidating a Preventive, Intersectoral, and Multitiered System.

*Rodrigo Rojas-Andrade<sup>1</sup>, Belén Vargas Gallegos<sup>2,3</sup>*

**Resumen.** Este artículo analiza antecedentes programáticos, normativos y empíricos sobre salud mental escolar en Chile, con énfasis en los desafíos para consolidar una arquitectura preventiva, intersectorial y multinivel. La evidencia nacional muestra una alta prevalencia de necesidades de salud mental en niños, niñas y adolescentes, brechas de atención y una participación relevante del sistema escolar como espacio de apoyo inicial. A la vez, el país cuenta con una trayectoria acumulada de programas nacionales, orientaciones técnicas, instrumentos de tamizaje y detección, normativa sobre convivencia y bienestar, experiencias territoriales e investigación sobre implementación. Entre estos avances destaca la Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas, elaborada intersectorialmente en el marco del Plan de Reactivación Educativa. No obstante, estos desarrollos aún requieren mayor articulación para traducirse en rutas de apoyo, seguimiento y continuidad de cuidados. Se concluye que la escuela no reemplaza al sistema de salud, pero desempeña un papel estratégico en promoción, prevención, detección temprana, apoyo cotidiano y coordinación con servicios especializados. Consolidar esta arquitectura requiere gobernanza, financiamiento, formación, datos y evaluación de implementación.

**Palabras clave:** salud mental escolar; sistemas multinivel; intersectorialidad; tamizaje; implementación; infancia y adolescencia; prevención.

**Abstract.** This article analyzes programmatic, regulatory, and empirical evidence on school mental health in Chile, focusing on the challenges involved in consolidating a preventive, intersectoral, and multi-tiered system. National evidence shows a high burden of mental health needs among children and adolescents, relevant treatment gaps, and an important role of schools as settings for initial support. Chile has also developed national programs, technical guidelines, screening, active case-finding, and early detection procedures, regulations on co-existence and well-being, territorial experiences, and implementation research. Among these developments, the School Community Mental Health Strategy, developed intersectorally within the Educational Reactivation Plan, is particularly relevant. However, these advances still need stronger integration to become clear pathways for support, follow-up, and continuity of care. The article concludes that schools do not replace health services, but they play a strategic role in promotion, prevention, early detection, everyday support, and coordination with

1. Psicólogo. Doctor en psicología, Universidad de Santiago de Chile, Chile. (<https://orcid.org/0000-0002-6459-6902>)

2. Psicóloga. Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago, Chile. (<https://orcid.org/0000-0003-1028-9066>).

3. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile.

Correspondencia a Rodrigo Rojas-Andrade. Víctor Jara 3650, Tercer Piso, Estación Central, Santiago de Chile. Email: [rodrigo.rojas.a@usach.cl](mailto:rodrigo.rojas.a@usach.cl)

specialized care. Consolidating this architecture requires governance, funding, training, data systems, and implementation evaluation.

**Keywords:** school mental health; multi-tiered systems; intersectoral collaboration; screening; implementation; children and adolescents; prevention.

### INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes constituyen una prioridad de salud pública por su prevalencia, su impacto sobre el desarrollo y su asociación con trayectorias educativas más frágiles y con efectos relevantes para su entorno [1-3]. Sin embargo, cuando este problema se observa desde la escuela, adquiere una expresión concreta y cotidiana. El malestar no aparece solamente como una categoría clínica; también se manifiesta en cambios en la asistencia, en la participación en clases, en la relación con pares, en la convivencia, en el vínculo con adultos significativos, en el rendimiento académico y en la continuidad de las trayectorias educativas. Por esta razón, la escuela no puede ser considerada un actor externo ni un espectador del campo de la salud mental infanto-juvenil. Es uno de los espacios donde las necesidades se expresan, se detectan y muchas veces reciben una primera respuesta [4,5].

La evidencia internacional ha mostrado que las intervenciones escolares pueden ampliar el acceso a apoyos, reducir barreras asociadas al estigma y organizar respuestas preventivas de mayor cobertura [4,6]. Al mismo tiempo, esta literatura advierte que la sola presencia de programas no garantiza resultados. Para que una intervención escolar produzca beneficios sostenibles, debe implementarse con calidad, contar con equipos formados, disponer de liderazgo institucional, integrarse a la vida cotidiana de la escuela y articularse con servicios externos cuando

la complejidad de los casos lo requiere [7-9].

En Chile, la salud mental escolar no surge como una agenda nueva. La evidencia epidemiológica desde hace décadas ha documentado una alta prevalencia de trastornos mentales en población infanto-juvenil y una brecha importante de atención [9]. Al mismo tiempo, ha mostrado que los servicios educacionales aparecen como una fuente frecuente de apoyo entre quienes buscan ayuda [10]. Estudios posteriores al período pandémico también han reportado niveles elevados de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en población escolar chilena [11]. Por otra parte, se han observado menores niveles de utilización de servicios de salud mental entre adolescentes de familias migrantes y otros grupos socialmente desfavorecidos, lo que indica barreras asociadas a inequidad [12].

Estos antecedentes sugieren que el desafío chileno no consiste simplemente en “llevar” la salud mental a la escuela. En buena medida, la salud mental ya está en la escuela: en las demandas que reciben los docentes, en las consultas de las familias, en los equipos de convivencia, en los programas psicosociales, en las derivaciones a atención primaria y en las trayectorias de estudiantes que requieren apoyos diferenciados [11,13,14]. El problema es que estas respuestas suelen operar con distintos grados de formalización, coordinación y continuidad. Además, es necesario distinguir que la participación de la escuela en salud mental no implica que esta asuma funciones diagnósticas o

terapéuticas propias de los servicios de salud. Por ello, la pregunta central ya no es si la escuela debe participar en salud mental, sino cómo debe organizarse esa participación para que sea preventiva, proporcional, intersectorial y sostenible.

Este artículo tiene por objetivo analizar antecedentes programáticos, normativos y empíricos sobre salud mental escolar en Chile, con el fin de discutir los desafíos para consolidar una arquitectura integrada de salud mental para la infancia y la adolescencia. Se sostiene que el país cuenta con avances relevantes, pero aún necesita articularlos en una arquitectura común que integre promoción, prevención, detección temprana, apoyos focalizados, intervención indicada, coordinación con salud, continuidad de cuidados y toma de decisiones basada en datos.

Para lo anterior, se realizó una revisión narrativa de literatura científica, documentos técnicos, normativos y programáticos relacionados con salud mental escolar en Chile. Se consideraron publicaciones nacionales e internacionales sobre promoción, prevención, sistemas multinivel, detección, coordinación intersectorial e implementación, además de documentos oficiales del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y otros organismos públicos. La selección se orientó a identificar antecedentes relevantes para analizar la arquitectura actual de salud mental escolar en Chile y sus principales desafíos de implementación.

### ANTECEDENTES PROGRAMÁTICOS, NORMATIVOS Y EMPÍRICOS EN CHILE

Para comprender el momento actual

de la salud mental escolar en Chile, es necesario reconocer que el país no comienza desde una página en blanco. Durante las últimas décadas se han desarrollado programas, orientaciones técnicas, instrumentos, marcos normativos y experiencias territoriales que han instalado progresivamente la salud mental como un asunto relevante para las comunidades educativas. Esta trayectoria no constituye todavía un sistema plenamente integrado, pero sí ofrece una base sobre la cual avanzar hacia una arquitectura más preventiva, intersectorial y multinivel.

Uno de los antecedentes más importantes es el programa Habilidades para la Vida, implementado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas desde 1998. Este programa ha sido reconocido como una de las iniciativas escolares de salud mental de mayor cobertura internacional y combina tamizaje, promoción, prevención focalizada, derivación asistida, fortalecimiento de redes y evaluación continua [13,15]. Su relevancia no radica sólo en su cobertura, sino en haber instalado tempranamente una lógica de trabajo que reconoce que la salud mental escolar no se limita a la atención individual de estudiantes, sino que requiere intervenir con docentes, familias, equipos escolares y redes locales.

La experiencia acumulada por Habilidades para la Vida también permite observar algunas tensiones persistentes del campo. Un estudio con profesionales chilenos del programa identificó dificultades externalizantes, internalizantes y de convivencia escolar como necesidades frecuentes en los establecimientos. Sin embargo, las barreras descritas no se ubicaban únicamente en los estudiantes, sino también en las

condiciones escolares: malestar docente, falta de espacios en la agenda escolar, recursos profesionales insuficientes y baja articulación de redes [14]. Estos hallazgos son relevantes porque muestran que la salud mental escolar requiere mirar simultáneamente las necesidades de niños, niñas y adolescentes y las condiciones institucionales en que se espera responder a ellas.

La evidencia sobre servicios de salud mental en contexto escolar refuerza esta lectura. Macaya Sandoval et al. analizaron el uso de servicios escolares en población infanto-juvenil chilena y observaron que la escuela entrega apoyos a estudiantes con trastornos mentales y condiciones subumbrales, especialmente mediante orientación o terapia “escolar” [10]. Las respuestas escolares fueron más frecuentes ante problemas disruptivos, lo que sugiere que las necesidades más visibles para la organización escolar tienden a movilizar más apoyo que las dificultades internalizantes. Este punto es crítico, porque indica que la escuela ya responde, pero lo hace con mayor facilidad frente a aquello que interrumpe la vida escolar cotidiana.

Desde el sector salud también se han generado orientaciones que reconocen a la escuela como un espacio estratégico. El Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil propone una coordinación entre atención primaria, escuela, JUNAEB, Chile Crece Contigo y redes comunales, considerando a los establecimientos educacionales como espacios relevantes para detección temprana, promoción, prevención, derivación y seguimiento [16]. No obstante, su implementación no ha escalado a todo el país y se ha concentrado en torno a 90 comunas, lo que muestra la distan-

cia entre el diseño programático y su cobertura efectiva.

De manera complementaria, las recomendaciones del Ministerio de Salud para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales proponen una estrategia integral basada en clima escolar protector, prevención de problemas de salud mental, educación y sensibilización, detección de estudiantes en riesgo, protocolos de actuación y coordinación con la red de salud [17]. Ambas orientaciones muestran que la intersectorialidad no es un agregado posterior, sino una condición necesaria para organizar respuestas proporcionales y seguras.

En el plano educativo, la Política Nacional de Convivencia Educativa 2024-2030 ofrece un marco particularmente relevante. Esta política vincula convivencia, cuidado, inclusión, participación y bienestar socioemocional, y propone avanzar desde respuestas reactivas hacia estrategias promocionales, preventivas, articuladas y comunitarias [18]. Su importancia para la salud mental escolar radica en que sitúa el bienestar dentro de la gestión cotidiana de la escuela y no sólo en dispositivos externos o acciones clínicas. Desde esta perspectiva, la convivencia educativa no es un tema paralelo a la salud mental, sino una de las condiciones institucionales que puede favorecer o deteriorar el bienestar de la comunidad.

La Ley N.º 21.809, publicada en abril de 2026 y vigente desde julio de 2026, refuerza esta orientación al establecer el deber del Estado de promover buena convivencia, buen trato, no discriminación arbitraria, bienestar socioemocional, aprendizaje y educación

integral en las comunidades educativas [19]. Además de establecer responsabilidades para los establecimientos, la ley configura una arquitectura institucional de bienestar socioemocional escolar, con nuevos mecanismos de política pública, supervisión y evaluación. Este cambio normativo es relevante porque desplaza la salud mental escolar desde el terreno de las recomendaciones hacia un marco de obligaciones institucionales. Sin embargo, la existencia de una norma no garantiza por sí sola capacidad de implementación. Para que estos mandatos se traduzcan en prácticas efectivas, se requieren recursos, formación, liderazgo, instrumentos de gestión y redes disponibles.

Otros instrumentos normativos también ofrecen condiciones habilitantes. El Decreto 67, aunque centrado en evaluación, calificación y promoción escolar, define la evaluación como un proceso para obtener e interpretar información que permita tomar decisiones orientadas al progreso del aprendizaje [20]. Asimismo, exige que las decisiones sobre estudiantes en riesgo de repitencia consideren información recogida en distintos momentos y fuentes, incluyendo la visión del estudiante y su familia. Esta lógica es consistente con una perspectiva de salud mental escolar, porque permite vincular información pedagógica, apoyos psicosociales y continuidad de trayectorias educativas.

La Circular de la Superintendencia de Educación sobre reglamentos internos también es relevante para esta discusión. Al establecer principios de dignidad, interés superior, no discriminación, justo procedimiento, proporcionalidad, participación y autonomía progresiva, ofrece un marco para

organizar protocolos, medidas de apoyo y resguardo de derechos en los establecimientos [21]. Asimismo, refuerza la necesidad de articularse con la red de salud cuando las situaciones exceden las capacidades de respuesta del establecimiento. En este sentido, los reglamentos internos no deberían operar sólo como instrumentos disciplinarios, sino también como dispositivos institucionales para orientar respuestas formativas, preventivas y protectoras ante situaciones que afectan la convivencia, el bienestar y la salud mental.

A estos antecedentes se suma el impulso reciente de la política de reactivación educativa, desarrollada en colaboración con el sector salud, que fortaleció líneas de convivencia y salud mental, reforzó programas existentes e incorporó dispositivos de apoyo psicosocial transitorio para contextos de crisis. En este marco, la Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas se ubica en el eje de Convivencia, Bienestar y Salud Mental del Plan de Reactivación Educativa y en la Política Nacional de Convivencia Educativa. Esta estrategia integra la salud mental como un aspecto constitutivo del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, contempla acciones para estudiantes, docentes, educadores, asistentes de la educación y familias, y promueve el trabajo coordinado entre organismos del Estado [22-24].

En conjunto, estos antecedentes permiten sostener que Chile dispone de una base programática, normativa y técnica significativa. El problema no es la ausencia total de iniciativas, sino su integración. Programas, orientaciones, instrumentos, normativas y experiencias territoriales coexisten, pero no siempre dialogan entre sí ni se tradu-

cen en rutas comunes de cuidado. La Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas es un avance en esa dirección, porque ofrece un marco oficial para organizar la promoción, la prevención, la detección, la derivación, el seguimiento y la coordinación intersectorial. Por ello, el desafío actual es pasar desde una acumulación de respuestas hacia un sistema capaz de ordenar responsabilidades, niveles de apoyo, mecanismos de derivación, seguimiento y decisiones basadas en información.

#### DE LA RESPUESTA REACTIVA A LOS SISTEMAS MULTINIVEL.

Una parte importante de la respuesta escolar en salud mental se activa cuando el problema ya se ha vuelto visible. Esto ocurre cuando un estudiante presenta una crisis, acumula conflictos de convivencia, disminuye sostenidamente su asistencia, muestra cambios conductuales relevantes o requiere derivación a servicios externos. Estas respuestas son necesarias y, en muchos casos, urgentes. Sin embargo, cuando el sistema se organiza principalmente desde la reacción, llega tarde a necesidades que podrían haberse identificado y acompañado antes.

La atención de salud especializada cumple un papel indispensable en situaciones de mayor complejidad, pero resulta insuficiente como eje principal de la salud mental escolar. En contextos con brechas de atención, listas de espera, discontinuidad entre sectores y disponibilidad limitada de servicios especializados, una respuesta centrada casi exclusivamente en derivar puede aumentar la fragmentación del cuidado y generar expectativas que la red no siempre dispone de capacidad suficien-

te para responder oportunamente. La escuela identifica una necesidad, activa una ruta de atención y luego muchas veces queda sin información suficiente para acompañar la trayectoria del estudiante. El problema no es la derivación en sí misma, sino su uso como sustituto de un sistema más amplio de promoción, prevención, apoyo y seguimiento.

Los sistemas multinivel de apoyo ofrecen una alternativa para organizar las respuestas de manera más proporcional. En salud mental escolar, estos sistemas combinan acciones universales de promoción y prevención para toda la comunidad, apoyos focalizados para grupos o estudiantes con señales tempranas de problemas de salud mental e intervenciones indicadas, seguimiento, adecuaciones educativas y coordinación con salud para situaciones de mayor complejidad [25,26]. En Chile, la Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas también oficializa una aproximación multinivel, al organizar orientaciones para la comunidad educativa, procedimientos de detección, derivación y seguimiento, y articulación con la red pública de salud y protección [22-24]. Su aporte no consiste en clasificar estudiantes según niveles de riesgo, sino en ayudar a decidir qué tipo de apoyo se requiere, con qué intensidad, durante cuánto tiempo, quién debe implementarlo, cuándo corresponde derivar y cómo se monitorea el progreso.

Esta lógica es especialmente relevante para el contexto chileno, donde las escuelas ya desarrollan múltiples acciones psicosociales, pero no siempre de manera equilibrada ni articulada con el modelo multinivel que la estrategia oficial propone. Un estudio chileno sobre

planificación de acciones psicosociales y de salud mental en escuelas públicas encontró una distribución desigual de las acciones planificadas: las intervenciones universales y especializadas fueron más frecuentes que las focalizadas, mientras que el monitoreo del progreso, la toma de decisiones basada en datos y el desarrollo profesional tuvieron menor presencia. Además, la planificación tendió a priorizar asistencia y retención escolar por sobre estrategias preventivas y de promoción socioemocional [27].

Este patrón permite identificar una brecha crítica. Si el nivel focalizado es débil, la respuesta escolar tiende a concentrarse en dos extremos: acciones universales de baja intensidad para todos y respuestas especializadas para estudiantes que ya presentan necesidades más complejas. Entre ambos niveles queda un espacio decisivo para la prevención: estudiantes que no requieren necesariamente atención especializada, pero que sí necesitan apoyos oportunos, breves, estructurados y monitoreados. La baja presencia de este nivel intermedio puede limitar la capacidad de anticipar problemas y reducir la carga posterior sobre los equipos escolares y la red de salud.

Fortalecer los apoyos focalizados no significa crear un nuevo dispositivo paralelo a la escuela. Implica organizar mejor lo que muchas comunidades educativas ya intentan hacer: intervenciones grupales breves para estudiantes con dificultades socioemocionales comunes, acompañamiento a cursos con problemas de convivencia, estrategias de apoyo a la asistencia, tutorías, intervención familiar breve, trabajo con docentes y seguimiento de estudiantes con señales tempranas de desvincula-

ción. La diferencia es que estas acciones deberían planificarse con criterios explícitos, objetivos definidos, duración acotada, responsables claros y mecanismos de evaluación.

Desde esta perspectiva, el modelo multinivel no debe entenderse como una pirámide estática, sino como una forma de gestión integrada. Permite evitar que toda necesidad sea tratada como caso individual y, al mismo tiempo, impide que las acciones universales oculten la existencia de estudiantes o grupos que requieren apoyos más intensivos. Su valor está en ordenar la respuesta antes de que el malestar se transforme en crisis, fracaso escolar, abandono o derivación tardía.

### DETECCIÓN, MONITOREO Y TOMA DE DECISIONES BASADA EN DATOS.

Un sistema multinivel requiere información. Sin datos oportunos, la respuesta escolar depende principalmente de señales visibles, demandas espontáneas o criterios informales de derivación. Esto puede dejar fuera a estudiantes con dificultades menos evidentes, especialmente problemas internalizantes, malestar emocional silencioso o baja conexión escolar. Por ello, el tamizaje, la detección activa y el monitoreo no deben verse como tareas administrativas adicionales, sino como herramientas complementarias para organizar una respuesta más justa, temprana y proporcional.

La detección activa, como la promoción en las recomendaciones nacionales para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales, permite que los equipos no dependan sólo de instrumentos estanda-

rizados, sino también de observación, entrevistas, alertas de la comunidad y protocolos de actuación [17,22].

La detección no equivale a diagnóstico clínico. Su función, aplicada al contexto escolar, es identificar necesidades probables, priorizar apoyos, orientar la planificación y monitorear cambios a nivel individual, grupal e institucional [28,29]. Esta distinción es fundamental. Cuando el tamizaje se interpreta como diagnóstico, aumenta el riesgo de etiquetar o medicalizar experiencias escolares. En cambio, cuando se usa como información para la toma de decisiones, puede ayudar a que las escuelas reconozcan necesidades que de otro modo permanecerían invisibles.

Chile cuenta con antecedentes relevantes en esta materia. Por ejemplo, el Pediatric Symptom Checklist (PSC) es uno de los instrumentos de tamizaje de dificultades emocionales y conductuales más utilizados en el mundo, con versiones abreviadas ampliamente empleadas a nivel internacional, como el PSC-17 [30]. En Chile, el PSC fue adaptado y validado hace más de 30 años y se sigue utilizando actualmente [31]. Asimismo, estudios nacionales han mostrado que indicadores tempranos de salud mental y adaptación escolar se asocian con resultados educativos posteriores [32]. Estos antecedentes respaldan el uso de instrumentos breves en contextos escolares, siempre que formen parte de rutas de respuesta y no se reduzcan a procedimientos aislados de clasificación.

La experiencia del Servicio Local de Educación Pública de Barrancas muestra una forma concreta de avanzar en esta dirección. Su Modelo de Intervención Psicosocial Escolar (MIPE)

organiza el trabajo mediante evaluación inicial, intervenciones multinivel, seguimiento del progreso, decisiones basadas en datos y colaboración interinstitucional [33]. Además, incorpora una plataforma digital orientada a medir riesgo de deserción, dificultades socioemocionales, habilidades socioemocionales, capacidades de resiliencia y conexión escolar, con el propósito de orientar la planificación y evaluar el avance de las intervenciones. Esta experiencia ilustra cómo los datos pueden integrarse a la gestión escolar y no quedar restringidos al registro administrativo.

El uso de datos, sin embargo, exige una discusión ética. Detectar necesidades sin disponer de apoyos puede aumentar la frustración de estudiantes, familias y equipos. Registrar información sensible sin resguardos suficientes puede afectar la confidencialidad y clasificar estudiantes sin criterios claros puede reforzar estigmas o prácticas de exclusión. Por ello, el tamizaje y la detección activa sólo son justificables cuando se integran a un sistema de apoyo con consentimiento o asentimiento según corresponda, protocolos de confidencialidad, criterios de derivación, organización clara de la derivación, una red preparada para recibir los casos, seguimiento y evaluación continua.

También es necesario evitar que la toma de decisiones basada en datos se reduzca a indicadores de asistencia, rendimiento o cumplimiento administrativo. Estos datos son importantes, pero no bastan para comprender el bienestar escolar. Un sistema preventivo requiere integrar información sobre síntomas, funcionamiento positivo, conexión escolar, convivencia, participación, apoyos disponibles y barreras

contextuales. La pregunta no debería ser sólo qué estudiantes presentan riesgo, sino qué condiciones escolares están produciendo, amplificando o amortiguando ese riesgo.

En este sentido, los datos tienen valor cuando permiten modificar prácticas. La detección debería conducir a planificación; la planificación, a apoyos diferenciados; los apoyos, a monitoreo; y el monitoreo, a ajustes. Sin este ciclo, los instrumentos pierden sentido y pueden transformarse en una carga más para los equipos. Con este ciclo, en cambio, la información se convierte en una herramienta para distribuir mejor los recursos, priorizar necesidades y evaluar si las acciones están produciendo los cambios esperados.

Cabe señalar, además, que los datos recogidos en el espacio escolar no deberían utilizarse exclusivamente para identificar estudiantes en riesgo. Una dimensión menos explorada es el uso de datos para monitorear la calidad y sostenibilidad de las propias estrategias preventivas. Indicadores como la tasa de activación de protocolos, el tiempo de respuesta ante derivaciones, el porcentaje de estudiantes que reciben seguimiento tras una detección positiva, o el nivel de participación docente en acciones de formación, ofrecen información valiosa sobre el funcionamiento del sistema y no sólo sobre el estado de los estudiantes. En conjunto, estos indicadores permiten estimar la capacidad de respuesta del sistema: cuántas necesidades detectadas reciben apoyo, con qué oportunidad, continuidad, adherencia y resultados.

Esta distinción es relevante porque un sistema que detecta bien pero responde mal puede generar más daño que

beneficio: aumenta la visibilidad del problema sin aumentar la capacidad de acompañarlo. Integrar datos de implementación junto con datos de necesidad es, por tanto, una condición para que el tamizaje y la detección cumplan su función preventiva de manera responsable y sostenida.

### INTERSECTORIALIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Si la escuela es un espacio privilegiado para detectar necesidades y activar apoyos, la pregunta siguiente es cómo se conecta con el resto del sistema. En salud mental escolar, la intersectorialidad no puede reducirse a una derivación desde educación hacia salud. Derivar es importante, pero no asegura por sí mismo acceso, adherencia, seguimiento ni continuidad. Las cartillas de la Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas proponen procedimientos de detección, derivación y seguimiento entre establecimientos educacionales, red pública de salud y, cuando corresponde, protección especializada [23,24]. Para que la intersectorialidad tenga efectos concretos, debe expresarse en trayectorias de cuidado reconocibles: quién detecta, quién acoge, quién evalúa, quién interviene, quién acompaña, cómo se comparte información pertinente y cómo se retroalimenta a la escuela sin vulnerar la confidencialidad.

Por ejemplo, la experiencia internacional reciente en prevención del suicidio escolar ha destacado que la efectividad de las intervenciones depende no sólo de su diseño, sino también de su integración en las prioridades, estructuras y sistemas educativos [34]. Desde esta perspectiva, la coordinación entre los sectores de salud y educación consti-

tuye una condición fundamental para la sostenibilidad y escalamiento de las acciones de salud mental escolar.

Esta distinción es central en el contexto chileno. La evidencia disponible muestra que los servicios educacionales ya funcionan como una fuente de apoyo para niños, niñas y adolescentes con necesidades de salud mental [9,10]. A la vez, programas como PASMI han propuesto una articulación entre atención primaria, escuela, JUNAEB, Chile Crece Contigo y redes comunales [16]. En la misma línea, la Cartilla 3 de la Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas organiza procedimientos para que los establecimientos detecten, deriven y realicen seguimiento con la red pública de salud [23]. El problema, por tanto, no es solamente declarar la necesidad de colaboración, sino construir condiciones para que esa colaboración sea oportuna, trazable y útil para las decisiones que deben tomar familias, escuelas y equipos de salud.

Los datos administrativos recientes del PASMI permiten observar esta discusión desde las trayectorias reales de atención. El análisis de registros muestra que el alta clínica se alcanzó en torno a 10 sesiones, mientras que la deserción ocurrió alrededor de las 6 sesiones. Las principales vías de ingreso fueron demanda espontánea, profesionales de atención primaria y convivencia escolar. En los ingresos desde convivencia escolar y tribunales de justicia, el alta requirió más sesiones que en demanda espontánea y atención primaria [35]. Estos resultados sugieren que la vía de ingreso no es un dato menor: puede reflejar diferencias en complejidad, oportunidad de consulta, nivel de coordinación y necesidades de seguimiento. En

rigor, cuando se requiere especialidad, la escuela no deriva directamente a ese nivel, sino que activa rutas de atención que deben ser evaluadas y gestionadas por la red de salud.

La continuidad de cuidados exige que la escuela no quede al margen, una vez activada la derivación o ruta de apoyo. En estudiantes que reciben atención externa, el establecimiento puede contribuir mediante adecuaciones pedagógicas, apoyo cotidiano, seguimiento de asistencia, comunicación con la familia y coordinación con equipos de salud dentro de los límites de la confidencialidad. Esta contribución no reemplaza la evaluación diagnóstica ni el tratamiento clínico. Su función es sostener condiciones educativas y relacionales que favorezcan la permanencia, el bienestar y la adherencia al cuidado, en coherencia con los procedimientos de seguimiento [23].

También es necesario delimitar responsabilidades. Cuando la intersectorialidad no está bien organizada, las escuelas pueden quedar sobrecargadas con demandas clínicas que exceden su función, mientras los servicios de salud pueden recibir solicitudes poco específicas o tardías. Del mismo modo, las familias pueden transitar entre instituciones sin una orientación clara. Una arquitectura intersectorial debe reducir esa incertidumbre mediante criterios compartidos, protocolos de comunicación, mecanismos de retroalimentación, resguardos de confidencialidad y espacios de coordinación territorial.

En este sentido, la intersectorialidad debe entenderse como una capacidad del sistema y no sólo como la buena voluntad de los equipos. Requiere gobernanza local, tiempos protegidos,

responsables identificados, información mínima compartida, resguardos éticos y mecanismos de seguimiento. Sin estas condiciones, la colaboración queda expuesta a discontinuidades, rotación de profesionales, sobrecarga administrativa y fragmentación institucional. Con estas condiciones, en cambio, la escuela puede cumplir un rol estratégico sin transformarse en un servicio clínico paralelo.

### CONDICIONES DE IMPLEMENTACIÓN EN EL SISTEMA ESCOLAR.

Una arquitectura preventiva, intersectorial y multinivel no se consolida sólo mediante orientaciones técnicas o cambios normativos. Requiere condiciones de implementación. Esta distinción es fundamental: una política puede definir objetivos adecuados, un programa puede contar con evidencia y una escuela puede valorar la salud mental, pero aun así la práctica cotidiana puede no cambiar si faltan recursos, liderazgo, formación, tiempo, soporte técnico y mecanismos de monitoreo [36-38]. Estas condiciones comprenden capacidad organizacional; recursos y financiamiento; competencias profesionales; sistemas de monitoreo y evaluación; y gobernanza con responsabilidades intersectoriales explícitas.

La ciencia de implementación ha mostrado que las intervenciones basadas en evidencia pueden no alcanzar sus resultados esperados, cuando se aplican sin considerar el contexto donde deben operar [36-38]. En salud mental escolar, esto es especialmente relevante porque las intervenciones no se insertan en espacios clínicos controlados, sino en instituciones educativas con calendarios exigentes, múltiples demandas, normas propias, culturas

organizacionales, prioridades pedagógicas y recursos limitados. La pregunta no es sólo qué intervención funciona, sino bajo qué condiciones puede implementarse con calidad en una escuela real.

La investigación chilena reciente permite avanzar en esa dirección. Un estudio basado en el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) sobre el programa Habilidades para la Vida encontró que las características de la innovación y algunos procesos de implementación operan principalmente como facilitadores, mientras que varios determinantes del contexto externo e interno fueron clasificados como barreras. Entre estas barreras se describen condiciones locales, políticas y leyes, características estructurales, infraestructura tecnológica y financiamiento [13]. Este resultado es importante porque desplaza la explicación desde la motivación individual de los equipos hacia condiciones organizacionales, normativas y territoriales que pueden facilitar o limitar la implementación.

La preparación organizacional también aparece como un aspecto crítico. En un estudio con directivos y profesionales psicosociales de establecimientos públicos, se observó alto compromiso con la implementación de sistemas multinivel, pero menor percepción de capacidades para llevar a cabo los cambios [39]. Esta diferencia entre disposición y capacidad es clave. Las escuelas pueden estar convencidas de la importancia de la salud mental y, al mismo tiempo, no contar con condiciones suficientes para organizar tamizaje, apoyos focalizados, seguimiento, coordinación intersectorial y evaluación de resultados.

La calidad de implementación, además, se relaciona con los resultados. En un análisis del programa Habilidades para la Vida en 110 comunas, Rojas-Andrade y Leiva identificaron componentes estratégicos asociados a intervención, diseño y evaluación, trabajo colaborativo y aprendizaje del modelo. Los equipos con un patrón de adherencia a estos componentes obtuvieron resultados superiores a los equipos con un patrón no adherente [40]. Esta evidencia refuerza una idea central para el diseño de políticas: no basta con aumentar cobertura o número de actividades, también es necesario monitorear fidelidad, adherencia, calidad y capacidad de ajuste.

El rol docente constituye otra condición de implementación que suele subestimarse. Los docentes no son profesionales clínicos, pero participan cotidianamente en la salud mental escolar. En un estudio con docentes chilenos, la mayoría reportó haber apoyado a estudiantes con preocupaciones de salud mental. Las acciones más sistemáticas fueron identificación de estudiantes que requieren apoyo, apoyo emocional y derivación interna; en cambio, fueron menos sistemáticas las acciones de prevención, trabajo colaborativo, desarrollo profesional, autocuidado y ajustes pedagógicos [41]. Estos resultados muestran que el profesorado ya está involucrado, aunque no siempre con formación, tiempo protegido, criterios claros o apoyo suficiente.

Reconocer el rol docente no significa trasladarles responsabilidades clínicas. Significa delimitar su contribución dentro de un sistema de apoyo: crear ambientes de aula protectores, observar señales tempranas, ofrecer apoyo cotidiano, comunicar preocupaciones,

colaborar con equipos psicosociales, sostener adecuaciones pedagógicas y participar en estrategias universales y focalizadas. Esta delimitación protege tanto a los estudiantes como a los propios docentes, porque evita que la salud mental escolar dependa de esfuerzos individuales no reconocidos.

La implementación también exige cuidar a los equipos. Un sistema de salud mental escolar no puede sostenerse sobre profesionales agotados, con alta rotación o sin condiciones de trabajo adecuadas. La normativa reciente sobre convivencia y bienestar, junto con las orientaciones técnicas nacionales, ha comenzado a reconocer la importancia del cuidado de docentes, asistentes de la educación, equipos directivos y profesionales psicosociales [17-19,42]. Esta dimensión no debe tratarse como un complemento, sino como una condición de sostenibilidad. Equipos sin bienestar difícilmente podrán sostener prácticas de cuidado para otros.

Finalmente, la implementación requiere una infraestructura de aprendizaje. Las escuelas necesitan espacios para revisar datos, analizar casos, evaluar acciones, ajustar apoyos y aprender de la experiencia. Sin esa infraestructura, los programas tienden a depender de personas específicas y se debilitan con la rotación, los cambios de liderazgo o la presión de nuevas urgencias. Con ella, en cambio, la salud mental escolar puede convertirse en una práctica institucional y no sólo en una suma de esfuerzos aislados.

La Figura 1 sintetiza el modelo conceptual propuesto en este artículo. En la base se ubican las condiciones institucionales que sostienen cualquier respuesta en salud mental escolar: con-

vencia educativa, buen trato, bienestar laboral, liderazgo, participación familiar, clima escolar y resguardo de derechos. Estas condiciones no son externas al modelo; constituyen el suelo sobre el cual pueden operar los apoyos preventivos, focalizados y especializados.

Sobre esta base se organiza un sistema de tres niveles. El primer nivel corresponde a la promoción y prevención universal, dirigida a toda la comunidad educativa. El segundo nivel considera apoyos focalizados para grupos o estudiantes con mayor necesidad o señales tempranas de dificultad. El tercer nivel incluye intervención indicada, seguimiento, adecuaciones educativas y coordinación con salud. Estos niveles no deben entenderse como compartimentos rígidos, sino como un continuo de respuestas que puede ajustarse según las necesidades y evolución de cada estudiante o comunidad.

El modelo incorpora, además, un ciclo transversal de gestión basado en datos: diagnóstico institucional, tamizaje, planificación, implementación, monitoreo, ajuste y evaluación. Finalmente, todo el sistema se articula con una red intersectorial compuesta por educación, atención primaria, salud especializada, protección social, justicia, municipios, familias y comunidad. La figura busca representar que la salud mental escolar requiere simultáneamente niveles de apoyo, condiciones institucionales, información para decidir y coordinación territorial.

### CASO ILUSTRATIVO DE IMPLEMENTACIÓN: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL SISTEMA ESCOLAR.

Chile ofrece un caso relevante de cómo

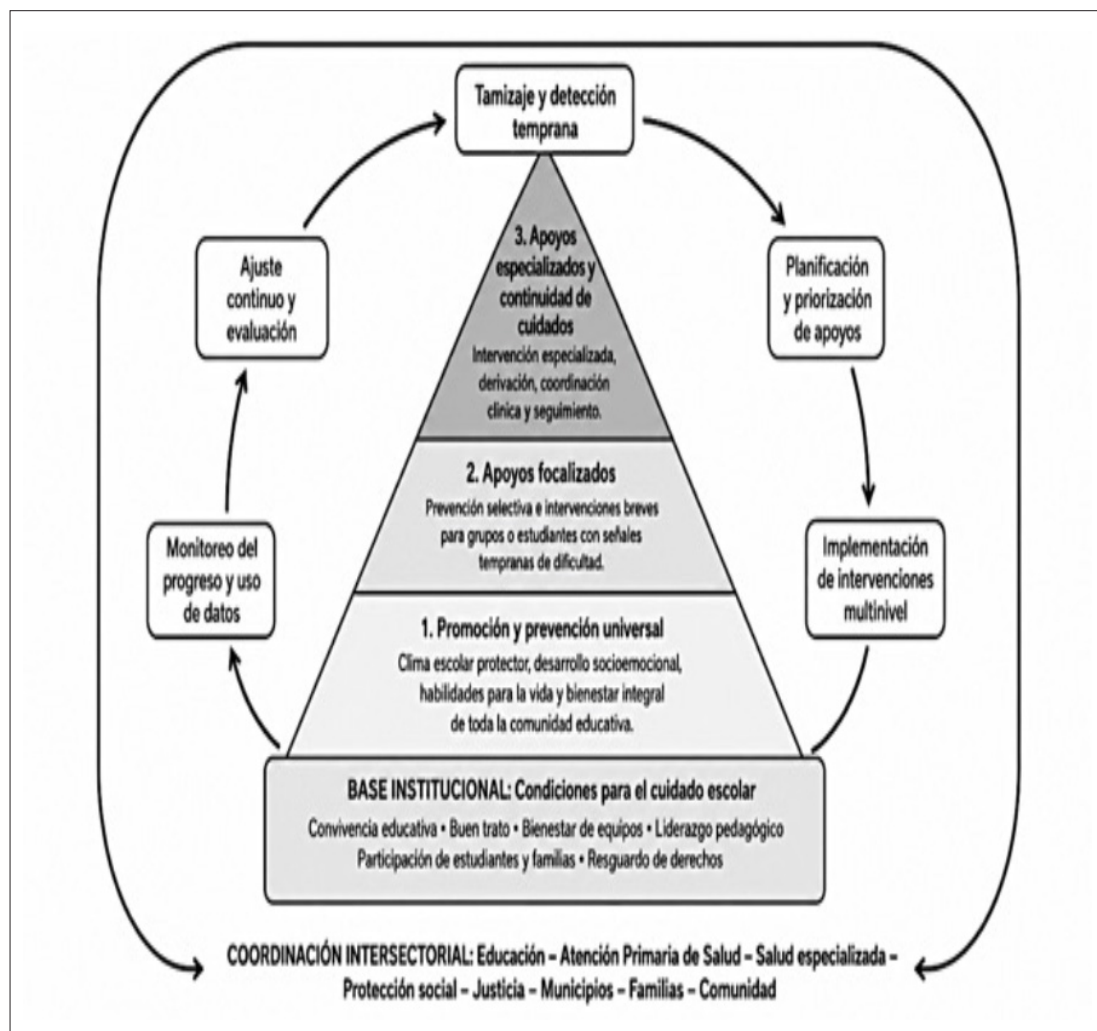
una política de salud mental escolar puede articular un modelo multinivel con una estrategia de implementación sistemática. En 2013 se formalizó el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que incluyó desde sus inicios la prevención en establecimientos educacionales como uno de sus seis componentes, con un modelo de intervención basado en la intersectorialidad y anclado en la evidencia internacional [17]. Tras un proceso de revisión sistemática y validación con actores del sistema, en 2019 se lanzó la Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educacionales, elaborada conjuntamente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación [17].

La guía propone un modelo multinivel con enfoque de salud pública integrado a la perspectiva whole-school, que organiza intervenciones universales para toda la comunidad escolar, acciones selectivas para estudiantes con señales tempranas de riesgo e intervenciones indicadas para quienes ya presentan conducta suicida. Su ejecución por los propios equipos escolares le confiere flexibilidad, pertinencia local y mayor potencial de sostenibilidad que los programas implementados desde agentes externos.

La implementación no se dejó a criterio individual de cada establecimiento. Se desplegó una estrategia multifacética y simultánea en tres niveles, nacional, regional y local, que combinó formación de equipos escolares y de salud, modificaciones normativas y mecanismos de articulación intersectorial concretos.

En el plano normativo, la Circular de la Superintendencia de Educación incorporó la obligación de los estableci-

**Figura 1.** Arquitectura preventiva, intersectorial y multinivel para la salud mental escolar en Chile.



mientos de incluir en sus reglamentos internos acciones de prevención de conductas suicidas y procedimientos de derivación a la red de salud [21], desplazando así la prevención del terreno de las recomendaciones hacia el de las obligaciones institucionales verificables. En el plano operativo, se estableció el Protocolo de acción 24 horas frente a presuntos intentos de suicidio y suicidios de niños, niñas y adolescentes MINSAL-MINEDUC, que define estándares mínimos, vías de activación de recursos territoriales y pautas de manejo comunicacional seguro, inclu-

yendo acciones de postvención [43]. Este instrumento representa una forma concreta de trayectoria de cuidado intersectorial: no sólo declara la necesidad de colaborar entre sectores, sino que establece quién hace qué, cuándo y cómo, en el momento de mayor urgencia.

Los resultados de esta estrategia han sido reconocidos internacionalmente. Un análisis comparativo de metas en estrategias nacionales de prevención del suicidio identificó a Chile como uno de los dos países que alcanzaron su objeti-

vo de reducción de tasas en población adolescente para 2020, con una tasa de 3,2 por 100.000 en el grupo de 10 a 19 años, por debajo de la meta de 10,2 [44]. Estos resultados son consistentes con la relevancia de contar con estrategias focalizadas y políticas intersectoriales sostenidas, aunque no permiten atribuir causalmente la reducción observada a una intervención escolar específica. Robinson, McKay y Vargas destacan la experiencia chilena como ejemplo de articulación intersectorial efectiva y señalan que la integración de la prevención del suicidio en los objetivos y regulaciones del sistema educativo ha sido una condición clave para la sostenibilidad de la implementación [34].

Entre las lecciones que esta experiencia aporta destacan: la importancia de establecer compromisos de autoridades en todos los niveles de gestión; la necesidad de construir lenguajes compartidos entre los mundos educativo y sanitario para que la intersectorialidad sea operativa; y el valor del anclaje normativo como mecanismo que protege la continuidad de las iniciativas frente a cambios de gestión y la presión de otras urgencias.

### IMPLICANCIAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-ADOLESCENTE.

Para los equipos de salud mental infanto-adolescente, este modelo implica reconocer a la escuela como un socio territorial para la prevención y la continuidad de cuidados, sin transferirle funciones diagnósticas o terapéuticas. La coordinación con los establecimientos puede mejorar la identificación de necesidades, facilitar la comprensión del funcionamiento escolar, orientar apoyos educativos y contribuir al segui-

miento de estudiantes en tratamiento. En paralelo, los equipos especializados pueden aportar criterios técnicos, formación y apoyo a las redes educativas, especialmente frente a situaciones de mayor complejidad.

### CONCLUSIONES

La salud mental escolar en Chile se encuentra en un momento decisivo. Por una parte, la evidencia epidemiológica muestra una alta magnitud de necesidades en niños, niñas y adolescentes, junto con brechas relevantes de atención y uso frecuente de servicios educacionales como fuente de apoyo [9-11]. Por otra parte, el país ha desarrollado programas, orientaciones técnicas, normativa, instrumentos, experiencias territoriales e investigación sobre implementación que permiten reconocer una trayectoria acumulada en este campo [10,12-19,22-24,27,33,34,39-44]. El problema, por tanto, no es la ausencia total de respuestas, sino la necesidad de articularlas mejor.

Esta articulación exige superar una lógica predominantemente reactiva. Cuando la salud mental escolar se organiza sólo en torno a crisis, derivaciones o casos de alta complejidad, se reduce la posibilidad de intervenir tempranamente y se incrementa la presión sobre equipos escolares y servicios especializados. La respuesta especializada es indispensable, pero debe formar parte de un continuo más amplio que incluya promoción, prevención universal, apoyos focalizados, seguimiento y continuidad de cuidados [25-27].

Los sistemas multinivel ofrecen una forma de ordenar ese continuo. Su principal aporte no es sólo distinguir niveles de intervención, sino ayudar a

organizar decisiones: qué apoyo se requiere, para quién, con qué intensidad, durante cuánto tiempo, quiénes son responsables de su implementación y con qué criterios de evaluación.

En el contexto chileno, la evidencia disponible sugiere que el nivel focalizado, el monitoreo del progreso, la toma de decisiones basada en datos y el desarrollo profesional son áreas especialmente relevantes para fortalecer [27]. Sin estos componentes, el sistema corre el riesgo de oscilar entre acciones universales de baja efectividad y respuestas especializadas tardías.

La consolidación de una arquitectura preventiva también requiere un uso ético y útil de los datos. El tamizaje, los sistemas de alerta temprana y los registros administrativos sólo tienen sentido si activan rutas de apoyo, orientan decisiones y permiten evaluar cambios [28-33]. Detectar sin responder, registrar sin proteger la confidencialidad o clasificar sin criterios claros puede producir efectos indeseados. Por ello, la información debe integrarse a ciclos institucionales de planificación, implementación, monitoreo y ajuste.

La intersectorialidad constituye otro componente crítico. La escuela no puede reemplazar al sistema de salud, pero tampoco puede quedar fuera de las trayectorias de cuidado. Su contribución se ubica en la promoción del bienestar, la detección temprana, el apoyo cotidiano, la continuidad educativa y la coordinación con servicios especializados. Para que esta función sea sostenible, se requieren acuerdos operativos entre educación, atención primaria, salud especializada, protección social, justicia, familias y comunidad [16,17,35].

Finalmente, la implementación debe ser entendida como una condición central del sistema. La evidencia chilena muestra que existen motivación y compromiso, pero también barreras organizacionales, normativas, financieras, tecnológicas y territoriales que afectan la instalación de programas y modelos de apoyo [13,39]. También muestra que la adherencia a componentes estratégicos se asocia con mejores resultados y que los docentes ya participan en acciones cotidianas de salud mental, aunque requieren formación, tiempo protegido y apoyo especializado [40,41].

Finalmente, el desafío chileno no consiste en aumentar actividades de salud mental en las escuelas. Consiste en construir una arquitectura institucional capaz de integrar lo que hoy existe de manera parcial: programas, normativas, datos, equipos, redes y prácticas escolares. La Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas ofrece un marco relevante para avanzar en esa dirección, pero su consolidación requiere gobernanza, financiamiento, formación continua, bienestar de los equipos, sistemas de información, rutas de cuidado y evaluación de implementación. Sólo bajo estas condiciones la escuela podrá desempeñar un papel estratégico sin sustituir al sistema de salud y sin sobrecargar a quienes ya sostienen cotidianamente el cuidado educativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, UNESCO. *Making Every School a Health-Promoting School: Implementation Guidance*. World Health Organization; 2021.
2. World Health Organization. *WHO*

- Guideline on School Health Services.* World Health Organization; 2021.
3. UNICEF, UNESCO, WHO. *Five Essential Pillars for Promoting and Protecting Mental Health and Psychosocial Well-Being in Schools and Learning Environments: A Briefing Note for National Governments.* UNICEF; 2022.
4. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(5):377-387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)
5. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev.* 2011;82(1):405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
6. Werner-Seidler A, Spanos S, Callear AL, et al. School-based depression and anxiety prevention programs: an updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2021; 89:102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
7. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, Palmer JC, Caro P, López-López JA, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):1011-1020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30403-1)
8. Grande AJ, Hoffmann MS, Evans-Lacko S, et al. Efficacy of school-based interventions for mental health problems in children and adolescents in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2023;13: 1012257. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1012257>
9. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile.* 2012;140(4):447-457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
10. Macaya Sandoval XC, Bustos Navarrete CE, Torres Pérez SS, Vergara-Barra PA, Vicente Parada B. Servicios de salud mental en contexto escolar. *Humanidades Médicas.* 2019;19(1):47-64.
11. Martínez-Líbano J, Yeomans-Cabrera MM. Depression, anxiety, and stress in the Chilean Educational System: children and adolescents post-pandemic prevalence and variables. *Front Educ.* 2024; 9:1407021. <https://doi.org/10.3389/educ.2024.1407021>
12. Salinas-Contreras M, Vargas B, Crockett MA, Martínez V. Disparidades en el uso de servicios de salud mental de adolescentes en Chile. *Andes Pediatr.* 2023;94(6). doi:10.32641/Andespediatr.v94i6.4637.
13. Rojas-Andrade RM, Aranguren Zurita SA, Jaque Morales F, Prosser Bravo GI, Norambuena Meléndez E. Facilitadores y barreras para la implementación del programa chileno Habilidades para la Vida según el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación. *Límite.* 2024;19: 22. <https://doi.org/10.4067/S0718-50652024000100222>
14. Rojas-Andrade R, Leiva L. La salud mental escolar desde la perspectiva de profesionales chilenos. *Psico-perspectivas.* 2018;17(2):151-162. <https://doi.org/10.5027/psicopers->

- pectivas-vol17-issue2-fulltext-1101
15. Murphy JM, Abel MR, Hoover S, Jellinek M, Fazel M. Scope, scale, and dose of the world's largest school-based mental health programs. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(5):218-228. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000149>
16. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. *Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil de Niños y Niñas de 5 a 9 Años: Orientación Técnica, Gestión Intersectorial y Prestaciones*. Ministerio de Salud; 2017.
17. Ministerio de Salud. *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos: Desarrollo de Estrategias Preventivas para Comunidades Escolares*. Programa Nacional de Prevención del Suicidio; 2019.
18. Ministerio de Educación de Chile. *Política Nacional de Convivencia Educativa 2024-2030*. MINEDUC; 2024.
19. Ministerio de Educación de Chile. Ley 21.809. Sobre convivencia, buen trato y bienestar de las comunidades educativas, con el objetivo de prevenir y erradicar el acoso escolar, la discriminación y todo tipo de violencia en los establecimientos educativos. Publicada el 1 de abril de 2026.
20. Ministerio de Educación de Chile. Decreto 67. Aprueba normas mínimas nacionales sobre evaluación, calificación y promoción. Publicado el 31 de diciembre de 2018.
21. Superintendencia de Educación. *Circular que Imparte Instrucciones sobre Reglamentos Internos de los Establecimientos Educativos de Enseñanza Básica y Media con Reconocimiento Oficial del Estado*. Superintendencia de Educación; 2018.
22. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud. Estrategia de Salud Mental en Comunidades Educativas: Enfoques y Conceptos Fundamentales. Cartilla 1. Serie Comprender y Cuidar la Salud Mental en las Comunidades Educativas. Ministerio de Educación; Ministerio de Salud; 2022.
23. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud. Guía de Procedimientos para la Detección, Derivación y Seguimiento de Estudiantes para Atención de Salud Mental entre Establecimientos Educativos y la Red de Salud Pública. Cartilla 3. Serie Comprender y Cuidar la Salud Mental en las Comunidades Educativas. Ministerio de Educación; Ministerio de Salud; 2023.
24. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Procedimientos para la Detección, Derivación y Seguimiento ante Situaciones de Vulneración de Derechos a Estudiantes. Cartilla 4. Serie Comprender y Cuidar la Salud Mental en las Comunidades Educativas. Ministerio de Educación; Ministerio de Salud; 2023.
25. Weist MD, Eber L, Horner R, Splett J, Putnam R, Barrett S, et al. Improving multitiered systems of support for students with "internalizing" emotional / behavioral problems. *J Posit Behav Interv*. 2018;20(3):172-184. <https://doi.org/10.1177/1098300717753832>
26. Barrett S, Eber L, Weist MD. *Advancing Education Effectiveness: Interconnecting School Mental Health and School-Wide Positive Behavior Support*. OSEP Technical Assistance Center on Positive Behavioral Interventions and Supports; 2013.
27. Rojas-Andrade R, Petit López A,

- Sandoval Bezzolo F. Planning multi-tiered systems of support in Chilean public schools: balancing administrative management and mental health. *Journal of International Education and Practice*. 2025;8(2):1-13. <https://doi.org/10.30564/jiep.v8i2.11491>
28. Dowdy E, Ritchey K, Kamphaus RW. School-based screening: a population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Ment Health*. 2010;2:166-176. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3>
29. Dowdy E, Furlong MJ, Raines TC, et al. Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *J Educ Psychol Consult*. 2015;25(2-3):178-197. <https://doi.org/10.1080/10474412.2014.929951>
30. Murphy JM, Bergmann P, Chiang C, et al. The PSC-17: subscale scores, reliability, and factor structure in a new national sample. *Pediatrics*. 2016;138(3): e20160038. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0038>
31. George M, Siraqyan X, Morales R, Barra de la Barra F, Rodríguez J, López C, Toledo V. Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de primero básico. *Revista de Psicología*. 1994; 5:17-26. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.1994.18486>
32. Guzman MP, Jellinek M, George M, et al. Mental health matters in elementary school: first-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(8):401-411. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0191-3>
33. Servicio Local de Educación Pública de Barrancas. *Modelo de Intervención Psicosocial Escolar: Fortaleciendo Prácticas de Gestión Escolar Efectivas para Mejorar la Convivencia y la Salud Mental en Comunidades Educativas*. Departamento de Educación Pública, Ministerio de Educación; 2023.
34. Robinson J, McKay S, Vargas B. Rethinking suicide prevention in schools starts with implementation. *Nat Ment Health*. 2025;3(9):963-965. <https://doi.org/10.1038/s44220-025-00484-6>
35. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Salud. *Reporte PASMI: Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM). Período de los Datos: 01/01/2022-25/08/2023*. Chile Crece Contigo; 2023.
36. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(1):24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
37. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015; 10:53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
38. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci*. 2022; 17:75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
39. Rojas-Andrade R, Prosser Bravo G, Aranguren Zurita S. Preparación organizacional para implementar sistemas de apoyo en múltiples niveles en salud mental escolar. *Psi-*

- coperspectivas*. 2023;22(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue1-fulltext-2829>
40. Rojas-Andrade R, Leiva Bahamondes L. Adherencia y resultados. Un análisis de componentes estratégicos en salud mental escolar. *Health and Addictions*. 2019;19(1):47-59.
  41. Rojas-Andrade R, Aranguren Zurita S, Prosser Bravo G. Teachers as school mental health professionals and their daily practices. *School Ment Health*. 2024; 16:566-576. <https://doi.org/10.1007/s12310-024-09664-8>
  42. Ministerio de Educación. Bienestar y Salud Laboral de los Equipos Educativos: Estrategias desde la Gestión y el Liderazgo. Manual. Ministerio de Educación; 2023.
  43. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Protocolo de acción 24 horas frente a presuntos intentos de suicidio y suicidios de niños, niñas y adolescentes MINSAL-MINEDUC. Resolución Exenta N°195. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; 2025.
  44. Canal-Rivero M, Pirkis J, Spittal MJ, Nicholas A, Ruiz-Veguilla M, Crespo-Facorro B, Clapperton A. Evaluating the extent to which targets are achieved in national suicide prevention strategies. *J Affect Disord*. 2025; 390:120021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120021>

# Política de la Revista SOPNIA sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) en el proceso editorial.

## SOPNIA Journal Policy on the Use of Artificial Intelligence (AI) Tools in the Editorial Process

### *Comité Editorial*

#### **1. Propósito**

Esta política tiene como objetivo orientar y regular el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) en la preparación, presentación, revisión y publicación de manuscritos científicos. La revista promueve el uso ético, responsable y transparente de estas tecnologías, asegurando que la autoría y la responsabilidad científica permanezcan exclusivamente en manos humanas.

#### **2. Alcance**

Esta política se aplica a autores, revisores, editores y personal editorial involucrados en cualquiera de las etapas del proceso de publicación.

#### **3. Definiciones**

Para efectos de esta política, se entenderá por herramientas de Inteligencia Artificial aquellos sistemas computacionales capaces de generar, modificar, analizar o procesar contenidos tales como texto, imágenes, datos, códigos, tablas u otros materiales.

Se incluyen especialmente las herramientas de IA generativa y los modelos de lenguaje de gran escala (Large Language Models, LLM), tales como

ChatGPT, Gemini, Claude y otras tecnologías equivalentes.

El uso de programas estadísticos, procesadores de texto, gestores bibliográficos u otras herramientas informáticas convencionales no será considerado, por sí solo, uso de IA sujeto a declaración. Sin embargo, cuando estos programas incorporen funciones generativas o de IA que intervengan sustancialmente en la producción o interpretación del contenido científico, su utilización deberá ajustarse a esta política.

#### **4. Principios generales**

**Transparencia:** El uso sustantivo de herramientas de IA deberá ser declarado de manera clara, indicando la herramienta utilizada y su propósito.

**Responsabilidad:** Los autores mantienen plena responsabilidad sobre todo el contenido del manuscrito, incluyendo aquel generado, modificado o asistido mediante IA.

**Integridad científica:** Las herramientas de IA no deberán utilizarse para fabricar, falsificar o alterar engañosamente datos, resultados, imágenes, re-

ferencias u otros elementos del trabajo científico.

**Supervisión humana:** Todo contenido producido o modificado mediante IA deberá ser evaluado críticamente por personas con las competencias necesarias.

**Privacidad y confidencialidad:** No deberá introducirse en herramientas de IA información confidencial, privilegiada, identificable o no pública, cuando no pueda garantizarse adecuadamente su confidencialidad.

### 5. Uso de IA por los autores

#### 5.1. Usos aceptables

Se considera aceptable el uso de herramientas de IA, bajo adecuada supervisión humana, para actividades tales como:

- Corrección ortográfica, gramatical o de estilo;
- Traducción o adaptación lingüística;
- Mejora de la claridad o legibilidad de un texto elaborado por los autores;
- Elaboración de esquemas, síntesis o resúmenes que sean posteriormente revisados críticamente por los autores;
- Apoyo en programación, procesamiento estadístico o análisis de datos mediante herramientas apropiadas y validadas, siempre que su utilización sea metodológicamente pertinente y se describa de manera suficientemente detallada cuando forme parte de la investigación.

La utilización de una herramienta de IA no sustituye el conocimiento, juicio crítico ni responsabilidad de los autores.

#### 5.2. Usos no permitidos

No se permite utilizar herramientas de IA para:

- Fabricar, falsificar o manipular engañosamente datos, resultados o hallazgos científicos;
- Generar o modificar imágenes, figuras u otros materiales científicos de manera que alteren la información original;
- Redactar partes sustanciales de un manuscrito sin una revisión crítica y responsabilidad efectiva de los autores;
- Sustituir el razonamiento, interpretación o juicio científico que corresponde a los autores;
- Atribuir a una herramienta de IA la condición de autor o coautor;
- Incorporar referencias bibliográficas generadas o sugeridas por IA sin verificar su existencia, exactitud y correspondencia con la afirmación que pretenden respaldar;
- Utilizar como fuente científica primaria una respuesta generada por una herramienta de IA cuando exista una fuente original verificable;
- Introducir información confidencial, datos clínicos identificables o potencialmente reidentificables, manuscritos no publicados u otra información protegida en sistemas de IA en los que su confidencialidad no pueda garantizarse.

### 6. Uso de IA como parte de la metodología de investigación

Cuando una herramienta de IA haya sido utilizada como parte de la metodología científica —por ejemplo, en la recolección o procesamiento de datos, análisis estadístico, procesamiento de lenguaje, clasificación de información,

análisis de imágenes, generación de código o elaboración de tablas o figuras— su utilización deberá describirse en la sección Métodos.

La descripción deberá contener información suficiente para comprender y, cuando sea pertinente, reproducir el procedimiento empleado. Según corresponda, deberá identificarse la herramienta utilizada, su desarrollador, modelo o versión, propósito, fecha o período de utilización y otros parámetros relevantes.

Los autores deberán verificar la validez y pertinencia científica de los procedimientos realizados mediante IA y asumir plena responsabilidad sobre los resultados obtenidos y su interpretación.

### 7. Declaración del uso de Inteligencia Artificial

Los autores deberán declarar todo uso sustantivo de herramientas de IA en la preparación del manuscrito.

Cuando la IA haya sido utilizada únicamente como asistencia en la redacción, traducción, organización o edición del texto, la declaración deberá incluirse al final del manuscrito en una sección denominada “Declaración de uso de Inteligencia Artificial”, o en los Agradecimientos.

Cuando la IA forme parte de la metodología de investigación, su utilización deberá además describirse en la sección Métodos.

La declaración deberá identificar, cuando sea posible, la herramienta y modelo o versión utilizados, así como la finalidad de su empleo.

Ejemplo:

*Declaración de uso de Inteligencia Artificial: Durante la preparación de este manuscrito, los autores utilizaron ChatGPT (OpenAI, modelo/versión utilizada) para mejorar la claridad y corrección lingüística de determinadas secciones. Todo el contenido resultante fue revisado y editado críticamente por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por la versión final del manuscrito.*

Las herramientas convencionales utilizadas exclusivamente para corrección ortográfica, gramatical, formato o gestión bibliográfica no requerirán declaración, siempre que no hayan generado o modificado sustancialmente el contenido intelectual del manuscrito.

### 8. Autoría y responsabilidad

Las herramientas de IA no pueden ser consideradas autores ni coautores de un manuscrito.

La autoría implica responsabilidades que sólo pueden ser asumidas por personas, incluyendo la aprobación de la versión final, la responsabilidad sobre la exactitud e integridad del trabajo, la declaración de conflictos de interés y la capacidad de responder por cualquier aspecto relacionado con el contenido publicado.

Los autores son responsables de verificar la exactitud, originalidad e integridad de todo contenido generado o asistido mediante IA.

Asimismo, deberán asegurarse de que dicho contenido no incluya información falsa o inventada; no reproduzca material protegido sin la correspondiente atribución o autorización; no constituya plagio; no introduzca ses-

gos o errores no identificados; utilice referencias bibliográficas existentes y verificadas; y respete los derechos de autor y demás normas de propiedad intelectual.

### **9. Confidencialidad, privacidad y datos de pacientes o participantes**

Debido a la naturaleza clínica de los manuscritos publicados por la Revista, deberá prestarse especial atención a la protección de la información de pacientes y participantes de investigación.

No deberán introducirse en herramientas externas de IA datos personales, antecedentes clínicos, imágenes, transcripciones, historias clínicas u otra información que permita identificar o potencialmente reidentificar a pacientes, participantes de investigación, familiares u otras personas, cuando no pueda garantizarse adecuadamente la confidencialidad y seguridad de dicha información.

El uso de IA con datos clínicos o de investigación deberá cumplir además con las normas éticas, legales y de protección de datos aplicables y, cuando corresponda, con las condiciones establecidas en el consentimiento informado y por los respectivos comités de ética.

### **10. Imágenes, figuras y material audiovisual**

No se permitirá la utilización de IA generativa para fabricar o alterar imágenes, figuras, fotografías, registros clínicos u otro material científico, de forma que pueda inducir a una interpretación falsa o engañosa.

Lo anterior no impide el uso científicamente justificado de métodos de IA

para procesamiento, análisis, clasificación o mejoramiento técnico de imágenes, cuando dicho procedimiento forme parte de la metodología de investigación. En estos casos, el método deberá describirse de manera transparente y suficientemente detallada en el manuscrito.

### **11. Uso de IA por revisores**

Los manuscritos sometidos a evaluación constituyen documentos confidenciales.

Los revisores no deberán cargar total ni parcialmente manuscritos, tablas, figuras, anexos, datos no publicados u otros materiales recibidos durante el proceso de revisión, en herramientas externas de IA cuando no pueda garantizarse su confidencialidad.

El uso de herramientas de IA para asistir en una revisión deberá ajustarse a las políticas de la Revista y ser informado al equipo editorial.

La IA podrá constituir únicamente una herramienta de apoyo. El análisis crítico, las recomendaciones y el juicio sobre la calidad, originalidad, relevancia y validez científica del manuscrito deberán corresponder al revisor.

El revisor será responsable del contenido de su informe, incluyendo cualquier información o referencia obtenida mediante herramientas de IA.

### **12. Uso de IA por editores y personal editorial**

La Revista podrá utilizar herramientas de IA para determinadas tareas de apoyo técnico, tales como control de simi-

litud textual, identificación de posibles alteraciones de imágenes, revisión de metadatos, comprobación de referencias y apoyo en procesos administrativos o editoriales.

Los manuscritos sometidos a evaluación no deberán cargarse en sistemas externos de IA cuando no pueda garantizarse la confidencialidad, salvo que exista autorización apropiada.

Las herramientas automáticas de detección de contenido generado o modificado mediante IA podrán utilizarse únicamente como elementos auxiliares. Sus resultados no constituirán, por sí solos, evidencia concluyente de un uso inapropiado de IA.

Las decisiones de aceptación, rechazo, solicitud de modificaciones o cualquier otra decisión editorial sustantiva deberán permanecer bajo responsabilidad humana y no podrán delegarse exclusivamente a sistemas automatizados.

### 13. Incumplimiento de la política

La omisión de una declaración de uso de IA cuando corresponda, así como cualquier utilización de estas herramientas que vulnere los principios de integridad científica, confidencialidad, autoría o transparencia establecidos en esta política, podrá ser evaluada por el Comité Editorial.

Dependiendo de la naturaleza y gravedad de la situación, la Revista podrá solicitar aclaraciones o correcciones a los autores, rechazar el manuscrito o, si el artículo ya hubiese sido publicado, adoptar las medidas editoriales que correspondan de acuerdo con las normas vigentes de integridad y ética en publicación científica.

### 14. Supervisión y revisión de la política

Esta política será revisada periódicamente y al menos una vez al año por el Comité Editorial, considerando la rápida evolución de las tecnologías de Inteligencia Artificial, y de las normas relacionadas con su utilización en publicación científica.

La Revista considerará especialmente las recomendaciones vigentes del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), la World Association of Medical Editors (WAME) y el Committee on Publication Ethics (COPE), así como otras normas éticas, científicas y legales pertinentes.

### 15. Fecha de implementación

Versión vigente a partir de septiembre de 2026.

Se realizará una primera revisión en septiembre de 2027 y, posteriormente con la periodicidad que determine el Comité Editorial, al menos una vez al año.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Section V: Use of Artificial Intelligence in Publishing. ICMJE; actualización enero de 2026. Disponible en: <https://www.icmje.org/recommendations/browse/artificial-intelligence/>
2. Zielinski C, Winker MA, Aggarwal R, Ferris LE, Heinemann M, Lapeña JF Jr, et al.; WAME Board. Chatbots,

Generative AI, and Scholarly Manuscripts: WAME Recommendations on Chatbots and Generative Artificial Intelligence in Relation to Scholarly Publications. World Association of Medical Editors; 2023. Disponible en: <https://wame.org/>

- page3.php?id=106
3. Committee on Publication Ethics. COPE guidance and resources on artificial intelligence and publication ethics. Committee on Publication Ethics. Disponible en: <https://publicationethics.org/>

# Instrucciones para los autores. Actualización 2026 para adecuación a los criterios SciELO Chile.

Instructions for Authors. 2026 Update to Align with SciELO Chile Criteria.

## *Comité Editorial*

Estas instrucciones establecen los requisitos editoriales, éticos, metodológicos y formales para la presentación de manuscritos a la Revista SOPNIA. Han sido actualizadas considerando las recomendaciones vigentes del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), las buenas prácticas del Committee on Publication Ethics (COPE), las directrices de la EQUATOR Network y los criterios de admisión de SciELO Chile, vigentes desde agosto de 2025. La revista promueve la integridad científica, la transparencia editorial, la ciencia abierta y la protección de los derechos, privacidad y dignidad de las personas participantes en investigación.

### **1. Alcance y política editorial**

La Revista SOPNIA publica trabajos relacionados con neurología, psiquiatría, salud mental, neurodesarrollo y disciplinas afines de la infancia y adolescencia. Su propósito es contribuir a la educación continua, la difusión del conocimiento científico y el desarrollo de la práctica clínica y de la investigación en estas áreas.

Se considerarán para publicación trabajos originales, revisiones, casos clí-

nicos, contribuciones, cartas al Director y otros documentos que el Comité Editorial estime pertinentes. Los manuscritos serán evaluados por su calidad científica, originalidad, relevancia, rigor metodológico, claridad y concordancia con el alcance de la revista.

### **2. Originalidad, exclusividad y preprints**

Los manuscritos enviados deben ser originales y no podrán encontrarse simultáneamente en evaluación por otra revista. Los resultados, figuras, tablas y conclusiones no deben haber sido publicados previamente, salvo las excepciones expresamente aceptadas por la revista.

La difusión previa de un manuscrito en un servidor de preprints reconocido no se considerará, por sí sola, publicación duplicada. La existencia de un preprint deberá declararse al momento del envío, indicando el servidor, identificador persistente o DOI y enlace correspondiente. La versión sometida a la revista deberá cumplir íntegramente estas instrucciones.

La publicación redundante o dupli-

cada no será aceptada, salvo circunstancias excepcionales de publicación secundaria legítima, que cumplan las recomendaciones vigentes del ICMJE, cuenten con autorización de las partes involucradas y declaren de manera transparente la publicación primaria.

### 3. Ética de la investigación y de la publicación

La Revista SOPNIA exige el cumplimiento de los principios éticos internacionales y de la legislación aplicable. Toda investigación en seres humanos deberá indicar en la sección Método la aprobación por un Comité Ético-Científico o instancia equivalente, identificando la institución y, cuando corresponda, el número o código de aprobación.

En estudios prospectivos, intervenciones y casos clínicos deberá obtenerse consentimiento informado cuando corresponda. En investigaciones con niños, niñas y adolescentes se deberán observar además las normas relativas al consentimiento de sus representantes y al asentimiento del participante, de acuerdo con su edad, capacidad y normativa aplicable.

La información que permita identificar a pacientes o participantes deberá ser eliminada del texto, imágenes y archivos complementarios, salvo que su inclusión sea indispensable y exista autorización expresa para su publicación. Las imágenes clínicas deberán resguardar estrictamente la privacidad.

La revista considera contrarias a la integridad científica la fabricación o falsificación de datos, plagio, apropiación indebida de autoría, manipulación inapropiada de imágenes, publica-

ción duplicada u otras conductas que comprometan la integridad científica. El Comité Editorial podrá utilizar herramientas de detección de similitud y solicitar antecedentes, datos o documentación, cuando sea necesario para aclarar dudas sobre integridad.

### 4. Conflictos de interés y financiamiento

Todas las personas autoras deberán declarar cualquier relación financiera, profesional, institucional o personal que pudiera influir, o ser percibida como capaz de influir, en el trabajo. Si no existen conflictos de interés, deberá declararse expresamente. Las personas revisoras y editoras también deberán informar potenciales conflictos y abstenerse de intervenir cuando estos comprometan su independencia.

Se deberá informar toda fuente de financiamiento, patrocinio o apoyo material recibido para la investigación o preparación del manuscrito, incluyendo institución financiadora y número de proyecto cuando corresponda. También deberá indicarse el papel del financiador en el diseño, análisis, interpretación, redacción o decisión de publicar.

### 5. Autoría, contribuciones y ORCID

La autoría debe limitarse a quienes cumplan los criterios de autoría del ICMJE, que incluyen: contribución sustancial al trabajo; participación en su redacción o revisión crítica; aprobación de la versión final y responsabilidad por la integridad y exactitud del trabajo. Quienes hayan colaborado sin cumplir todos los criterios de autoría podrán ser reconocidos en Agradecimientos, con su autorización.

Cada autor deberá informar su nombre completo, filiación institucional, ciudad, país, correo electrónico e identificador ORCID, que corresponde a un código digital único y permanente que permite identificar inequívocamente a una persona investigadora. Quienes no dispongan de ORCID pueden obtenerlo gratuitamente en el sitio oficial de ORCID. Como mínimo, el correo electrónico de la persona autora de correspondencia, deberá quedar disponible en la publicación.

Los manuscritos con dos o más autores deberán incluir, al final del texto y antes de las referencias bibliográficas, una sección denominada “**Contribuciones de autoría**”, en la que se especifique la participación de cada autor de acuerdo con la taxonomía CRediT (Contributor Roles Taxonomy). CRediT contempla 14 posibles funciones: conceptualización; curación de datos; análisis formal; adquisición de financiamiento; investigación; metodología; administración del proyecto; recursos; software; supervisión; validación; visualización; redacción del borrador original; y revisión y edición del manuscrito. Una persona puede desempeñar más de una función y una misma función puede corresponder a varias personas. Solo deberán declararse las funciones que efectivamente correspondan a cada autor.

Las modificaciones de autoría posteriores al envío —incorporación, eliminación o cambio de orden— deberán estar debidamente justificadas y contar con la conformidad escrita de todas las personas autoras. El Comité Editorial decidirá su aceptación.

### 6. Uso de herramientas de Inteligencia Artificial.

La Revista SOPNIA cuenta con una política específica sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA), aplicable a autores, revisores y editores. Las herramientas de IA no pueden ser consideradas autoras y su utilización sustantiva en la preparación de un manuscrito deberá declararse de manera transparente. Los autores mantienen plena responsabilidad sobre el contenido presentado. Para mayores detalles, consultar la Política sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) de la Revista SOPNIA.

### 7. Ciencia abierta y disponibilidad de datos

La Revista SOPNIA promueve prácticas de ciencia abierta destinadas a mejorar la transparencia, reproducibilidad, trazabilidad y reutilización responsable de los resultados de investigación.

Los trabajos originales deberán incluir una **Declaración de disponibilidad de datos**, ubicada después de la Discusión o Conclusiones y antes de las Referencias. En ella se deberá indicar si los datos que sustentan los resultados del estudio están disponibles y las condiciones para acceder a ellos.

Cuando sea ética y legalmente posible, se recomienda depositar los datos, códigos, protocolos u otros materiales que sustentan los resultados en repositorios confiables que asignen identificadores persistentes y favorezcan los principios FAIR (localizables, accesibles, interoperables y reutilizables).

En investigaciones clínicas o con información sensible, la apertura de datos no será exigida cuando pueda comprometer la privacidad, confidencialidad o seguridad de participantes.

Según corresponda, podrá utilizarse alguna de las siguientes fórmulas:

### **7.1 Datos disponibles en un repositorio público.**

*Disponibilidad de datos:* Los datos que sustentan los resultados de este estudio se encuentran disponibles en [nombre del repositorio], [DOI/enlace o identificador persistente].

### **7.2 Datos disponibles previa solicitud.**

*Disponibilidad de datos:* Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles a solicitud razonable al autor de correspondencia, sujetos a las condiciones éticas y de confidencialidad aplicables.

### **7.3 Datos que no pueden compartirse por confidencialidad.**

*Disponibilidad de datos:* Los datos no se encuentran disponibles públicamente, debido a restricciones éticas y de confidencialidad destinadas a proteger la privacidad de los participantes.

### **7.4 No aplica**

*Disponibilidad de datos:* No aplica. Este artículo no generó ni analizó conjuntos de datos nuevos.

## **8. Registro y guías de reporte**

Los estudios deberán ajustarse, según su diseño, a las guías de reporte reconocidas internacionalmente. Entre otras, se recomienda utilizar CONSORT para ensayos clínicos, STROBE para estudios observacionales, PRISMA para revisiones sistemáticas y metaanálisis,

CARE para casos clínicos, STARD para estudios de precisión diagnóstica y COREQ o SRQR para estudios cualitativos. Para otros diseños, se recomienda consultar la guía correspondiente disponible en EQUATOR Network.

Los ensayos clínicos deberán estar registrados, antes de incorporar al primer participante, en un registro público de ensayos clínicos reconocido internacionalmente. Este requisito se aplica a los ensayos clínicos y no a todos los tipos de estudios. El nombre del registro y el número de identificación deberán indicarse en el manuscrito.

## **9. Proceso editorial y revisión por pares**

Todo manuscrito será sometido inicialmente a una evaluación editorial para verificar su adecuación al alcance de la revista, cumplimiento de estas instrucciones, originalidad, aspectos éticos y calidad científica mínima. El Comité Editorial podrá rechazar el manuscrito en esta etapa o solicitar correcciones formales antes de enviarlo a revisión externa.

Los trabajos que superen la evaluación inicial serán sometidos a revisión por pares externos, habitualmente por dos especialistas y, cuando sea necesario, por un tercero. La modalidad será doble ciego: la identidad de las personas autoras no será comunicada a quienes revisan y viceversa. Los manuscritos deberán prepararse de manera que el archivo destinado a revisión no contenga información identificatoria.

Los posibles resultados de la revisión serán: (1) aceptado sin modificaciones; (2) aceptado sujeto a modificaciones

menores; (3) aceptado sujeto a modificaciones mayores; o (4) rechazado. Cuando existan evaluaciones discordantes, el Editor podrá solicitar una tercera revisión. La decisión final corresponde al Editor responsable, considerando los informes de pares y la evaluación editorial.

Las personas autoras deberán responder de manera ordenada y fundamentada a cada observación de los revisores, señalando los cambios efectuados. Las versiones corregidas deberán enviarse dentro del plazo comunicado por la revista.

Los mismos estándares de revisión, independencia y transparencia se aplicarán a números regulares, números especiales, suplementos y secciones temáticas.

Cuando un integrante del equipo editorial sea autor de un manuscrito, quedará excluido de toda decisión o acceso al proceso de evaluación de ese trabajo.

### **10. Apelaciones, correcciones y retractaciones**

Las personas autoras podrán presentar una apelación fundamentada respecto de una decisión editorial. La apelación será evaluada por un editor que no haya tenido un conflicto de interés con el manuscrito y la decisión resultante será comunicada formalmente.

Las inquietudes sobre artículos publicados serán investigadas siguiendo principios de debido proceso y buenas prácticas editoriales. Cuando corresponda, la revista publicará correcciones, fe de erratas, expresiones de preocupación (avisos editoriales ante dudas relevantes sobre la integridad o

confiabilidad de un artículo mientras estas son investigadas) o retractaciones, manteniendo la trazabilidad del registro científico y siguiendo las recomendaciones del Committee on Publication Ethics (COPE).

### **11. Idioma, formato general y envío**

Los manuscritos se presentarán preferentemente en español, con título, resumen y palabras clave en español e inglés. Podrán aceptarse manuscritos en inglés o portugués, cuando el Comité Editorial lo autorice. El lenguaje debe ser claro, científico e inclusivo, evitando modismos locales y abreviaturas innecesarias.

El archivo principal se enviará en formato Microsoft Word (.doc o .docx), en tamaño carta, letra Arial 12, interlineado 1,5 y páginas numeradas consecutivamente. Se utilizará el Sistema Internacional de Unidades (SI), por ejemplo: m, cm, kg, g, mg, L, mL, s, min y °C, según corresponda.

El procedimiento y canal oficial de envío se mantendrán publicados y actualizados en el sitio web de la revista. El envío implica la aceptación de las políticas editoriales y éticas vigentes.

### **12. Página de título**

La página de título deberá incluir:

- Título completo en español y en inglés, breve, específico e informativo.
- Nombre completo de cada persona autora.
- Grado académico y/o profesional principal, cuando corresponda.
- Filiación institucional normalizada de cada autor: unidad/departamento, institución, ciudad y país.
- Identificador ORCID de cada perso-

na autora.

- Nombre y correo electrónico de la persona autora de correspondencia.
- Fuente de financiamiento y número de proyecto, cuando corresponda.
- Declaración de conflictos de interés.
- 

### 13. Resumen y palabras clave

Los manuscritos deberán incluir resumen en español y abstract en inglés, de hasta 250 palabras. En trabajos originales y revisiones sistemáticas se utilizará, cuando sea pertinente, una estructura con Objetivo, Método, Resultados y Conclusiones. En otros tipos de ma-

nuscrito podrá emplearse un resumen no estructurado.

Se incluirán entre tres y cinco palabras clave en español y sus equivalentes en inglés. Se recomienda seleccionar términos normalizados de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y/o Medical Subject Headings (MeSH).

**Los manuscritos enviados en inglés deberán incluir además título, resumen y palabras clave en español. Los manuscritos enviados en portugués deberán incluir título, resumen y palabras clave en portugués, español e inglés.**

### 14. Tipos de manuscritos.

| <i>Tipo</i>       | <i>Extensión máxima</i> | <i>Referencias</i> | <i>Tablas/Figuras</i> |
|-------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|
| Trabajo original  | 3.500 palabras          | 40                 | 5                     |
| Revisión de temas | 3.500 palabras          | 80                 | 5                     |
| Caso clínico      | 2.000 palabras          | 10                 | 3                     |
| Contribución      | 2.000 palabras          | Según pertinencia  | Según pertinencia     |
| Carta al Director | 1.500 palabras          | 6                  | 1                     |

El límite de palabras comprende el texto principal manuscrito, desde la Introducción hasta la Discusión o Conclusiones, y excluye página de título, resumen/abstract, palabras clave, agradecimientos, declaraciones, referencias bibliográficas, tablas, figuras y sus leyendas.

Las extensiones señaladas son orientativas y podrán excederse cuando la naturaleza y calidad del manuscrito lo justifiquen, previa consideración editorial.

### 15. Trabajos originales

Los trabajos originales seguirán la estructura IMRyD: Introducción, Método, Resultados y Discusión. Podrá añadirse una sección de Conclusiones cuando sea pertinente.

#### 15.1 Introducción

Debe presentar el contexto y fundamento del estudio, la pregunta de investigación y los objetivos o hipótesis. Los objetivos principales y secundarios deberán formularse con claridad. Se incluirán únicamente las referencias necesarias.

#### 15.2 Método

Debe describir el diseño del estudio, lugar y periodo, población o participantes, criterios de inclusión y exclusión, muestreo, variables, instrumentos, procedimientos, intervenciones y análisis de datos con detalle suficiente para permitir la comprensión y, cuando corresponda, la reproducibilidad del estudio.

Se identificarán los equipos, medica-

mentos y productos utilizados cuando sean relevantes, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración. Los métodos estadísticos deberán describirse con suficiente detalle y deberá indicarse el software utilizado.

Se informarán, cuando corresponda, la aprobación del Comité Ético-Científico —identificando la institución y el número o código de aprobación—, la obtención de consentimiento informado y/o asentimiento y, en ensayos clínicos, el nombre del registro y número de identificación.

### **15.3 Resultados**

Los resultados se presentarán en secuencia lógica, priorizando los hallazgos principales y evitando duplicar en el texto la información contenida en tablas y figuras. Los datos cuantitativos deberán expresarse con las medidas de tendencia central, dispersión, estimación e incertidumbre pertinentes. Cuando corresponda se informarán valores absolutos y relativos, tamaños de efecto e intervalos de confianza.

### **15.4 Discusión y conclusiones**

La discusión deberá comenzar con una síntesis de los hallazgos principales, interpretarlos a la luz del conocimiento vigente, compararlos con estudios relevantes, explorar posibles explicaciones, explicitar las limitaciones y analizar las implicancias para investigación, práctica clínica o políticas de salud. Las conclusiones deberán derivarse directamente de los objetivos y resultados, evitando afirmaciones no sustentadas.

### **16. Revisiones**

Las revisiones deberán presentar una síntesis crítica, actualizada y relevante de la literatura. Las revisiones siste-

máticas y metaanálisis deberán seguir PRISMA y describir de manera reproducible la pregunta, estrategia de búsqueda, fuentes de información, criterios de elegibilidad, selección de estudios, evaluación de calidad o riesgo de sesgo y método de síntesis. Las revisiones narrativas deberán explicitar su propósito y metodología de búsqueda y selección en la medida pertinente.

### **17. Casos clínicos**

Los casos clínicos deberán tener relevancia clínica o educativa y presentar de manera clara antecedentes, evaluación, intervención, evolución y discusión. Se recomienda seguir la guía CARE. Deberá protegerse estrictamente la identidad del paciente y obtenerse consentimiento informado para publicación, cuando corresponda.

### **18. Contribuciones**

Podrán incluir experiencias de trabajo, aspectos éticos, gestión asistencial, salud pública, epidemiología, legislación, sociología u otros temas relacionados con las especialidades de la revista. Su estructura podrá adaptarse a la naturaleza del trabajo, manteniendo rigor, claridad y respaldo bibliográfico.

### **19. Cartas al Director**

Espacio destinado a comentarios fundamentados sobre artículos publicados, debates científicos, observaciones clínicas o temas de interés para la comunidad de la revista. Deberán ser concisas, respetuosas y sustentadas en evidencia cuando corresponda.

### **20. Tablas**

Las tablas se numerarán consecutiva-

mente según su primera mención en el texto. Cada tabla deberá tener un título breve y autoexplicativo. Las abreviaturas y notas se explicarán al pie. Se evitarán líneas internas innecesarias y la duplicación de información presentada en figuras o texto. Las tablas deberán ser editables y no enviarse como imágenes.

### 21. Figuras e imágenes

Las figuras se numerarán consecutivamente y deberán incluir título o leyenda explicativa. Los archivos de imagen se enviarán preferentemente en JPEG o TIFF con resolución mínima de 300 dpi para imágenes fotográficas; los gráficos y diagramas deberán entregarse, cuando sea posible, en formato editable o vectorial.

Cuando una figura haya sido publicada previamente, las personas autoras deberán obtener y adjuntar la autorización de reproducción cuando sea necesaria, citar la fuente original y respetar la licencia aplicable. No se aceptarán manipulaciones de imágenes que alteren o puedan inducir a una interpretación incorrecta de los datos.

### 22. Abreviaturas, unidades y nomenclatura

Se utilizarán abreviaturas estándar y se evitarán en el título. Toda abreviatura deberá desarrollarse la primera vez que aparezca en el resumen y nuevamente en el texto principal cuando sea necesario. Se utilizará el Sistema Internacional de Unidades y nomenclatura científica estandarizada.

### 23. Referencias bibliográficas

Las referencias se numerarán consecu-

tivamente según el orden de aparición en el texto y las citas se identificarán con números arábigos entre corchetes. La lista final incluirá únicamente documentos citados en el manuscrito.

Se seguirá el estilo de la American Medical Association (AMA), en concordancia con el uso biomédico de referencias numéricas. Se privilegiarán las fuentes originales y pertinentes. Siempre que exista, deberá incluirse el DOI como enlace DOI completo. Los títulos de revistas se abreviarán según estándares bibliográficos reconocidos.

Los conjuntos de datos, software, protocolos y otros productos de investigación utilizados como fuentes deberán citarse formalmente cuando corresponda, incluyendo autores o responsables, título, repositorio o editor, año e identificador persistente.

### 24. Declaraciones al final del manuscrito

Antes de las referencias bibliográficas, deberán incorporarse cuando correspondan:

- Contribuciones de autoría (CRediT).
- Declaración de disponibilidad de datos.
- Declaración sobre uso de herramientas de Inteligencia Artificial.
- Agradecimientos.

### 25. Derechos de autor, acceso abierto y licencia

La Revista SOPNIA es una revista de acceso abierto. Los autores conservan sus derechos de autoría y otorgan a la revista el derecho de primera publicación, distribución y difusión de sus artículos.

Los artículos se publican bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite compartir y adaptar el contenido, incluso con fines comerciales, siempre que se reconozca adecuadamente la autoría y la publicación original y se indiquen los cambios realizados.

### 26. Costos de publicación

La Revista SOPNIA no cobra cargos por envío, evaluación, procesamiento ni publicación de manuscritos.

### 27. Preservación, transparencia y registro editorial

La revista mantendrá políticas de preservación digital y respaldo de sus contenidos, así como acceso al archivo histórico en texto completo en la medida de sus posibilidades técnicas. Los artículos publicados deberán incluir de manera visible sus datos bibliográficos, fechas de recepción y aceptación, DOI cuando corresponda y licencia de uso.

### 28. Lista de verificación antes del envío

- El manuscrito es original, no está en evaluación simultánea por otra revista y se declaró cualquier preprint existente.
- El archivo cumple el formato y la extensión correspondientes al tipo de manuscrito.
- Título, resumen y palabras clave se presentan en español e inglés.

- Se incluyeron ORCID y filiaciones institucionales completas de todas las personas autoras.
- Se declaró la contribución de autoría mediante CRediT, cuando corresponda.
- Se informaron financiamiento y conflictos de interés.
- Se incorporó la aprobación ética, consentimiento/asentimiento y registro del estudio cuando corresponda.
- Se siguió la guía de reporte apropiada al diseño del estudio.
- Se incluyó una Declaración de disponibilidad de datos, cuando corresponda.
- Se declaró el uso sustantivo de herramientas de IA, cuando corresponda.
- Las tablas son editables y las figuras cumplen los requisitos de resolución y permisos.
- Todas las referencias citadas aparecen en la lista y todos los DOI disponibles han sido incluidos.

### 29. Referentes editoriales

Estas instrucciones se interpretarán de acuerdo con las versiones vigentes de las recomendaciones y estándares internacionales aplicables, entre ellos ICMJE, COPE, EQUATOR Network, CRediT y los criterios de SciELO Chile. El Comité Editorial podrá actualizar estas normas para mantenerlas en consonancia con la evolución de las buenas prácticas de comunicación científica.

*Comité Editorial – Revista SOPNIA*

# Carta de Compromiso y Declaraciones de Autoría.

Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia  
SOPNIA.

Título del manuscrito:

.....  
.....  
.....  
.....

Tipo de manuscrito:

.....  
.....

Autor para correspondencia:

.....  
.....

Correo electrónico:

.....

Las personas autoras del manuscrito individualizado anteriormente, al presentarlo para consideración de publicación en la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (Revista SOPNIA), declaramos y certificamos lo siguiente:

## 1. Originalidad y exclusividad

El manuscrito es original y no se encuentra simultáneamente en evaluación por otra revista. Sus resultados, tablas, figuras y conclusiones no han sido publicados previamente, salvo aquellas situaciones expresamente permitidas por las políticas editoriales de la Revista. En caso de existir una versión previa depositada en un servidor de preprints, esta circunstancia ha sido

declarada al momento del envío, identificando el servidor y su DOI o identificador persistente correspondiente.

## 2. Autoría y responsabilidad

Todas las personas incluidas como autoras cumplen los criterios de autoría establecidos por la Revista SOPNIA y han realizado contribuciones sustanciales al trabajo. Todas las personas autoras han revisado y aprobado la versión final del manuscrito y aceptan asumir responsabilidad por su contenido, exactitud e integridad. Cuando corresponde, el manuscrito incluye una declaración de Contribuciones de autoría de acuerdo con la taxonomía CRediT.

## 3. Integridad científica

Los datos, resultados, imágenes, tablas y demás contenidos del manuscrito se presentan fielmente y no han sido fabricados, falsificados ni manipulados de manera engañosa. Se reconoce adecuadamente la autoría de las ideas, textos, datos y materiales provenientes de otras fuentes. Las citas, referencias y reproducciones de material protegido han sido identificadas correctamente y se han obtenido las autorizaciones necesarias cuando corresponde.

### **4. Ética, consentimiento y protección de participantes**

Cuando corresponde al diseño del estudio, se cuenta con la aprobación de un Comité Ético-Científico o instancia equivalente, y dicha aprobación se encuentra declarada en el manuscrito. Asimismo, se han obtenido los consentimientos informados y/o asentimientos correspondientes y se han cumplido las disposiciones aplicables para la investigación con niños, niñas y adolescentes. La información incluida en el manuscrito protege la privacidad y confidencialidad de pacientes y participantes, evitando la inclusión de información que permita su identificación o reidentificación, salvo cuando exista autorización expresa y sea indispensable para la publicación.

### **5. Conflictos de interés y financiamiento**

Todas las personas autoras han declarado cualquier relación financiera, profesional, institucional o personal que pudiera constituir o ser percibida como un potencial conflicto de interés. Asimismo, se han informado todas las fuentes de financiamiento, patrocinio o apoyo material relacionadas con la investigación o preparación del manuscrito.

### **6. Uso de herramientas de Inteligencia Artificial**

Las personas autoras declaran haber cumplido la Política de la Revista SOPNIA sobre el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) en el proceso editorial. Cuando se utilizaron herramientas de IA de manera sustantiva en la preparación del manuscrito, dicho uso ha sido declarado transparentemente, identificando, cuando

corresponde, la herramienta utilizada, modelo o versión y finalidad de su empleo. Cuando una herramienta de IA formó parte de la metodología de investigación, su utilización ha sido descrita además en la sección Método con el detalle pertinente. Las personas autoras han revisado críticamente todo contenido producido o asistido mediante IA y asumen plena responsabilidad por su exactitud, originalidad e integridad. Asimismo, declaran haber respetado las normas de privacidad y confidencialidad aplicables.

### **7. Disponibilidad de datos**

Cuando corresponde, el manuscrito incorpora una Declaración de Disponibilidad de Datos, indicando si los datos se encuentran disponibles públicamente, pueden solicitarse a la persona autora de correspondencia, están sujetos a restricciones éticas o de confidencialidad, o si esta declaración no resulta aplicable.

### **8. Aceptación de las políticas editoriales**

Las personas autoras declaran conocer y aceptar las Instrucciones para los Autores vigentes de la Revista SOPNIA, así como sus políticas editoriales y éticas. Asimismo, en caso de aceptación del manuscrito, reconocen las condiciones de publicación y difusión establecidas por la Revista.

### **9. Incorporación de declaraciones**

Las personas autoras certifican que todas las declaraciones exigidas por la Revista, establecidas en las Instrucciones para los Autores, han sido incorporadas, cuando corresponde, en las secciones correspondientes del manuscrito.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ No aplica.

Certificamos haber leído y aprobado la versión final del manuscrito y la veracidad de las declaraciones contenidas en esta carta.

[illegible]

### SITIOS DE INTERÉS A TRAVÉS DE PÁGINAS WEB:

#### Sociedades

- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia:  
[www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)
- Sociedad Chilena de Pediatría:  
[www.sochipe.cl](http://www.sochipe.cl)
- Sociedad Chilena de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía:  
[www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)
- Sociedad Chilena de Salud Mental:  
[www.schilesaludmental.cl](http://www.schilesaludmental.cl)
- Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares:  
[www.sochitab.cl](http://www.sochitab.cl)
- Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente:  
[www.aacap.org](http://www.aacap.org)
- Academia Americana de Neurología (Sección Pediátrica):  
<http://www.aan.com/go/about/sections/child>
- Sociedad Europea de Psiquiatría del Niño y del Adolescente:  
[www.escap-net.org](http://www.escap-net.org)
- Sociedad Europea de Neurología Pediátrica:  
[www.epns.info](http://www.epns.info)
- Revista Chilena de Neuropsiquiatría:  
[www.sonepsyn.cl/index.php?id=365](http://www.sonepsyn.cl/index.php?id=365)  
[www.scielo.cl/scielophp?pid=0717-9227-&script=sci\\_serial](http://www.scielo.cl/scielophp?pid=0717-9227-&script=sci_serial)
- Revista Pediatría Electrónica:  
[www.revistapediatria.cl](http://www.revistapediatria.cl)
- Child and Adolescent Psychiatry (inglés):  
[www.jaacap.com](http://www.jaacap.com)
- Child and Adolescent Clinics of North America (inglés):  
[www.childpsych.theclinics.com](http://www.childpsych.theclinics.com)
- European Child & Adolescent Psychiatry (inglés):  
[www.springerlink.com/content/101490/](http://www.springerlink.com/content/101490/)
- Development and Psychopathology (inglés):  
<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP>
- Seminars in Pediatric Neurology (inglés):  
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/10719091>
- Pediatric Neurology (inglés):  
[www.elsevier.com/locate/pedneu](http://www.elsevier.com/locate/pedneu)
- Epilepsia (inglés):  
[www.epilepsia.com](http://www.epilepsia.com)
- Revista Europea de Epilepsia (inglés):  
[www.seizure-journal.com](http://www.seizure-journal.com)

#### Escuela de Postgrado

- Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile:  
Postgrado, Escuela de Medicina UC.
- Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile:  
[www.postgradomedicina.uchile.cl](http://www.postgradomedicina.uchile.cl)

#### Revistas

- Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia:  
[www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)

#### Sitios recomendados en Psiquiatría

- Parámetros prácticos:  
[www.aacap.org/page.www\\_section=Practice+Parameters&name=Practice+Parameters](http://www.aacap.org/page.www_section=Practice+Parameters&name=Practice+Parameters)
- Conflictos de interés (inglés):  
[www.aacap.org/cs/root/physicians\\_and\\_allied\\_professionals/guidelines\\_on\\_conflict\\_of\\_interest\\_for\\_child\\_and\\_adolescent\\_psy-chiatrists](http://www.aacap.org/cs/root/physicians_and_allied_professionals/guidelines_on_conflict_of_interest_for_child_and_adolescent_psy-chiatrists)
- Autismo (inglés):  
[www.autismresearchcentre.com](http://www.autismresearchcentre.com)
- Suicidalidad (inglés):  
[www.afsp.org](http://www.afsp.org)

- Déficit atencional:  
[www.tdahlatinoamerica.org](http://www.tdahlatinoamerica.org)  
[www.chadd.org](http://www.chadd.org) (inglés)

### Sitios recomendados en Neurología

- Neurología Infantil Hospital Roberto del Río:  
[www.neuropedhrrio.org](http://www.neuropedhrrio.org)

### Otros sitios recomendados para residentes

- Temas y clases de neurología:  
<http://sites.google.com/a/neuropedhrrio.org/docencia-pregrado-medicina/>
- Artículos seleccionados del BMJ:  
[www.bmj.com/cgi/collection/child\\_and\\_adolescent\\_psychiatry](http://www.bmj.com/cgi/collection/child_and_adolescent_psychiatry)

### Sitios recomendados para pacientes

- Recursos generales (inglés):  
[www.aacap.org/cs/root/facts\\_for\\_families/informacion\\_para\\_la\\_familia](http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia)  
[www.aacap.org/cs/resource.centers](http://www.aacap.org/cs/resource.centers)
- Trastorno afectivo bipolar (inglés):  
<http://www.bpkids.org/learn/resources>

- Trastorno afectivo bipolar (español):  
<http://www.sochitab.cl>
- Epilepsia: Liga Chilena contra la Epilepsia:  
[www.ligaepilepsia.cl](http://www.ligaepilepsia.cl)

### Salud Mental

- Programa Habilidades para la Vida:  
[http://www.junaeb.cl/pron-tus\\_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html](http://www.junaeb.cl/pron-tus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html)
- Chile Crece Contigo:  
[www.crececontigo.cl](http://www.crececontigo.cl)
- Segunda encuesta online efectos del covid-19 en el uso de alcohol y otras drogas en Chile 2021. Puedes revisar y descargar los principales resultados aquí CONACE:  
[www.conace.cl](http://www.conace.cl)
- Octavo estudio nacional de consumo de drogas en población general de Chile 2008:  
[http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-de-consumo-de-dro-gas-en-poblacion-general-de-chile-2008&catid=74:noticias&Itemid=559](http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-de-consumo-de-dro-gas-en-poblacion-general-de-chile-2008&catid=74:noticias&Itemid=559)

### PROGRAMA CONGRESO SOPNIA 2026

*Sopnia 2026 Congress Program*

*Comité Organizador*



# Programa Congreso

PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

## 43° SOPNIA 2026

LA SERENA, CHILE | ★ | NOVIEMBRE

JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA



[www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)



## 43° SOPNIA 2026

LA SERENA, CHILE ★ NOVIEMBRE

JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA



**MIÉRCOLES**  
**18 DE NOVIEMBRE**

|       |                                                                                                                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:00 | <b>ACREDITACIÓN</b>                                                                                                                                              |
|       | <b>CURSO PRECONGRESO</b><br>Coordinadores: Dr. Corral, Dra. Monsalve, Dra. Briones, Ps. Hernández, Dra. Vilches                                                  |
| 09:00 | <b>Simpósio 1: EMARS</b><br><b>Palabras de Bienvenida</b><br>Modera: Dra. Emilia Monsalve                                                                        |
| 09:30 | <b>EMARS</b><br>Dr. Andreas Bechdorf                                                                                                                             |
| 09:55 | <b>El habla como ventana al riesgo: Marcadores lingüístico-acústicos como predictores de psicosis en Estados Mentales de Alto Riesgo</b><br>Dra. Alicia Figueroa |
| 10:20 | <b>EMARS</b><br>Dr. Juan Pablo del Río                                                                                                                           |
| 10:45 | Mesa Redonda                                                                                                                                                     |
| 11:00 | <b>COFFEE BREAK</b>                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>43° SOPNIA 2026</b><br/><small>LA SERENA, CHILE • NOVIEMBRE</small><br/>JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA</div> <div><div><b>MIÉRCOLES</b><br/><b>18 DE NOVIEMBRE</b></div></div> |                                                                                                                                                                                   |
| 11:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Símpoio 2: TEA</b><br>Modera: Dra. Paulina Briones                                                                                                                             |
| 11:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Programa PEERS en la atención pública: experiencia de implementación y resultados de un estudio de cohorte prospectiva en La Florida TEAcompaña</b><br>Ps. Katherine Hernandez |
| 11:45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Estudio de cohorte prospectivo: Evaluación de Taller PEERS</b><br>Dra. María José Meza                                                                                         |
| 12:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Trastornos del sueño en TEA</b><br>Dra. Paola León                                                                                                                             |
| 12:25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Apoyo e intervención en Línea para la ansiedad infantil - Versión Autismo (OSI-A Chile)</b><br>Dr. Miguel Cordero                                                              |
| 12:50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                                                                                               |
| 13:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>ALMUERZO LIBRE</b>                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Símpoio 3: Salud Mental Escolar</b><br>Modera: Dra. Loreto Vilches                                                                                                             |
| 14:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Importancia de hábitos y sueño, manejo de pantallas en escolares</b><br>Dra. María José Krakowiak                                                                              |
| 14:55                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Diagnósticos diferenciales de TEA, no todo es TEA</b><br>Dra. Valeria Rojas                                                                                                    |
| 15:20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Adversidad y trauma en la infancia y adolescencia: ¿cómo se puede apoyar desde el sistema escolar?</b><br>Dra. Claudia Capella                                                 |
| 15:45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Habilidades socioemocionales para promover trayectorias de resiliencia en niños y niñas</b><br>Dra. Florencia Alamos                                                           |
| 16:10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>43° SOPNIA 2026</b><br/><small>LA SERENA, CHILE • NOVIEMBRE</small><br/>JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA</div> <div><div><b>MIÉRCOLES</b><br/><b>18 DE NOVIEMBRE</b></div></div> |                                                                                                                                        |
| 15:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CASOS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO</b><br>Modera: Dra. Carmen Vargas                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Desafíos éticos de la Docencia en la era de la IA</b><br>Dra. Molly Wilson - Murphy                                                 |
| 16:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Caso de Dificil Diagnóstico 1</b><br>Hospital San Borja - Hospital Roberto del Río                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Caso de Dificil Diagnóstico 2</b><br>Hospital Calvo Mackenna - P. Universidad Católica de Chile                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Caso de Dificil Diagnóstico 3</b><br>Hospital Dr. Exequiel González Cortés - Universidad de Valparaíso                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Meda Redonda</b>                                                                                                                    |
| 18:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>COFFEE BREAK</b>                                                                                                                    |
| 18:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CEREMONIA INAUGURAL</b>                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>PALABRAS AUTORIDADES</b><br>Dra. Nadia Garib, presidenta Congreso<br>Dra. Carolina Heresi, presidenta SOPNIA                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>CONFERENCIA INAUGURAL</b><br><b>Neurodiversidad y trauma: nuevas perspectivas para comprender el desarrollo</b><br>Dr. Adrián Cillo |
| 19:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CÓCTEL INAUGURAL</b>                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                  |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div></div> <div>43°SOPNIA2026</div> <div>LA SERENA, CHILE * NOVIEMBRE</div> <div>JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA</div> |                                                                                                                                                  |  |                                                                                        |  | <div></div> <div>JUEVES</div> <div>19 DE NOVIEMBRE</div> |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
| 07:00                                                                                                                                                                                                             | ACREDITACIÓN                                                                                                                                     |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                   | DESAYUNOS CON EXPERTOS - MÁXIMO 10 CUPOS POR INVITADO                                                                                            |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                               | MÁXIMO 150 PERSONAS |                                                                                   |  |
| 07:30                                                                                                                                                                                                             | PSIQUIATRÍA                                                                                                                                      |  |                                                                                        |  | NEUROLOGÍA                                                                                                                                |  |                                                                                               |                     | Casos Neuroradiológicos                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                   | Modera:<br>Dra. María Estévez                                                                                                                    |  | Modera:<br>Dra. Adriana Gutiérrez                                                      |  | Modera:<br>Dra. Ilona Skorin                                                                                                              |  | Modera:<br>Dra. María Jose Hidalgo y Dra. Fernanda Balut                                      |                     | Modera:<br>por confirmar                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                   | El impacto del trauma en la infancia<br><br>Dr. Víctor Carrión                                                                                   |  | Conducta autolesiva no suicida en la infancia y adolescencia<br><br>Dra. Anelisse Dorr |  | Re-análisis genético de casos negativos en epilepsia: cómo el neuropediatra puede orientarlo<br><br>Dr. Sebastián Silva                   |  | Cómo sentar las bases para protocolizar código Stroke pediátrico<br><br>Dra. Nomazulu Dlamini |                     | Casos Neuroradiológicos de interés para el Neuropediatra<br><br>Dr. Carlos Robles |  |
| 08:30                                                                                                                                                                                                             | <b>PLENARIA PSIQUIATRÍA</b><br>Trauma y disociación en niños y adolescentes<br>Modera: Dra. María Estévez                                        |  |                                                                                        |  | <b>PLENARIA NEUROLOGÍA</b><br>Modera : Dr. Juan Francisco Cabello                                                                         |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                   | Impacto neurobiológico y clínico del trauma temprano: comprensión de la disregulación y estado disociativo en niños<br><br>Dr. Víctor Carrión    |  |                                                                                        |  | Avances en el tratamiento de Neurofibromatosis<br><br>Dra. Nicole Ullrich                                                                 |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                   | Disociación en niños y adolescentes , reconocimiento clínico y evaluación mediante escala validada en población chilena<br><br>Dra. Carmen Lagos |  |                                                                                        |  | Casos clínicos y discusión                                                                                                                |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                   | Mesa redonda                                                                                                                                     |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |
| 10:00                                                                                                                                                                                                             | COFFEE BREAK                                                                                                                                     |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                               |                     |                                                                                   |  |

| <div>  <div> <b>43° SOPNIA 2026</b><br/> <small>LA SERENA, CHILE * NOVIEMBRE</small><br/> <b>JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA</b> </div> <div>  <b>JUEVES<br/>19 DE NOVIEMBRE</b> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PSIQUIATRÍA                                                                                                                                                                                                       | NEUROLOGÍA                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SIMPOSIO P1<br>EMARS                                                                                                                                                                                              | SIMPOSIO P2<br>Psicofarmacología en<br>Trastornos del Ánimo                                                             | SIMPOSIO N1<br>Neurodesarrollo                                                                                                                                                               | SIMPOSIO N2<br>Neuromuscular                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Moderadora:</b> Dra. Adriana Gutiérrez                                                                                                                                                                         | <b>Moderadora:</b> Dra. Marcela Abufhele y<br>Dra. María Estévez                                                        | <b>Moderadora:</b> Dra. Valeria Rojas y<br>Dra. Gloria Escribano                                                                                                                             | <b>Moderadora:</b> Dra. Daniela Ávila y<br>Dra. Carmen Paz Vargas                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Estados mentales de alto riesgo:<br/>identificación e intervención</b><br>Dra. Kate Hardy                                                                                                                      | <b>Trastorno bipolar, alternativas<br/>terapéuticas de acuerdo a<br/>síntomas blanco</b><br>Dr. Rodrigo Correa          | <b>Arquitectura genética del<br/>autismo: de los síndromes<br/>monogénicos y variantes raras,<br/>al riesgo poligénico: utilidad<br/>clínica y desafíos de equidad</b><br>Dra. Pilar Trelles | <b>Avances en terapias<br/>inmunomoduladoras en<br/>miastenia gravis y miopatías<br/>inflamatorias</b><br>Dr. Partha Ghosh                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Más allá de los síntomas:<br/>potenciales relacionados con<br/>eventos como biomarcadores en<br/>los estados mentales de alto<br/>riesgo</b><br>Dra. Rocio Mayol                                               | <b>Estrés temprano y fenotipos<br/>intermedios del trastorno del<br/>ánimo</b><br>Dr. Ulises Ríos                       | <b>Autismo con altas necesidades<br/>de apoyo, un subgrupo con<br/>necesidades diferenciadas:<br/>Visibilidad, brechas de acceso<br/>y desafíos éticos</b><br>Dra. Isabel López              | <b>Terapias modificadoras de<br/>enfermedad en Distrofia<br/>Miotónica Tipo I y<br/>Enfermedad de Charcot-<br/>Marie-Tooth</b><br>Dr. Partha Ghosh |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Consumo de marihuana en<br/>adolescentes: efectos<br/>neurocognitivos, reversibilidad y<br/>consecuencias en la experiencia<br/>subjetiva en los estados mentales<br/>de alto riesgo</b><br>Dra. Anelisse Dórr | <b>Tratamiento farmacológico de<br/>la desregulación disruptiva del<br/>estado de ánimo</b><br>Dra. Marcela Larraguibel | <b>Desregulación emocional y<br/>conductual en Autismo:<br/>Evaluación funcional y<br/>abordaje integral</b><br>Dra. Lorena Pizarro                                                          | <b>Nuevos fenotipos en<br/>miopatías congénitas</b><br>Dra. Verónica Sáez                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Más allá del alto riesgo clínico de<br/>psicosis: ¿qué sigue en la<br/>investigación de los estados<br/>mentales de alto riesgo?</b><br>Dr. Andreas Bechdolf                                                   | <b>Mesa redonda</b>                                                                                                     | <b>Catatonía en autismo y otros<br/>trastornos del neurodesarrollo:<br/>Reconocimiento, diagnóstico<br/>diferencial y manejo</b><br>Dra. Pilar Trelles                                       | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 12:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>SIMPOSIO ALMUERZO (1 HRA)</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                    |



## 43° SOPNIA 2026

LA SERENA, CHILE \* NOVIEMBRE

JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA



JUEVES  
19 DE NOVIEMBRE

| 14:00 |  <b>PSIQUIATRÍA</b>           |  <b>NEUROLOGÍA</b>            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <b>SIMPOSIO P3</b><br>Intervenciones<br>psicoterapéuticas en contexto<br>de hospitalización psiquiátrica       | <b>SIMPOSIO P4</b><br>Salud Mental del Preescolar                                                              |
|       | <b>SIMPOSIO N3</b><br>Sueño                                                                                    | <b>SIMPOSIO N4</b><br>Desafíos en Pesquisa<br>Neonatal Ampliada (PNA)                                          |
|       | <b>Modera:</b> Dra Marcela Abufhele                                                                            | <b>Modera:</b> Dra Priscila Torres                                                                             |
|       | <b>Modera:</b> Dra. María José Krakowiak, Dra. Karina Rosso y Dra. Claudia Riffo                               | <b>Modera:</b> Dr. Juan Francisco Cabello, Dr. Felipe Méndez y Dra Loreto Vilches                              |
|       | <b>Modelo hospitalario basado en mentalización</b><br>Dr. Alejandro Maturana                                   | <b>Consideraciones sobre el diagnóstico en la etapa preescolar</b><br>Dra. Mary Gleeson                        |
|       | <b>Cuando dormir protege: el papel del sueño en la resiliencia neurocognitiva infantil</b><br>Dra. Kiran Maski | <b>PNA en Chile: De la Esperanza a la Experiencia</b><br>Dr. Juan Francisco Cabello                            |
|       | <b>Intervenciones basadas en mentalización</b><br>Ps. Carlos González                                          | <b>Deconstruyendo el desarrollo a la etapa preescolar</b><br>Dr. Juan Enrique Sepúlveda                        |
|       | <b>El impacto de la carga hipoxica: del síntoma al daño sistémico</b><br>Dra. Lina Tavera                      | <b>Vivencias de la Pesquisa en el Norte de Chile</b><br>Dra. Loreto Vilches                                    |
|       | <b>Intervención de Diálogos abiertos</b><br>Dra. Francisca Pizarro                                             | <b>Desarrollo de la mentalización en el pre- escolar: Desafíos en la parentalidad</b><br>Dra. Marcia Olhaberry |
|       | <b>Un cambio de paradigma para nuestro país</b><br>Dr. Felipe Méndez                                           | <b>Desafíos éticos en la Pesquisa Neonatal</b><br>Dr. David Urión                                              |
|       | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                            | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                            |
|       | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                            | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                            |
|       | <b>COFFEE BREAK</b>                                                                                            |                                                                                                                |
| 16:00 |                                                                                                                |                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div><b>43° SOPNIA 2026</b><br/><small>LA SERENA, CHILE • NOVIEMBRE</small><br/><b>JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA</b></div> |                                                                                                      |  <div><b>JUEVES</b><br/><b>19 DE NOVIEMBRE</b></div> |
| 16:30                                                                                                                                                                                                                   |  <b>PSIQUIATRÍA</b> |  <b>NEUROLOGÍA</b>                                   |
|                                                                                                                                                                                                                         | <b>TRABAJOS DE PLATAFORMA</b>                                                                        | <b>TRABAJOS DE PLATAFORMA</b>                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                         | Moderador:                                                                                           | Moderador:                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                                      |
| 18:00                                                                                                                                                                                                                   | <b>CORRIDA - COMPROMISO CON EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE</b>                                          |                                                                                                                                       |
| 20:00                                                                                                                                                                                                                   | <b>EXPOARTE - CHEESE AND WINE</b>                                                                    |                                                                                                                                       |
| 21:00                                                                                                                                                                                                                   | <b>ACTIVIDAD EXTRAPROGRAMÁTICA KARAOKE</b>                                                           |                                                                                                                                       |



**43° SOPNIA 2026**  
LA SERENA, CHILE • NOVIEMBRE  
**JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA**



**VIERNES**  
**20 DE NOVIEMBRE**

|       |                                                                                                      |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--|
| 07:30 | ACREDITACIÓN                                                                                         |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
| 08:00 | PSIQUIATRÍA       |                 | NEUROLOGÍA  |                 |                 |  |
|       | TRABAJOS LIBRES                                                                                      | TRABAJOS LIBRES | TRABAJOS LIBRES                                                                                  | TRABAJOS LIBRES | TRABAJOS LIBRES |  |
|       | Modera:                                                                                              | Modera:         | Modera:                                                                                          | Modera:         | Modera:         |  |
|       |                                                                                                      |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
| 09:30 | <b>PLENARIA SUEÑO</b><br>Modera: Dra. Paola León                                                     |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
|       | <b>Cantidad de sueño y salud infantil: de la evidencia a la práctica clínica</b><br>Dra. Kiran Maski |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
|       | <b>Sueño, empatía y desarrollo socioemocional en niños y adolescentes</b><br>Dra. Lina Tavera        |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
|       | <b>Controversias y casos clínicos</b><br>Dra. Rosso, Dra. Rizzo, Dra. Krakowiak, Dra. León           |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |
| 11:00 | COFFEE BREAK                                                                                         |                 |                                                                                                  |                 |                 |  |



## 43° SOPNIA 2026

LA SERENA, CHILE ★ NOVIEMBRE

JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA



**VIERNES**  
**20 DE NOVIEMBRE**

|       |  <b>PSIQUIATRÍA</b>               |  <b>NEUROLOGÍA</b>                                                                                      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <b>SIMPOSIO P5</b><br>Intervenciones<br>Psicoterapéuticas en trauma y<br>disociación                               | <b>SIMPOSIO P6</b><br>Estrategias de prevención de<br>conductas de riesgo en contextos<br>escolares                                                                                      |
|       | <b>SIMPOSIO N5</b><br>Epilepsia                                                                                    | <b>SIMPOSIO N6</b><br>Vascular                                                                                                                                                           |
| 11:30 | <b>Moderadora:</b> Dra. María Estévez                                                                              | <b>Moderadora:</b> Dra. Claudia Ascencio                                                                                                                                                 |
|       | <b>Neurociencia-Informed Interventions for Youth with Posttraumatic Stress Symptoms</b><br>Dr. Víctor Carrión      | <b>Programa de prevención escolar y sus alcances</b><br>Ps PhD Jorge Varela                                                                                                              |
|       | <b>Actualización Ges epilepsia</b><br>Dra. Lucila Andrade                                                          | <b>Arteriopatía cerebral en la infancia, clasificación y abordaje inicial</b><br>Dra. Fernanda Balut                                                                                     |
|       | <b>EMDR en trauma complejo infantojuvenil: fundamentos, adaptaciones y desafíos clínicos.</b><br>Ps. Claudia Brett | <b>Impacto de los componentes tecnológicos del sistema RedOPA en el modelo del cuidado de SM en la comunidad educativa de establecimientos de enseñanza media</b><br>Ps PhD Tamara Otzen |
|       | <b>Experiencia vivida</b><br>Sra. Liliana                                                                          | <b>Diseción arterial pediátrica intra y extracraneana, clasificación, estudio y manejo</b><br>Dra. Nomazulu Dlamini, PhD                                                                 |
|       | <b>Intervenciones preventivas de conducta suicida y evidencia sobre efectividad</b><br>Ps PhD Daniel Nuñez         | <b>Actualización de la clasificación epilepsia y Manejo primera crisis</b><br>Dra. Kette Valente                                                                                         |
|       | <b>Neuroimagen en arteriopatía cerebral pediátrica</b><br>Dra. Nomazulu Dlamini, PhD                               | <b>Mesa redonda y cierre del eje trauma</b>                                                                                                                                              |
|       | <b>Mesa Redonda</b>                                                                                                | <b>Encefalopatía epiléptica manejo de precisión</b><br>Dra. Kette Valente                                                                                                                |
|       | <b>Cirugía de epilepsia: manejo integral del paciente</b><br>Dr. Carlos Bennett                                    | <b>Mesa Redonda</b><br>Moderadora:<br>Ma. José Hidalgo                                                                                                                                   |
| 13:00 | <b>SIMPOSIO ALMUERZO (1 HRA.)</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                          |



# 43° SOPNIA 2026

LA SERENA, CHILE ★ NOVIEMBRE

JUNTOS HACIA EL BIENESTAR Y LA ESPERANZA



**VIERNES  
20 DE NOVIEMBRE**

|       |                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14:30 | PSIQUIATRÍA                                                                                                                     |                                                                                                                       | NEUROLOGÍA                                                                                                                       |                                                                                                                                          |
|       | <b>SIMPOSIO P7<br/>Suicidio</b>                                                                                                 | <b>SIMPOSIO P8<br/>TCA en Neurodivergencia</b>                                                                        | <b>SIMPOSIO N7<br/>Neuroinmunología</b>                                                                                          | <b>SIMPOSIO N8<br/>Neurodesarrollo escolar</b>                                                                                           |
|       | <b>Modera:</b> Dra Elisa Reyes                                                                                                  | <b>Modera:</b> Dra. Marcela Abufhele                                                                                  | <b>Modera:</b> Dra. Isadora Ruiz y<br>Dra. Camila Cortés                                                                         | <b>Modera:</b> Dr. Miguel Cordero                                                                                                        |
|       | Posvención en suicidio. Duelo por suicidio en Equipos Clínicos. Reflexiones posventivas iniciales<br>Dra. Vania Martínez Nahuel | ARFID y anorexia asociado a TDAH<br>Dra. Maria Jose Figueroa                                                          | Más allá de los anticuerpos: enfrentamiento diagnóstico y manejo de encefalitis autoinmune seronegativa<br>Dra. Andrea Savransky | Ansiedad y adversidad en la infancia y la adolescencia: evidencia longitudinal desde Brasil y el Reino Unido<br>Dra. Alicia Matijasevich |
|       | Intervenciones en posvención<br>Dra. Consuelo Ponce de León                                                                     | ARFID y anorexia asociado a Autismo<br>Dra. Karina Aedo                                                               | MOGAD: evidencia, controversias y desafíos en la actualidad<br>Dra. Andrea Savransky                                             | Detección e intervención para problemas de ansiedad en escuelas del Reino Unido<br>PhD Tessa Reardon                                     |
|       | Prevención en suicidio en población infantil y adolescente<br>Dr. Mario Valdivia                                                | Terapia ocupacional y TCA en neurodivergencias: estrategias de intervención en ARFID y anorexia<br>T.O. Claudia Muñoz | Lesiones inflamatorias del SNC en pediatría: patrones de imagen y diagnóstico diferencial<br>Dr. Carlos Robles                   | Adversidad, Ansiedad y Neurodesarrollo en la práctica clínica y educativa en Chile<br>Dra. Ximena Carrasco                               |
|       | Mesa Redonda                                                                                                                    | Mesa Redonda                                                                                                          | Mesa Redonda                                                                                                                     | Mesa Redonda                                                                                                                             |
| 16:30 | COFFEE BREAK                                                                                                                    |                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |
| 17:00 | ASAMBLEA DE SOCIOS<br>(Salón Incahuasi)                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |
| 20:30 | CENA DE CLAUSURA                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |

## Reuniones y Congresos

### PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL

- **26 Congreso Mundial de Psiquiatría / 26 THWorld Congress of Psychiatry.**  
23–26 septiembre 2026. Estocolmo, Suecia.  
[wcp-stockholm2026.com](http://wcp-stockholm2026.com) / [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)



- **73ª Reunión Anual de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP) / 73rd AACAP Annual Meeting (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)**  
26 al 31 de octubre 2026, Atlanta, Georgia, USA.

### NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

#### Epilepsia

- **16th Congreso Europeo de Epilepsia / 16th European Epilepsy Congress (EEC)**  
5–9 septiembre 2026. Atenas, Grecia.



### Neuropsicofarmacología

- **39º Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología ECNP / 39th ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)**  
10 al 13 de octubre 2026. Munich, Alemania. [www.ecnp.eu](http://www.ecnp.eu)



- **40º Congreso del ECNP 2027 / 40th ECNP Congress European College of Neuropsychopharmacology**  
25 al 28 de septiembre 2027. Barcelona, España.



## ILUSTRACIÓN DE LA PORTADA

---

**Título de la obra:** La quietud de los gigantes.

**Autor:** Dr. Jorge Trujillo. Neurología pediátrica.

**Lugar:** Parque Nacional Torres del Paine.

**Técnica:** Fotografía digital. Cámara Canon 6D.

**Expuesta en:** Expoarte Congreso SOPNIA 2023, Viña del Mar.