



UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

CARRERA PSICOLOGÍA

**Análisis descriptivo de motivos de consulta y derivación de
los y las pacientes infanto-juveniles atendidos durante los
años 2018-2019 en el CAP de la Universidad Gabriela
Mistral**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTOR : Carlos Alberto Martínez Ramírez

DOCENTE GUÍA : Cecil Mata López

SANTIAGO, ENERO DE 2021



UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

CARRERA PSICOLOGÍA

**Análisis descriptivo de motivos de consulta y derivación de
los y las pacientes infanto-juveniles atendidos durante los
años 2018-2019 en el CAP de la Universidad Gabriela
Mistral**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTOR : Carlos Alberto Martínez Ramírez

DOCENTE GUÍA : Cecil Mata López

FIRMA : _____

SANTIAGO, ENERO DE 2021

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Planteamientos Básicos.....	6
Pregunta de Investigación.....	7
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Hipótesis.....	8
Marco Teórico.....	9
Breve Introducción a la Psicopatología Infanto-Juvenil.....	9
Chile: Epidemiología Infanto-Juvenil en el Siglo XXI.....	10
El Motivo de Consulta en la Práctica Psicoterapéutica: Con Qué Llega el/la Paciente.....	13
Importancia del Diagnóstico y Tratamiento Temprano en Materia de Psicopatología para la Población Infanto-Juvenil: Problemáticas Actuales.....	15
Incidencia e Importancia de la Institución Educacional Relativa a Detección Temprana y Prevención en Materia de Salud Mental.....	20
Referentes Metodológicos.....	23
Diseño y Tipo de Investigación.....	23
Participantes.....	24
Procedimiento de Recolección de Datos.....	24
Análisis de Datos.....	25
Resultados.....	26
Descripción de la Muestra.....	26
Categorización de Motivos de Consulta.....	27
Motivos de Consulta según Informante.....	30
Comparación de Motivos de Consulta y/o Derivación Según Variables Sociodemográficas.....	32
Motivos de Consulta de Pacientes según Variables Sociodemográficas.....	32
Motivos de Consulta de Familiar Acompañante según Variables Sociodemográficas.....	33
Motivos de Derivación según Variables Sociodemográficas.....	34
Comparación de Motivos de Derivación por Edad y Tipo de Dependencia Educativa.....	34
Concordancias y No Concordancias entre Informantes.....	36
Conclusiones y Discusión.....	39
Implicaciones y Limitaciones de los Resultados.....	44
Sugerencias para Futuros Estudio.....	45
Referencias.....	47

Resumen

La presente investigación no experimental cuantitativa-descriptiva tiene por objetivo conocer los motivos de consulta y derivación entregados en la primera entrevista diagnóstica de niños/as y adolescentes atendidos en el Centro de Atención Psicológica (CAP) de la Universidad Gabriela Mistral durante los años 2018 y 2019. Un total de 107 casos son incluidos en el presente estudio.

Se recogen los motivos de consulta entregados por pacientes y familiares acompañantes así como los motivos de derivación de instituciones educacionales en los casos correspondientes. Los motivos entregados por cada una de las partes son sistematizados a partir de las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V, e investigaciones previas realizadas en Chile sobre salud mental en población infanto-juvenil. Lo anterior con el fin de dar cuenta sobre cuáles son los motivos de consulta y derivación de la muestra incluida más frecuentes, contrastar tal información con investigaciones previas para dar cuenta de la existencia o no de coincidencia y poder proveer a la institución información útil para futuros tratamientos, diagnósticos, investigaciones y formación académica.

Los resultados reflejaron que tanto niños/as como adolescentes suelen asistir a consulta principalmente por problemáticas asociadas a conducta disruptiva-no adaptativa, dificultad en relación de pares y sintomatología depresiva. Asimismo, dentro de la muestra, en el 86% de los casos existe una derivación de instituciones educativas, lo cual estaría dando cuenta que la necesidad de atención psicológica parecería no nacer en primera instancia por quienes serán sujetos de la misma. Aún así, existe una alta coincidencia entre el motivo de consulta reportado por el familiar acompañante y el motivo de derivación, relación que debe ser explorada a mayor profundidad en futuros estudios. Finalmente, un 20,6% de los/as pacientes infanto-juveniles no manifestaron un motivo de consulta propio, lo cual podría aludir a que la asistencia a consulta psicológica estaría predeterminada por el sistema familiar o institucional sin que medie la propia apreciación de la situación concebida como problemática de parte de el/la niño/a o adolescente.

Introducción

Cuando hablamos de Latinoamérica, indefectiblemente hablamos de diversidad, heterogeneidad, multiculturalidad, y así nos vamos acercando con cada significante a uno medular: desigualdad (Ortiz-Hernández, López-Moreno & Borges, 2007). En materia de salud vemos una de sus expresiones manifiestas: la alta demanda y escaso abasto a problemáticas en materia de salud mental (Breinbauer, 2017), aun cuando las enfermedades en este registro se enmarcan como las que presentan año a año mayor índice de discapacidad (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). Las falencias en tal sistema, por nombrar algunas, se cuentan desde la escasa destinación de recursos económicos y humanos a tal área, hasta el escaso financiamiento de investigación en tales materias (Breinbauer, 2017; Errázuriz, Valdés, Vohringer & Calvo, 2015; Minoletti, Rojas & Horvitz-Lennon, 2012).

En el caso de Chile, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, del Ministerio de Salud fundamenta en datos expresados por diversas encuestas y estudios, una mirada panorámica en materia de salud mental (MINSAL, 2012). Algunos de estos datos refieren: tasa de suicidios al año 2009 en población adolescente de 7 por cada 100.000 habitantes; mientras la prevalencia de trastorno hiperactivo y de atención (TDAH) es de 4% en población escolar de 1° a 8° año de enseñanza básica, y de 3% entre 1° a 4° año de educación media (MINSAL, 2009, 2012).

Otros datos en Chile también reportan en la población entre 15 y 24 años: sedentarismo en tiempo libre (76%), síntomas depresivos (14%), y riesgo cardiovascular (3,3%) (MINSAL, 2010). Finalmente, se reporta una alta prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de 3° y 4° medio (53,6% y 52,0% respectivamente) y consumo de drogas entre estudiantes de 7° básico a 4° medio (27,7%), así como sobrepeso (42,7%) y obesidad (14,5%) en poblaciones de estas mismas edades (MINSAL, 2010). Estos datos toman prominencia al tener en cuenta su alta correlación con trastornos ansiosos o del ánimo, mismos que han tenido un considerable incremento desde comienzos del siglo XX, comprendiendo grandes cambios en la sociedad occidental, así como la necesidad de las personas de adaptarse a distintos factores y valores fluctuantes y móviles (García, 2011).

En concordancia con tal incremento, un estudio realizado por el Servicio Metropolitano Oriente de Santiago en centros de atención primaria con población infanto-juvenil arrojó que las consultas por salud mental, después de los 10 años, alcanzaban la primera causa de consulta con un 22,3%, siendo los trastornos ansiosos, afectivos y somatomorfos los más reiterados (García, 2011). Sin embargo, en Chile existe una baja cantidad de investigaciones referidas a prevalencia de enfermedades de salud mental y estudios epidemiológicos del mismo carácter, dada la dificultad para lograr financiamiento de tales proyectos, siendo por ello un tema de discusión constante la poca visibilidad de problemas tales como la violencia en la infancia, los trastornos del ánimo, y trastornos ansiosos, dificultado el poseer una visión global de la realidad epidemiológica actual en temas de salud mental. (Errázuriz et al., 2015).

Por otra parte, se hace necesario destacar también la complejidad que conlleva el diagnóstico psicológico tanto en la infancia como en la adolescencia, la frecuente presencia de comorbilidad en estas etapas y la dificultad propia de realizar un pronóstico en la evolución de un caso dado los constantes cambios físicos, psicológicos y ambientales que suelen ser característicos durante esta etapa (Saad et al., 2011).

En correspondencia a lo anteriormente expuesto es que se hace crucial la mayor destinación de recursos al área de salud mental que permitan el financiamiento de investigaciones, así como la efectiva promoción, prevención y ejecución de tratamientos que propicien y apunten a una mejor calidad de vida y la consecuente disminución de los costos de salud mental para el país en un futuro cercano (MINSAL, 2012, 2013).

Dentro de las instituciones abocadas a tales tareas se encuentra el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Gabriela Mistral (CAP UGM) ubicado en la comuna de Providencia, de la ciudad de Santiago, siendo un aporte en distintas áreas para el desarrollo del ejercicio y la formación de profesionales en materias de salud mental del país, y ofreciendo canales de atención psicológica para personas de distintas edades (Universidad Gabriela Mistral, [UGM], s.f.). El CAP UGM tiene sus inicios el año 2009, contando con profesores/as supervisores/as, psicólogos/as titulados/as, y terapeutas en formación cursando su práctica profesional, buscando ser un aporte a la comunidad. Este cuenta con subdivisiones, a cargo de diversos/as profesionales, para

abordar de manera óptima el tratamiento de población adulta, infanto-juvenil y deportistas de alto rendimiento (Universidad Gabriela Mistral, [UGM], s.f.). Sin embargo, a la fecha no existe una sistematización de la información de los y las pacientes que permita dar cuenta de la prevalencia de la demanda e inquietudes por las cuales la población que accede a la atención psicológica en este centro llega a consultar.

A continuación, se presentan los resultados de la sistematización de motivos de consulta de la población infanto-juvenil que consultan entre los años 2018 y 2019 en el CAP UGM. Se lleva a cabo un estudio experimental cuantitativo-descriptivo en donde se busca conocer y describir las características de las variables motivo de consulta de pacientes, familiar acompañante, y/o motivo de derivación de pacientes entre 0 y 19 años. En primer lugar, se presentan antecedentes teóricos relevantes para comprender la complejidad de la temática abordada. En segundo lugar, se presentan los detalles de la metodología empleada y los resultados obtenidos. Finalmente, se presentan las conclusiones y reflexiones guiadas por los resultados y antecedentes teóricos.

Planteamientos Básicos

Considerando la escasa literatura referente a levantamiento de datos en materia psicopatológica sobre población infanto-juvenil en Chile, toma sentido plantear una investigación que signifique el levantamiento de datos relativos a las razones que motivan a niños, niñas y adolescentes y a sus familiares o cuidadores/as a consultar a centros de atención psicológica, tanto a niveles micro como macro. El contrastar las realidades epidemiológicas locales con las nacionales permiten determinar qué camino tomar, en qué aspectos poner énfasis a la hora de financiar proyectos de investigación, evaluar clínicamente y/o enfocar la docencia en torno a una demanda real al servicio del malestar de las personas.

Siguiendo lo anterior, se ha decidido recabar los motivos de consulta y derivación vertidos en las fichas clínicas administradas por el CAP UGM, siendo motivo de consulta toda razón explicitada ante el/la profesional psicólogo/a en la primera entrevista psicológica que clarifique la asistencia de el/la consultante. Este estudio se centra en los casos infanto-juveniles que consultan en el CAP UGM en los años 2018 y

2019. La población con la cual se trabaja comprende niños, niñas y adolescentes, siendo los primeros niños/as con una edad entre los 0 a 9 años y los adolescentes con una edad entre 10 y 19 años.

Para sistematizar los motivos de consulta y derivación se utilizan referencias categoriales de investigaciones previas sobre levantamiento de datos en materia de psicopatología en población infanto-juvenil proporcionadas por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2010, 2013, 2016), investigaciones en la población objetivo (De la Barra, Toledo, Rodríguez 2004; De la Barra et. al., 2012) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). La sistematización se realiza acorde a la frecuencia de sintomatologías específicas o situaciones problemáticas que fueron recogiendo en la sistematización de datos, agrupando los motivos de consulta y derivación en categorías generales para facilitar la sistematización y posterior análisis. En este proceso se busca generar un prospecto amplio, incluyendo en base a la afinidad nosográfica y teórica los motivos de consulta y derivación en tales categorías. Por lo mencionado es que el tipo de investigación adecuado para este caso será cuantitativo, descriptivo y no experimental.

La presente investigación, que cuenta con la aprobación del CAP UGM, y con los datos que esta institución proporciona, pretende generar una sistematización de información, basada en los motivos de consulta y derivación emanados de los/as consultantes e instituciones derivantes, proveyendo tanto al CAP UGM como a la literatura información actualizada en base a una muestra determinada que comprenda a los/as pacientes, de entre 0 y 19 años que hayan consultado entre los años 2018 y 2019 en la institución referida.

La pregunta de investigación, objetivos e hipótesis a la base del presente trabajo son los siguientes:

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los motivos de consulta y derivación de los y las pacientes infanto-juveniles, atendidos durante los años 2018-2019 en el CAP de la Universidad Gabriela Mistral?

Objetivo General:

Sistematizar y contrastar los motivos de consulta y derivación de pacientes infanto-juveniles solicitantes en el CAP UGM durante los años 2018-2019.

Objetivos Específicos:

1. Identificar y sistematizar los motivos de consulta y derivación entregados por pacientes, familiar acompañante e institución derivante dentro de la muestra.
2. Categorizar los motivos de consulta y/o derivación presentados por el/la paciente, familiar acompañante y/o la institución derivante, según las clasificaciones proveídas por el DSM-V y el Ministerio de Salud de Chile.
3. Contrastar los motivos de consulta entregados por familiar acompañante, institución derivante y los proporcionados por los/as pacientes.
4. Dar cuenta de la coincidencia o diferencia entre la prevalencia de los motivos de consulta en la muestra y los resultados reportados por los estudios previos en población chilena.

Hipótesis:

1. En las fichas de primera entrevista será posible identificar los motivos de consulta y/o derivación entregados por pacientes, familiar acompañante y sistema derivante.
2. Los motivos de consulta y/o derivación entregados por pacientes, familiar acompañante y sistema derivante serán susceptibles de ser sistematizados y categorizados según la clasificación del DSM-V y el Ministerio de Salud de Chile.
3. Los motivos de consulta y derivación entregados por familiar acompañante e institución derivante serán determinantes en más del 50% de los casos para consultar en CAP UGM y tendrán mayor coincidencia entre sí que estos entre los motivos de consulta entregados por los/as pacientes.
4. Dentro de los motivos de consulta y/o derivación analizados, los malestares más prevalentes estarán asociados a trastornos ansiosos y/o del ánimo.

Antecedentes Teóricos y Empíricos

Breve Introducción a la Psicopatología Infanto-Juvenil

La clasificación bajo un parámetro común que permitiese delimitar tanto personalidad sana como problemas mentales ha sido una ambición constante ya desde la Grecia antigua. Tal interés se ha abordado a partir de diversas teorías y áreas de la medicina, acercándose a su concreción en el siglo XX, momento cuando se dispondría de un sistema ordenado y sistematizado basado en el esquema médico (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014).

Un cambio sustantivo durante el siglo XX fue la manera de afrontar el tratamiento terapéutico de las enfermedades mentales con la priorización del tratamiento ambulatorio del paciente por sobre el internamiento en sanatorios mentales. Lo anterior fue posible por el desarrollo y aumento de la eficacia de las técnicas terapéuticas, el uso de psicofármacos, así como la inclusión en el ámbito del tratamiento clínico psiquiátrico de enfermedades que hasta entonces no eran consideradas de interés clínico, siendo un ejemplo el desarrollo de anomalías en la etapa infantil, lugar en donde lindaban tanto la psiquiatría como la psicología y la pedagogía en relación al interés por la aparición de problemas tanto de enseñanza como aprendizaje (Domenech, 1991). Asimismo, este tipo de anomalías han pasado a entenderse no tanto como un desorden neurobiológico, empero por condiciones ambientales que las gatillan, que propenden a manifestaciones psicopatológicas de origen exógeno, propias tanto del consumo de sustancias como de tensiones sociales, problemas familiares o escolares (Domenech, 1991).

A pesar de este cambio que visibilizó malestares y maneras de abordarlos, particularmente en la población infanto-juvenil, la base al medir la conducta anormal sigue proviniendo de la población adulta, por lo cual fue y sigue siendo hasta ahora motivo de discusión la clasificación psicopatológica de esta etapa, esto al considerar factores como la falta de autonomía del niño, su variabilidad en el desarrollo y la velocidad con que esta avanza (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014).

Sin embargo, aun considerando las falencias de las categorías diagnósticas, estas se hacen necesarias por diversas razones, entre ellas destacan la presión laboral y la demanda de un rótulo que pueda clarificar un padecimiento determinado por parte del sistema consultante, estableciendo un canal de comunicación común, claro y preciso entre este y el terapeuta consultado, así como de otro sistema de salud implicado en el tratamiento (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014). Del mismo modo, el estudio de la psicopatología tanto en la infancia como en la adolescencia sirve como un sistema de diagnóstico y clasificación, el cual se hace necesario en diversas instancias, por ejemplo a la hora de querer comparar grupos de estudio o utilizar los resultados obtenidos en un grupo determinado para otro de similares características; así también pueden usarse los resultados que forjan un sistema de clasificación para predecir trastornos en determinada población (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014).

Por otro lado, Achenbach y Rescorla (2007) señalan que las categorías psicopatológicas en infancia tienen una historia bastante corta, considerando que al año 1968 el manual diagnóstico DSM-I contemplaba sólo el seguimiento de dos diagnósticos para niños/as: la reacción de adaptación infantil y la reacción esquizofrénica de tipo infantil. Llevando a que durante el siglo XXI cobrase relevancia la falta de estudios en psicopatología acerca de esta población y la diferencia entre distintos lineamientos.

Dentro de este modelo, uno de los factores cruciales en lo concerniente al desarrollo de el/la niño/a y de la aparición de psicopatologías es el rol que ejerce la propia persona en el curso de su desarrollo, a medida que el sujeto se va independizando del núcleo familiar y adquiriendo mayores responsabilidades, lo cual ayuda a ver a el/la niño/a y/o adolescente como agente activo y no relegado exclusivamente al cuidado de un/a otro/a (Lemos, 2003).

Chile: Epidemiología Infanto-Juvenil en el Siglo XXI

La epidemiología, de acuerdo a Bonita, Beaglehole y Kjellstrom (2008) es ‘*el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos*

relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios'' (pp. 45).

La epidemiología no se encargaría tan sólo del estudio de la morbilidad, enfermedades y situaciones de discapacidad, sino que a su vez aborda los estados de salud en positivo y de aquellas condiciones que mantienen el bienestar y la salud en las personas; entendiéndose la enfermedad como todos los cambios desfavorables para la salud de las personas. Estos estudios son de vital importancia a la hora de contrastar en diversas poblaciones la prevalencia de las enfermedades, aportando a generar planes de acción y programas para combatirlos (Bonita et al., 2008).

Como señalan De La Barra, Vicente, Saldivia, y Melipillán, (2012) los estudios psiquiátricos y epidemiológicos más recientes hacen una separación en dos grupos de trastornos: los que empiezan en la niñez, tales como: trastorno por déficit atencional, trastornos del espectro autista, trastorno penetrante del desarrollo, angustia de separación, fobias específicas, trastorno oposicionista desafiante; y los que comienzan en la adolescencia, tales como: fobia social, trastorno de pánico, abuso de sustancias, depresión, anorexia y bulimia nerviosa.

Ha este punto resulta relevante definir con claridad los límites existentes entre la infancia y la adolescencia, puesto que los márgenes suelen ser dispares entre distintos/as autores/as o instituciones, de la misma manera que tales conceptualizaciones se suscitan en márgenes culturales que pueden obedecer tanto a un territorio como a una época. Por ejemplo, el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF, 1989), considera como niño o niña a todo ser humano desde su concepción hasta el límite establecido por cada nación para señalar la mayoría de edad.

En el presente estudio se comprenderá niño/a a quien se encuentra dentro del rango etario desde los 0 a los 9 años (MINSAL, 2014; Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015) y adolescente entre 10 y 19 años de edad (MINSAL, 2012; Rosabal et al., 2015; OMS, 2017). Considerando lo anterior, en Chile no existen datos epistemológicos que aborden la salud mental infanto-juvenil a nivel nacional. Pero existen algunos estudios que nos brindan un acercamiento.

Acorde a estudios epidemiológicos realizados por Vicente et. al., (2010), en una población de 12 a 128 años, comprendiendo cuatro ciudades de Chile arrojó que el 33,2% de los sujetos presenta algún trastorno psiquiátrico, y de estos el 16,5% alcanzaba algún grado de discapacidad. Centrándonos en la población adolescente el estudio señala una prevalencia de trastornos ansiosos, como trastorno de ansiedad generalizado (8,2%, con un 2,6% con algún grado de discapacidad); trastorno de angustia (0,6% , principalmente en mujeres); fobia social (5,1%, con 3,9% con algún grado de discapacidad); y trastorno obsesivo-compulsivo (0,3% al 1% con una prevalencia de vida del trastorno de 1,9% y una prevalencia de los síntomas del trastorno pero que no alcanzan a ser diagnosticado como tal de 19%). Por otro lado, en lo referente la prevalencia de trastornos del ánimo se puede apreciar que un 8,6% presenta un trastorno depresivo; (con un 7% presentando algún grado de discapacidad, y una incidencia acumulada del trastorno a la edad de 18 años de 20% y en distimia de 1,6% a 8%).

En otro estudio chileno de salud mental de dos cohortes realizado por De la Barra, Toledo y Rodríguez (2004), se evaluó a niños en 1° básico y luego en 6° básico, con edades que fluctúan entre los 6-7 y 11-13 años respectivamente, en 7 comunas de la capital de Chile. En el primer cohorte una muestra final de 162 niños y en el segundo 210 niños, los resultados muestran que, en relación a los niños de 1° básico 118 (72,8%) no presentaban algún trastorno o desorden psiquiátrico; 6 (3,7%) presentaban algún desorden ansioso o emocional de comienzo de la niñez; 1 (0,6%) un desorden mixto de conducta; 1 (0,6%) un desorden depresivo; 6 (3,7%) una reacción de ajuste; 15 (9,2%) un desorden hiperactivo; 9 (5,5) enuresis; 4 (2,4%) encopresis; 1 (0,6%) un desorden de desempeño social y 1 (0,6%) un desorden de alimentación de la niñez.

Siguiendo con el estudio referido, en cuanto a la muestra de 6° básico 114 (54,3%) no presentaban un trastorno o desorden psiquiátrico; 34 (16,2%) presentaban un desorden ansioso o emocional de comienzo de la niñez; 16 (7,6%) presentaban algún desorden oposicionista desafiante o de la conducta; 7 (3,3%) presentaban un desorden mixto de conducta y emociones; 4 (1,9%) presentaban un desorden mixto depresivo/conducta; 2 (1,0%) presentaban reacciones de ajuste; 3 (1,4%) presentaban un desorden hiperactivo; 6 (2,9%) presentaban enuresis ; 1 (0,5%) presentó encopresis; 4 (1,9%) presentaban tartamudez ; 6 (2,9%) presentaban desorden de

desempeño social; 1 (0,5%) presentó desorden de alimentación de la niñez ;1 (0,5%) presentó desorden de somatización ; 1 (0,5%) presentó desorden Tic; 1 (0,5%) presentó desorden de hábito/impulso; 1 (0,5%) presentó desorden del sueño y 1 (0,5%) presentó movimiento estereotipado. Estos estudios, aun cuando no son representativos de la población nacional, nos dan una idea de las incidencias de distintos trastornos durante la etapa infanto-juvenil.

El Motivo de Consulta en la Práctica Psicoterapéutica: Con Qué Llega el/la Paciente

Según Martínez (2006), en la práctica psicológica se entiende motivo de consulta como la causa que estimula al paciente a solicitar una visita al terapeuta, dando paso a un diagnóstico y a la conformación de un plan terapéutico.

No obstante el motivo de consulta no suele integrar una conexión simbolizada del correlato del sufrimiento, manifestada por el propio sujeto, ya sea físico y/o psíquico, ni una explicación que clarifique el diagnóstico de manera directa, por lo cual se comprende el motivo de consulta en dos facetas: una es *el motivo de consulta manifiesto*, que consistente en la razón explícita que el propio paciente da a conocer al terapeuta de por qué este llega a consultar; y el *motivo de consulta latente* que es la apreciación subjetiva que el propio paciente tiene a la base de su malestar (Martínez, 2006).

Por otro lado, al analizar específicamente el por qué niños, niñas y adolescentes llegan a la consulta psicológicas las autoras Esquivel, Heredia y Gómez-Maqueo (2017), señalan que la razón de esto suele ser la preocupación de los padres o maestros quienes advierten en él o ella algo que catalogan como un síntoma anormal, pero no necesariamente este avistamiento tiene el mismo sentido para el/la niño/a que para padres o maestros/as.

En relación a las motivaciones recurrentes en materia de atención psicológica en población infanto-juvenil, Bragado et. al. (1995) refieren cómo en la infancia predominan los trastornos de conducta y eliminación los cuales van disminuyendo con el crecimiento en contraste con el aumento de trastornos del ánimo y de la conducta

alimentaria, en la adolescencia. A su vez los autores refieren una diferencia significativa en el género de los y las consultantes, donde los adolescentes muestran mayor prevalencia relativa a trastornos de conducta, del sueño y la eliminación y las adolescentes en trastornos ansiosos, de la alimentación y del ánimo

En la misma línea, es recurrente que la razón que motiva a consulta psicológica sea un problema en el desempeño académico, siendo muchas veces atribuida a algún componente patógeno o anomalía, obviando los estándares globalizantes rígidos impuestos a los/as estudiantes, quienes no siempre se enfrentan al desarrollo de tareas o a la adquisición de aprendizajes de la misma manera o al mismo tiempo (Esquivel et. al., 2017). Así como también pudiese ser el desencadenante un problema de estimulación o interacción con sus cercanos, pudiendo a su vez existir detrás un conflicto familiar el cual las figuras tutelares del niño pasan por alto, posicionando la anormalidad del niño/a como un problema desconocido que debe ser solucionado de manera unilateral por el sistema consultor y a la brevedad (Esquivel et. al., 2017).

Siguiendo lo anterior, lo primero a la hora de evaluar a un/a niño/a es establecer el objetivo de tal evaluación: para qué se hace, para quién se hace y qué se pretende alcanzar con ella. Posteriormente, se deberá realizar una evaluación de la justificación del problema que se presenta para clarificar desde donde es que este emana, teniendo así una directriz que ponga claridad sobre el origen del problema para poder ejecutar un plan de acción dirigido al niño/a y a sus padres o sólo a estos últimos (Ortiz, Duelo & Escribano, 2011).

Ahora, una de las razones principales de atención psicológica en la infancia es mediante una *derivación* proveniente de la institución educacional a la cual pertenece el/la niño/a, o al recurrir a un/a especialista médico/a quien pide la interconsulta, siendo factores recurrentes en las bases de tales derivaciones alteraciones conductuales o emocionales que, al criterio de quienes realizan la derivación el/la niño/a presentaría (Boffil et al., 2010). La derivación implica, mediante previa evaluación de un/a profesional de la salud, pedagogo/a o afín al área evaluada, requerir de un tratamiento o proceso diagnóstico a un/a profesional externo/a como instancia que busca fortalecer o coadyuvar el proceso o tratamiento en curso (García-Haro, & Fernández-Briz, 2014)

Esta derivación, al ser efectuada desde una institución escolar hacia una institución de salud u otra instancia colaboradora en el desarrollo psico-educativo del/la estudiante aparece como una estrategia que, a través de la comprensión de las causas, pueda alterar y reorientar aquello que produce las dificultades en el desempeño escolar (Satriano, Márques, Herrera & Fanto, 2013).

Los motivos de derivación en una institución como un colegio o un centro de salud mental, según Díaz (2003), suelen encontrarse indicadores como hiperactividad moderada-grave; repercusión en la calidad de vida familiar; familias disarmónicas y/o caóticas; interferencia en el ámbito escolar; interferencia en el trato con iguales y deterioro o afectación del área psicológica o emocional.

Considerando todo lo anterior, para ejecutar una adecuada derivación a una institución de salud mental y posterior tratamiento es necesario aclarar el diagnóstico y/o síntomas con los que viene el paciente, evitar etiquetas diagnósticas que puedan tener repercusiones en el/la niño/a o adolescente, tener una sospecha diagnóstica suficiente (a criterio del especialista), presentar deterioro y/o absentismo escolar, riesgo de conductas delictuales y/o autolesivas, uso de drogas y/o conducta sexual excesiva o inadecuada para su edad (Díaz, 2003).

Finalmente, es importante identificar que nos encontramos frente a un proceso con distintas complejidades a considerar en donde el motivo de consulta manifiesto o derivación puede o no concordar con el posterior diagnóstico. Aun así, el conocer los motivos por los cuales pacientes solicitan la atención puede brindar importante información para caracterizar a la población que usualmente consulta en un centro determinado y poder así evaluar los lineamientos y planes de acción de la institución.

Importancia del Diagnóstico y Tratamiento Temprano en Materia de Psicopatología para la Población Infanto-Juvenil: Problemáticas Actuales.

La labor diagnóstica preventiva es la articulación de proyectos y destinación de recursos a áreas dentro de las instituciones educativas y de salud avocadas a pesquisar y combatir signos patognomónicos de psicopatología o dificultades en el aprendizaje y desarrollo, la cual toma importancia entendiendo la dificultad que implica la integración

de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales en juego de la persona. en el desarrollo hacia la adultez (Fernandes, do Carmo & Jiménez, 2009). Tal integración, y la manera en que se lleva a cabo, da cuenta de la aparición de conductas adaptativas y desadaptativas. La vulnerabilidad hacia los trastornos psicológicos derivaría de la confluencia defectuosa en la organización de los sistemas mencionados, donde, por otra parte, la persona adaptada mostraría una coherencia en dichas organizaciones, por lo que una resolución satisfactoria de tareas e hitos del desarrollo iría aumentando la probabilidad de una adaptación exitosa (Lemos, 2003).

Serían, a su vez, las adversidades en la infancia, de índole psicopatológica o biológica factores que aumentan el riesgo de trastornos psiquiátricos en la adultez. Factores tales como la pobreza, falta de apego con cuidadores primarios, maltrato y abuso, depresión de la figura materna, bajo rendimiento académico, por nombrar algunos (De la Barra, 2009).

Resulta útil entonces, un enfoque centrado en la prevención para comprender las diferencias interpersonales de los sujetos a la hora de responder a situaciones de riesgo y al estrés, y poder intervenir en etapas tempranas para facilitar el establecimiento de recursos de protección, capacidades de integración y resiliencia, tolerancia a la frustración, regulación y empatía, elementos que estarían directamente relacionados con las tasas de violencia intrafamiliar, suicidios, trastornos ansiosos y de ánimo y que tienden a cimentarse y a aumentar el riesgo de incidencia en la medida que la persona se acerca a la adultez (OMS, 2020).

Por ello son tanto sujetos de interés los niños/as y adolescentes que presentan características predisponentes al desarrollo de trastornos psicológicos, como vulneración en la infancia, conducta de riesgo, trastornos del desarrollo y/o del aprendizaje, contextos de vulnerabilidad, como de aquellos que no presentan tales, entendiendo que es la confluencia de los sujetos en un sistema lo que con mayor probabilidad determina la aparición de psicopatología. Por tanto, la intervención entendida dentro de un sistema: familiar, educativo, laboral, como de sus miembros es vital para disminuir su probabilidad de aparición y para detectar elementos prodrómicos sobre los cuales intervenir, de manera situada como también a nivel sistémico, institucional y gubernamental (Lemos, 2003)

Ahora, enfocándonos en la infancia, son diversos los procesos por ocurrir que marcarán un precedente para el desarrollo de cada persona. Procesos que, dándose de manera lineal o simultánea, afectarán y determinarán los procesos cognitivos, la capacidad de aprendizaje, y habilidades sociales como la empatía o la resiliencia, cómo nos relacionamos con otros y, en general, el poder generar un complejo entramado mental que de pie a una mejora en el ámbito de la adaptación a determinado contexto social (Zúñiga-Fajuri & Zúñiga, 2020).

En la misma línea, los avances en neurociencia establecen que las experiencias en la infancia temprana impactan y se incorporan al desarrollo de el/la infante, donde situaciones vividas como adversidades significativas pueden producir trastornos psicológicos que diezmarán el desarrollo de las respuesta del cuerpo ante el estrés y los controles regulatorios metabólicos. Tales trastornos psicológicos pueden persistir y establecerse en la vida adulta, pudiendo volverse dificultades para toda la vida (Shonkoff, & Garner, 2012)

Dentro de las experiencias mencionadas con un impacto significativo en el desarrollo tenemos una de las causas de mayor correlación con patología mental: la preexistencia de experiencias que hayan producido estrés tóxico en la infancia, el cual se entiende por frecuente y/o prolongada actividad de los sistemas corporales de respuesta al estrés en ausencia de una relación o presencia adulta de protección que permita amortiguar y modular tales vivencias (Shonkoff, & Garner, 2012).

Esta exposición prolongada al estrés puede incluso provocar cambios permanentes en el aprendizaje (habilidades lingüísticas, cognitivas y socio-emocionales), comportamiento (respuestas adaptativas contra mal adaptativas hacia futuras adversidades) y variables psicológicas (hiperreactividad o respuestas al estrés activadas de manera crónica) (Shonkoff, & Garner, 2012).

Por otra parte, el vivenciar experiencias estresoras por largos periodos de tiempo o en un ambiente que no ofrece alternativas o la posibilidad de escapar de tales situaciones, como es usual en la infancia y adolescencia, generaría sufrimiento psíquico y respuestas desadaptativas. Por ejemplo, una investigación realizada por Vilacundo (2020), en la Unidad Educativa Mario Cobo Barona, Ecuador, con una muestra de 102 niños/as y adolescentes de entre 8 y 12 refiere la conducta agresiva como una de las

estrategias usuales para el afrontamiento de estrés. Además, el 54,9% de la muestra refieren haber sido víctimas alguna vez de violencia entre compañeros/as de clase, provocando en la víctima autoestima baja, trastornos emocionales, sintomatología ansiosa o depresiva. Por otra parte, un 40.7% de la muestra, acorde a la Escala de Estrés Cotidiano Infantil (EECI) presentaron un nivel de estrés alto, lo cual no deja de ser un porcentaje significativo (Vilacundo, 2020).

Resumiendo lo dicho hasta aquí, la presencia de sintomatología psicológica, en periodos como la infancia o adolescencia puede ser el precedente del ulterior desarrollo de sufrimiento psíquico y sintomatología mental, lo cual irá en desmedro de la calidad de vida tanto para la persona afectada como para su entorno. Es por esto que, dentro de las maneras de evitar que tales situaciones tengan lugar, se encuentra la promoción de la salud mental desde la infancia temprana, ya que esta provee una base segura para el adecuado desarrollo neurológico y para el logro de un amplio rango de habilidades y capacidades de aprendizaje. Esto entendiendo que, en materia evolutiva, el desarrollo de los sistemas biológicos de cada persona se ve fortificado mediante experiencias positivas tempranas en la vida y a partir de ello es más probable que los niños/as prosperen y crezcan sanos y se vuelvan adultos que contribuyan a su bienestar y al de los demás (Zúñiga-Fajuri & Zúñiga, 2020). Y también se encuentran la detección, diagnóstico e intervención temprana antes de que la sintomatología referida pase a ser una conducta crónica mal adaptativa (Zúñiga-Fajuri & Zúñiga, 2020)

En relación al ámbito de la detección, diagnóstico e intervención temprana uno de los factores importantes a tener en cuenta a la hora de analizar la prevalencia de trastornos mentales son las conductas de riesgo, entendidas como acciones, ejecutadas o padecidas, que ponen en riesgo la salud de quien las emite, las cuales suelen tener inicio en la infancia y adolescencia, tales como: conducta sexual de riesgo, el consumo de drogas lícitas o ilícitas, sedentarismo y alimentación poco saludable, entre otras (Florenzano, 2002). Estas conductas presentan un riesgo de volverse crónicas, pudiendo contribuir a la morbilidad y a una muerte precoz (Corona y Peralta, 2011).

Además las autoras Corona y Peralta (2011) describen determinados periodos durante la adolescencia, en los cuales se presentarían ciertas conductas de riesgo, dividiéndolos en: inicial (de 10 a 13-14 años), existiendo un deseo de diferenciación del

grupo familiar; media (de 14-15 a 16-17 años), existiendo distanciamiento afectivo de la familia y mayor compenetración con el grupo de pares y mayor susceptibilidad a la demanda del grupo, así como a incurrir en conductas de riesgo; y (17-18 a 19 años) etapa crítica de consolidación de la identidad y de cómo se manejan los conflictos.

Siguiendo lo anteriormente dicho, la relevancia de la detección de conductas de riesgo y de sintomatología mental temprana crece al considerar estudios realizados por la Universidad de Chile, refiriendo a Chile, mediante un instrumento de evaluación de uso por la OMS, como a uno de los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas a nivel mundial, resaltando estas cifras al hablar de población infantil, con un 30,3% de Años de Vida Saludables perdidos (AVISA) relativos a patología mental y un 38,3% en población adolescente (Universidad de Chile, 2014).

En Chile la causa específica más importante, en su relación con los años de vida ajustados por discapacidad (DALYS) es el trastorno depresivo unipolar con un 4,5%. A su vez, los trastornos de ansiedad tienen la más alta prevalencia y las depresiones mayores corresponden a uno de los trastornos específicos con la mayor prevalencia, un 9,2% durante la vida y 5,7% en el lapso de un año y la proporción de la población que presenta trastornos moderados es de 5,5% y severos un 3,3% (Vicente et al., 2016).

Teniendo también en cuenta los datos referidos y según Vicente et al., (2016) en materia de enfermedades mentales, unas de las razones es la alta relación que guardan las mismas con indicadores sociodemográficos como: pobreza, bajos niveles sociales y logros educacionales disminuidos. Siendo a su vez vital su aparición temprana, en tanto que el establecimiento de patología mental puede generar de manera progresiva un deterioro del funcionamiento familiar, tasas de embarazo adolescente y mayor violencia doméstica, así como un impacto sobre la calidad de vida, incrementando tasas de mortalidad y de suicidio.

Incidencia e Importancia de la Institución Educativa Relativa a Detección Temprana y Prevención en Materia de Salud Mental

La institución educativa escolar es concebida no sólo como uno de los lugares ideales para la detección temprana de factores de riesgo como trastornos de la conducta, el ánimo o el aprendizaje, sino también para destinar intervenciones preventivas y protectoras, así como para poder hacer uso de sistemas asistenciales con los cuales, en una comunidad determinada, se tenga comunicación y se pueda hacer uso de derivación si a la institución educativa le parece pertinente (Leiva et. al., 2015).

Acorde a la investigación realizada por Bustamante y Florenzano (2013) los programas de prevención en las instituciones escolares ayudan a identificar y tratar la enfermedad mental subyacente a determinada manifestación y/o sintomatología, evalúan el riesgo de consumo de sustancias, mejoran el entendimiento de cuidadores/as y estudiante, enseñan estrategias de resolución de conflicto, entre otras.

Particularmente, las intervenciones promocionales y preventivas se alzan en un contexto educativo escolar, que comprende en Chile los rangos de enseñanza básica (7 a 14 años) y enseñanza media (15 a 18 años), como una de las vías más importantes en edades críticas del desarrollo y con marcados efectos a nivel individual, contribuyendo a la disminución de problemas internalizantes y externalizantes, la mejora del desempeño académico, y elementos a nivel socio-familiar, donde, tanto la relación con pares como con el sistema familiar se puede ver favorecida; esto teniendo en cuenta que las intervenciones buscan incluir a los diversos actores que participan en la vida de los/as estudiantes, lo cual posibilite una intervención integral (Bustamante y Florenzano, 2013)

Acorde a la efectividad de las intervenciones en el ambiente escolar, una investigación realizada por Leiva et. al. (2015), analiza los resultados de un taller preventivo, con una muestra de 472 adolescentes de 68 colegios en 11 comunas de Chile. El taller, enfocado en intervenir, entre otras, la variable desadaptación escolar (DE) contempla factores de riesgo y conductas desadaptativas relativas a problemas de salud mental y manifestaciones que significan mayor probabilidad de ser la base de posteriores desórdenes psiquiátricos. Los resultados muestran en los/as asistentes mejoras en el nivel de autonomía y disminución de respuestas agresivas. Así también,

la respuesta de los/as cuidadores influyó positivamente en mejoras referentes a relaciones con pares, niveles de autonomía y de respuestas agresivas en los/as adolescentes intervenidos/as. Por último, la variable desempeño escolar no presentó mejora, pero sí ser comparativamente mejor en contraste con quienes no asistieron a la mayoría de las sesiones del taller (Leiva et al., 2015).

No obstante, las instituciones educativas, fuera de sus alicientes ante la formación, detección y apoyo al diagnóstico de patologías también presentan elementos que pueden contribuir a la segregación, dificultando los procesos educativos de los/as estudiantes. Contextualizando esto, podemos ver una diferencia conceptual que ayuda a graficar tal situación entre los conceptos de integración e inclusión. En la integración se propone a la diversidad como diferencias entre individuos, buscando ver cómo cada individuo se logra adaptar a las regulaciones propias escolares, y a su vez cómo son capaces de permanecer en el sistema escolar, con un enfoque biomédico. Este enfoque está centrado en los déficits, diagnósticos y tratamientos focalizados y paliativos. La inclusión, por otra parte, nace desde una visión convergente, incluyendo tanto al problema como a la solución, buscando adaptarse a las necesidades y estilos de los grupos. Manteniendo un enfoque social, educativo y pedagógico (Leiva et al., 2015).

Otra de las diferencias de las nociones predominantes de integración e inclusión es que la primera entiende que la escuela debe adaptarse a estudiantes considerados/as diferentes, en cambio en la segunda, la escuela ya está preparada para satisfacer las demandas de toda la diversidad de estudiantes (UNESCO, 2009).

Respecto a los avances hacia la inclusión en Chile, en la década del 90 fue promulgada la primera normativa que buscaba integrar progresivamente a niños/as con Necesidades educativas especiales (NEE), proponiendo los Programas de Integración Escolar (PIE), que tienen vigencia al día de hoy, a la par del sistema de subvenciones para financiar tales proyectos. Se apuntaba por lo tanto a que los/as niños/as con NEE desarrollaran sus estudios en escuelas regulares. No obstante, la transición hacia la integración a escuelas regulares se vio dificultando por el hecho de ser opcional para las instituciones formar o no un PIE (González, 2019).

Avanzando, la Ley 20.845, promulgada el año 2015, establece la gratuidad como meta progresiva para instituciones subvencionadas o que reciban aportes permanentes

del Estado, la promoción y respeto por parte de las instituciones hacia diversidad en procesos y proyectos educativos, tanto como en la diversidad cultural, religiosa y social de las familias a la hora de elegir determinado proyecto educativo para los/as estudiantes a su cargo. En conclusión, esta ley busca la erradicación de toda forma de discriminación arbitraria que impida el aprendizaje y la participación de los/as estudiantes.

En materia legislativa, dos de las principales políticas referentes a educación inclusiva en el país, la Ley N°20370, General de Educación (2009) y La Ley N°20422, de Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social para Personas con Discapacidad (2010), establecen a la educación especial como una modalidad que puede ser desarrollada en escuelas regulares como especiales, así como el deber de las escuelas regulares de incorporar innovaciones y adecuaciones que aseguren la permanencia de personas con discapacidad en el sistema educacional, no obstante, se dé el caso que la integración no sea posible, la enseñanza será entregada a una escuela especial capacitada. De lo anterior puede apreciarse la no obligatoriedad de las instituciones a estar preparadas para atender a las diversas necesidades que ostente sus estudiantes, así como también que la noción de discapacidad termina siendo el criterio que establece en qué lugar se ubican los/as estudiantes en relación al proyecto educativo al que pueden optar (González, 2019).

Actualmente en Chile predominan las prácticas de integración, donde un diagnóstico o rótulo de "vulnerabilidad" asegura un financiamiento estatal adicional, pudiendo recaer tal rótulo incluso sobre las minorías étnicas; personas que han inmigrado al país suelen recibir la etiqueta de NEE. Estas dificultades y resistencias en la adopción de un modelo inclusivo que abarque a la totalidad de su población y por tanto su funcionamiento, aplican tanto a las familias, profesores/as, instituciones como a los/as propios/as investigadores/as, como un sesgo que robustece una lógica segregadora (López et al., 2018).

Por tanto, aun cuando en los últimos años se ha buscado la inclusión en Chile aun nos encontramos en proceso de lograrlo (González, 2019; López et al., 2018), lo cual repercute en la capacidad de las instituciones para abordar dificultades individuales dentro del establecimiento o la necesidad de activar redes de derivación. En esta línea

López, Carrasco, Morales y Ayala (2011) presentan una interesante reflexión sobre las dificultades que los/as psicólogos/as escolares presentan al abordar problemáticas como bullying y violencia escolar de manera integral, lo cual contribuye a la individualización de las dificultades y el abordaje desde una mirada clínica-psicométrica.

Referentes Metodológicos

Diseño y Tipo de Investigación

La presente investigación se lleva a cabo mediante una aproximación metodológica no experimental cuantitativa-descriptiva en donde se busca conocer y describir las características de las variables motivo de consulta manifiesto de pacientes, familiar acompañante, y/o motivo de derivación al CAP UGM.

De esta manera se pretende esclarecer, a la luz de los datos recogidos, cuales son aquellos motivos de consulta y/o derivación, en torno a qué malestares, preocupaciones o intereses se enmarcan las demandas con las que ingresan al CAP UGM los/as pacientes infanto-juveniles. Además, los motivos de consulta y derivación, proporcionados por cada una de las partes en la investigación: paciente, familiar acompañante y sistema derivante son llevados a contrastación con la finalidad de develar en qué medida se condicen o diferencian unos con otros (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El diseño utilizado es transversal dado que la información recolectada y objeto de análisis corresponde a un momento único y específico (Hernández, Fernández & Baptista, 2010), siendo este la primera entrevista diagnóstica del/la paciente. La metodología empleada se encuentra en línea con los objetivos, dado que se busca, como señalan Ato, López y Benavente (2013), la definición y/o clasificación de eventos para describir procesos o conductas manifiestas, siendo la finalidad de la investigación no un análisis estadístico unilateral, sino más bien la integración de la información recopilada y la consecuente explicación, mediante sustento teórico de lo resultante.

Participantes

En lo relativo al marco muestral, los *participantes* corresponderán a todos/as los/as niños, niñas y/o adolescentes, de entre 0 meses hasta 19 años que hayan consultado en el CAP UGM por primera vez entre enero de 2018 y diciembre de 2019. Como *familiar acompañante* se entiende todo adulto que haga de tutor legal o posea alguna vinculación con el/la consulta y que acompaña al paciente al momento de realizada la primera entrevista. A su vez, como *sistema derivante* se considerará a toda institución educativa que haya hecho manifiesta, mediante el correspondiente documento de derivación a la institución CAP UGM, su interés para que el/la estudiante reciba algún tipo de evaluación o tratamiento psicoterapéutico, en base a las razones que estas estimen, adecuadamente explicitadas en el documento referido.

Para identificar los casos que serán incluidos se utilizará un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, con el total de la población que consulte entre los años 2018 y 2019, considerando como único criterio de inclusión el que los/as pacientes tengan una edad inferior a los 19 años cumplidos. Por otra parte, no existen criterios específicos de exclusión. Se espera que la muestra esté compuesta de un total estimado de 100 consultantes.

Procedimiento de Recolección de Datos

En primera instancia fue necesario solicitar la autorización formal de la directora del CAP UGM, toda vez que se está trabajando con información confidencial que atañe a los/as pacientes. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos constan de las fichas de primera entrevista diagnóstica proporcionadas por la institución del CAP UGM y, si corresponde, también de las fichas de derivación enviadas por la institución educativa de origen del consultante.

Se accede a las fichas en formato físico (papel), para su revisión, extracción de datos y discriminación dentro de los casos que serán registrados y los que no, en base a los criterios de inclusión ya expuestos. De las fichas será utilizado el registro correspondiente a la primera entrevista, donde se aluda al motivo de consulta manifiesto

de paciente y familiar acompañante y/o de la ficha de derivación de la institución educativa relativa al paciente.

Los datos que se extraen son: edad, sexo, año de ingreso del consultante, institución educativa de origen, motivo de consulta manifiesto de paciente, motivo de consulta manifiesto de familiar acompañante y/o motivo de derivación en los casos correspondientes. Los datos referidos son recopilados y sistematización a través de una planilla Excel, plataforma con la cual se facilitará a su vez el trabajo de análisis y contrastación de la información, en donde a cada consultante le será asignado un código que permita mantener el anonimato del consultante y el adecuado trabajo con los datos proporcionados por las fichas clínicas.

Análisis de Datos

Inicialmente se realizan análisis descriptivos de datos sociodemográficos como edad, sexo, institución educativa y año de ingreso con el fin de caracterizar la muestra

Luego, con la finalidad de poder describir y sistematizar los motivos de consulta y/o derivación de cada uno de los informantes (paciente, familiar acompañante y sistema derivante), estos son agrupados y categorizados, en base a la semejanza que tenga la problemática basal con las categorías diagnósticas y cuadros clínicos que puedan desprenderse del manual diagnóstico y estadístico DSM-V (APA, 2013), y, a su vez, de las categorizaciones proporcionadas por las encuestas e investigaciones en población chilena realizadas por el MINSAL (2010, 2016). Lo anterior, priorizando a la hora de formular las categorías a utilizar, la frecuencia de los motivos de consulta y derivación.

La anterior sistematización de los motivos de consulta y/o derivación en agrupaciones predefinidas facilita, a su vez, la posterior comparación y contrastación de tales motivos de paciente, familiar acompañante y sistema derivante, para determinar el grado de correspondencia de la demanda que motiva la consulta de atención psicológica entre los tres subgrupos mencionados, así como también poder cuantificar en qué medida la consulta es espontánea o mediada por una derivación.

En lo referente a los análisis de prevalencia, estos son realizados inicialmente con la población en general y posteriormente diferenciando por datos sociodemográficos

siempre y cuando los datos permitan la comparación. Respecto a la edad los datos son descritos, categorizados y reunidos en dos grupos: niños/as (0 a 11 años) y adolescentes (12 a 19 años). En relación al año de consulta, se compararán los pacientes que consultan en 2018 o 2019. Comparando por sexo, se analizarán las diferencias al dividir a los/as pacientes en masculino y femenino. Y, finalmente, respecto a la institución educacional de origen, se analizarán las diferencias al dividir las entre pública/municipal, particular-subvencionado y particular/privada.

Respecto a la coincidencia o no entre los motivos de consulta y/o derivación entre informantes se realizan tablas de contingencia y análisis de Chi cuadrado, siguiendo las recomendaciones para variables categóricas (Merino & Díaz, 2005). Los análisis se realizan con el programa estadístico SPSS versión 21. Finalmente, los resultados de la muestra son contrastados con investigaciones previas en población chilena, buscando dar cuenta de la existencia o no de diferencias, e ir identificando tendencias y porcentajes. Lo anterior señalado, para dar cuenta de la prevalencia de las causas últimas de consulta y de si las inquietudes o malestares coinciden con los estudios previos presentados en el marco teórico.

Resultados

Descripción de la Muestra

Los resultados a partir del análisis de los/as consultantes infanto-juveniles durante los años 2018 y 2019, teniendo en cuenta tanto las consultas espontáneas como derivaciones, contemplan un total de 107 casos: 84 durante el año 2018 y 23 durante el año 2019. Acorde a los rangos de edad establecidos, estos se distribuyeron entre “niños/as” (0 a 9 años) y “adolescentes” (10 a 19 años).

Los resultados descriptivos de la muestra incluida se presentan en la Tabla 1. Incluyendo la edad (niños/as, adolescentes), el género (masculino, femenino), el tipo de institución educativa (privada/particular, particular-subvencionada, pública/municipal o no aplica), y si existió o no derivación.

Tabla 1*Datos sociodemográficos pacientes*

	N	%	Rango	M	SD
Edad					
Niños/as	30	28%	3-9	6.4	1.61
Adolescentes	77	72%	10-19	14.4	2.61
Género					
Femenino	59	55.1%			
Masculino	48	44.9%			
Institución educativa					
Privada/particular	5	4.7%			
Particular subvencionada	73	68.2%			
Pública/municipal	9	8.4%			
No aplica-no refiere	20	18.7%			
Derivación					
Sí	92	86%			
No	15	14%			

En la Tabla anterior podemos ver, por una parte, una predominancia en la población adolescentes (72%), en contraste con la población niños/as (28%), siendo la primera más del doble de la segunda. En relación a la proporción por género, existiría mayor homogeneidad que en la categoría anterior, habiendo no obstante una leve mayoría en las consultantes de género femenino (55.1%) por sobre los de género masculino (44.9%). En el caso del tipo de institución educativa donde se origina la derivación de el/la consultante se encuentran la mayoría de casos en las instituciones de tipo particular-subvencionado (68,2%), después las públicas-municipales (8,4%) y por último las privadas-particulares (4,7%); sin embargo, en un 18,7% no hubo registro de la institución educativa de origen sea porque la información faltaba o porque no existía una derivación a la base de la consulta y no se registró el tipo de institución educativa a la que asiste. En la categoría derivación se aprecia que casi en su totalidad (86%) las consultas registradas en la muestra para los años consignados en esta investigación tenían derivación previa, siendo un caso minoritario (14%) donde la consulta se produjo de manera espontánea por paciente o familiar acompañante.

Categorización de Motivos de Consulta

Para la realización de la clasificación de los motivos de consulta y derivación fueron utilizados criterios diagnósticos tanto del manual DSM-V como de los estudios

epidemiológicos en población chilena (APA, 2013; Bonita et. al., 2008; De la Barra et. al., 2004 y 2012), los cuales sirvieron de base para agrupar las razones expuestas para asistir a consulta psicológica tanto por consultantes, familiar acompañante y/o sistema derivante.

Las categorías surgidas del procedimiento de sistematización de los motivos de consulta se presentan en la Tabla 2 resultando en 16 categorías las cuales en su mayoría engloban manifestaciones patológicas, síntomas internalizantes o externalizantes, y problemáticas de carácter circunstancial. Además, 2 categorías del total se destinaron para casos específicos en donde la información no corresponde (categoría “no-refiere-no aplica”) o no se menciona en la ficha diagnóstica (categoría “falta información”).

Tabla 2

Tabla descriptiva de las categorizaciones utilizadas para agrupar motivos de consulta de paciente, familiar y de derivación

Categoría	Descripción
0. No refiere-no aplica	Incluye casos en que el/la paciente y/o familiar acompañante no entrega un motivo de consulta. También los casos en que tal entrega no corresponda como en casos en que no existe derivación para la categoría sistema derivante.
1. Sintomatología Ansiosa	Incluye eventos o situaciones estresoras, crisis de pánico o angustia, así como experiencias subjetivas o percibidas de inquietud y desasosiego
2. Sintomatología Depresiva	Incluye manifestaciones de cambio en el estado de ánimo, predominando retraimiento, desinterés, abulia, llanto recurrente y/o experiencia subjetiva o percibida de tristeza o desesperanza
3. Dificultades en expresión y/o regulación emocional	Incluye inhibición o desregulación emocional, problemas en la manera de manifestar una emoción o afecto que genera un perjuicio o daño a otro/a o a si mismo/a
4. Conducta disruptiva-no adaptativa	Incluye manifestaciones conductuales que, independientemente del afecto que las acompañe, generan un perjuicio o daño a otro/a o a si mismo y/o impiden o dificultan la adaptación a situaciones con reglas predeterminadas
5. Dificultad en relación con pares	Incluye casos en los que prime la dificultad en el contacto con pares (hermanos/as, vecinos compañeros/as de colegio, etc.), ya sea por iniciativa propia (conducta agresiva, aislamiento, desinterés) o por un/a otro/a (acoso escolar, marginación, trato discriminatorio, bullying)
6. Conductas de riesgo	Incluye autolesiones, consumo problemático de sustancias y conductas en general que signifiquen un peligro potencial o concreto de la integridad física o mental de quien las ejecuta

7. Duelo	Muerte de algún familiar o persona significativa, o cambio-crisis vital que sea vivida como una pérdida y genere malestar significativo
8. Vulneración de derechos de la infancia y adolescencia	Incluye situaciones en las que se vean vulnerados los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes como negligencias, violencia intra-familiar (VIF), exposición a situaciones o estímulos inadecuados o nocivos para su etapa del desarrollo, entre otros.
9. Dificultades asociadas al rendimiento escolar	Incluye las situaciones que signifiquen un impacto en el rendimiento escolar, sea ocasional o sostenido en el tiempo, donde se incluyen trastornos del desarrollo, trastornos del aprendizaje, absentismo escolar, desmotivación y fobia escolar.
10. Problemáticas asociadas a la sexualidad e identidad de género	Incluye situaciones en las cuales la consulta tenga como objetivo solucionar o esclarecer interrogantes relativas a la sexualidad, vida sexual sana e identidad de género, o en el caso que se requiera acompañamiento terapéutico referente a complejidades propias de quien consulta acorde a su etapa del desarrollo psicosexual e inquietudes particulares.
11. Trastornos del sueño-vigilia	Incluye problemáticas relacionadas a hábitos del sueño, sonambulismo, problemas al inicio, de conciliación, durante el sueño o de despertar.
12. Crisis vitales o cambios significativos	Incluye situaciones en las cuales la consulta esté motivada principalmente por algún evento o situación detonante, ya sea cambios propios de una etapa del desarrollo, accidentes, migración, eventos traumáticos o que generen un cambio en la vida diaria o rutina hasta entonces mantenida.
13. Problemas de convivencia familiar	Incluye situaciones donde se refiera algún tipo de conflicto o situación problemática en la relación con miembros del sistema familiar
14. Trastornos de la conducta alimentaria	Incluye situaciones relacionadas con hábitos alimenticios que generen malestar significativo, pudiendo incluirse pica, anorexia nerviosa, bulimia, entre otros.
15. No sabe-no quiere	Incluye los casos en que paciente o familiar manifiesten “no saber” por qué asisten o son derivados, o que “no quieren” iniciar un proceso terapéutico, al momento de presentarse a la primera entrevista.
16. Falta información	Incluye los casos en los cuales la información del motivo de consulta del paciente, familiar y/o sistema derivante no se encontró en la ficha de registro de primera entrevista.

Motivos de Consulta Según Informante

Luego de establecer las categorías finales cada uno de los motivos de consulta manifiestos por paciente, familiar acompañante y/o derivación son clasificados dentro de una de las 16 categorías. En la Tabla 3 están contenidos la cantidad de casos, y su equivalencia en porcentaje, de los motivos de consulta y derivación agrupados en las categorías diagnósticas predefinidas.

La tabla posee cinco columnas donde, en la primera se referencian los nombres de las categorías, en las tres columnas centrales se distribuyen las categorizaciones de la información entregada por paciente, familiar acompañante y sistema derivante, y en la última columna se recolecta el número total de casos entregado por todos los informantes acorde a la categoría diagnóstica que corresponda, expresado ello en el porcentaje correspondiente al total teórico de registros para cada categoría de informante y su porcentaje.

Tabla 3

Agrupación de las categorías de mayor frecuencia en motivos de consulta y derivación por informante y en la muestra total.

Categorizaciones diagnósticas	MCP	MCF	MDD	Total
0. No refiere-no aplica	22 (20.6%)	9 (8.4%)	14 (13.1%)	45 (14%)
1. Sintomatología Ansiosa	6 (5.6%)	8 (7.5%)	9 (8.4%)	23 (7.2%)
2. Sintomatología Depresiva	13 (12.1%);	9 (8,4%)	12 (11.2%)	34 (10.6%)
3. Dificultades en expresión y/o regulación emocional	3 (2.8%)	7 (6.5%)	2 (1.9%)	12 (3.7%)
4. Conducta disruptiva-no adaptativa	14 (13.1%)	21 (19.6%)	23 (21.5%)	58 (18%)
5. Dificultad en relación con pares	12 (11.2%)	16 (15%)	14 (13.1%)	42 (13%)
6. Conductas de riesgo	2 (1.9%)	1 (0.9%)	2 (1.9%)	5 (1.5%)
7. Duelo	8 (7.5%)	12 (11.2%)	10 (9.3%)	30 (9.3%)
8. Vulneración de derechos de la infancia y adolescencia	3 (2.8%)	2 (1.9%)	4 (3.7%)	9 (2.8%)
9. Dificultades asociadas al rendimiento escolar	1 (0.9%)	10 (9,3%)	8 (7.5%)	19 (6%)
10. Problemáticas asociadas a la sexualidad e identidad de género	1 (0.9%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)	3 (1%)

11. Trastornos del sueño-vigilia	1 (0.9%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)	3 (1%)
12. Crisis vitales o cambios significativos	3 (2.8%)	3 (2.8%)	0 (0%)	6 (1.9%)
13. Problemas de convivencia escolar	3 (2.8%)	1 (0.9%)	2 (1.9%)	6 (1.9%)
14. Trastornos de la conducta alimentaria	1 (0.9%)	2 (1.9%)	1 (0.9%)	4 (1.2%)
15. No sabe-no quiere	9 (8.4%)	1 (0.9%)	0 (0%)	10 (3.1%)
16. Falta información	5 (4.7%)	3 (2.8%)	4 (3.7%)	12 (3.7%)

Nota: MPC= Motivo de Consulta Paciente; MCF=Motivo de Consulta Familiar; MMD=Motivo De Derivación.

Como puede observarse en la tabla, la mayoría de pacientes y familiar acompañante expresan un motivo de consulta 71 (66.3%) y 94 (87.9%), respectivamente. Esto excluyendo los casos en que no se refiere un motivo de consulta (22.6% paciente y 8.4% adulto acompañante), falta información (4.7% paciente y 2.8% adulto acompañante) o la persona no sabe/quiere explicitar un motivo de consulta (8.4% paciente y 0.9% adulto acompañante).

En relación a los motivos de consulta entregados por el paciente, las primeras cuatro mayorías en los casos en los cuales sí se explicita un motivo de consulta fueron: conducta disruptiva-no adaptativa (13.1%), sintomatología depresiva (12.1%), dificultad en relación con pares (11.2%) y duelo (7.5%). En el caso del familiar acompañante, las primeras 4 mayorías fueron: conducta disruptiva-no adaptativa (19.6%), dificultad en relación con pares (15%), duelo, (11.2%) y dificultades asociadas al rendimiento escolar (9.3%). Mientras que en los casos de derivación las 4 principales causas reportadas fueron: conducta disruptiva-no adaptativa (21.5%), dificultad en relación con pares (13.1%), sintomatología depresiva (11.2%) y duelo, (9.3%).

Considerando la muestra total, es decir considerando los tres informantes en cada uno de los 107 casos (N=321), los motivos de consulta/derivación con mayor porcentaje son: conducta disruptiva-no adaptativa (18%), dificultad en relación con pares (13%), sintomatología depresiva (10.6%), y duelo (9.3%).

Comparación de Motivos de Consulta y/o Derivación Según Variables Sociodemográficas

Considerando que la mayoría de las variables con las que se trabajó son de tipo categórica nominal, se realizan tablas de contingencia y análisis del estadístico Chi-cuadrado (Merino & Díaz, 2005) para develar la existencia de diferencias o no entre grupos. En primer lugar, se realizan comparaciones de los motivos de consulta/derivación de cada informante considerando datos sociodemográficos: edad (niños/as y adolescentes), género (femenino y masculino) y dependencia de la institución educativa a la que asiste (institución pública/municipal, subvencionada y particular/privada). Y en el siguiente apartado se presenta la comparación entre informantes.

Motivos de Consulta de Pacientes según Variables Sociodemográficas

Los resultados de la comparación por datos sociodemográficos de los motivos de consulta reportados por los pacientes pueden verse en la Tabla 4.

Tabla 4

Pruebas de chi cuadrado de motivo de consulta del paciente

	Valor	Grados de libertad	Significación asintótica (bilateral)
MCP y género	19,982	16	,221
MCP y edad	19,803	16	,229
MCP y tipo de institución educativa	67,669	48	,032

Nota: MCP= motivo de consulta paciente

Acorde a los datos observados, la significación asintótica bilateral entre las variables de motivo de consulta de paciente y género no es significativa ($p=,221$) por lo cual las variables serían independientes y no existirían diferencias entre los motivos de consulta de pacientes del género masculino y femenino. En caso de la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta y edad de los/as consultantes tampoco sería significativo ($p=,229$) por lo cual tampoco habría diferencias significativas entre los motivos de consulta predominantes presentados por niños y adolescentes. Con respecto a la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta de paciente y tipo de institución educativa esta sí sería significativa ($p=,032$), por lo cual existirían

diferencias significativas entre los motivos de consulta de pacientes que asisten a instituciones públicas, subvencionadas y privadas, siendo tales variables dependientes.

Motivos de Consulta de Familiar Acompañante según Variables Sociodemográficas

En la Tabla 5 pueden observarse los resultados del análisis de Chi cuadrado de los motivos de consulta del familiar acompañante según las clasificaciones de los datos sociodemográficos antes mencionados.

Tabla 5
Chi cuadrado de motivo de consulta familiar

	Valor	Grados de libertad	Significación asintótica (bilateral)
MCF y género	14,639	16	,354
MCF y edad	21,677	16	,154
MCF e institución educativa	76,907	48	,005

Nota: MCF= motivo de consulta familiar acompañante.

Acorde a los datos presentados en la Tabla, la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta de familiar acompañante y género de los/as consultantes no sería significativa ($p=,354$), por lo cual las variables serían independientes, no existiendo diferencias significativas entre los motivos de consulta entregados por familiar acompañante y el género de el/la paciente. En el caso de la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta de familiar acompañante y edad esta tampoco sería significativa ($p=,154$) por lo cual ambas variables serían independientes, no existiendo diferencias significativas entre el motivo de consulta entregado por familiar acompañante en relación a la edad de el/la paciente. Con respecto a la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta de familiar acompañante y tipo de institución esta sería significativa ($p=,005$) indicando su valor que ambas variables serían dependientes, por lo cual existirían diferencias significativas en los motivos de el/la familiar acompañante a partir de la institución educativa privada, particular-subvencionada o pública de el/la paciente.

Motivos de Derivación según Variables Sociodemográficas

Finalmente, se realizan análisis de comparación entre categorías según los motivos de derivación considerando las mismas variables sociodemográficas. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6

Prueba de chi cuadrado para motivo de derivación

	Valor	Grado de libertad	Significación asintótica (bilateral)
MDD y género	16,715	14	,272
MDD y edad	33,225	14	,003
MDD e institución educativa	93,792	42	,000

Nota: MDD: motivo de derivación

Acorde a los datos presentados, la significación asintótica bilateral de las variables motivo de derivación y género de los/as consultantes no sería significativa ($p=,272$), por lo cual las variables serían independientes, indicando que no habrían diferencias significativas de género en el motivo de derivación. En el caso de la significación asintótica bilateral de las variables motivo de derivación y edad, esta sí sería significativa ($p=,003$), por lo cual ambas variables serían dependientes, refiriendo lo anterior que habrían diferencias significativas en la edad de el/la consultante y el motivo de derivación. Con respecto a la significación asintótica bilateral de las variables motivo de derivación y tipo de institución educativa esta sería nuevamente significativa ($p=,000$) indicando su valor que ambas variables serían dependientes, presentando una diferencia significativa entre los motivos de derivación a partir del tipo de institución educativa particular/privada, particular-subsuencionada o pública/municipal.

Comparación de Motivos de Derivación por Edad y Tipo de Dependencia Educativa

Considerando el alto porcentaje de casos en que los pacientes asisten derivados por las instituciones educativas (86%) y las diferencias según edad e institución educativa, en las Tablas subsiguientes (8 y 9) se contrastan los motivos de derivación en base a las variables sociodemográficas que mostraron diferencias significativas en el apartado anterior: edad y tipo de institución educativa.

En la Tabla 7 se presenta la comparación en base a las 5 categorías más frecuentes (dejando por fines prácticos fuera la categoría no refiere-no aplica) entre niños/as y adolescentes.

Tabla 7
Motivos de derivación predominantes según edad

Grupo	1ero	2do	3ero	4to	5to	Total casos
Niños/as	CD: 6 (20%)	DRP: 4 (13.3%)	D: 3 (10%)	NS/NQ: 3 (10%)	SD: 1 (3.3%)	30 casos
Adolescentes	SD: 12 (15.6%)	CD: 8 (10.4%)	DRP: 8 (10.4%)	SA: 6 (7.8%)	NS/NQ: 6 (7.8%)	77 casos

Nota: CD= Conducta Disruptiva-no adaptativa; SD= Sintomatología depresiva; DRP=Dificultad en relación con pares; D= Duelo; NS/NQ=No sabe-no quiere; SA= Sintomatología ansiosa

Como se observa en la tabla, luego de excluir las categorías no refiere-no aplica, el motivo de consulta reportado con mayor frecuencia por niños/as es Conducta disruptiva-no adaptativa (20%), mientras que los adolescentes suelen reportar Sintomatología depresiva (15.6%). Aún así, puede observarse que “Conducta disruptiva-no adaptativa”, “Dificultad en relación con pares” y “Sintomatología depresiva” son reportadas dentro de los mayores porcentajes por ambos grupos. Finalmente, es importante señalar que el 10% de los/as niños/as y el 7.8% de los adolescentes no sabe o no quiere expresar un motivo de consulta específico.

En la Tabla 8, al comparar el motivo de derivación por institución educacional, también aparecen las 5 categorías más frecuentes, pero en este caso sí se incluyen la categoría de no refiere-no aplica.

Acorde a lo expresado en la tabla siguiente, existen coincidencias en cuanto a las categorías que se encuentran dentro de las cinco mayorías, donde “Conducta no disruptiva-no adaptativa” y “Dificultad en relación con pares” están presentes en los 3 tipos de instituciones como una de las 5 mayorías. Por otro lado, también toma relevancia la categoría “Sintomatología ansiosa”, presentándose como mayoría tanto en la categoría particular-subvencionado como municipal.

Tabla 8*Motivo de derivación predominantes según el tipo de institución educativa*

Tipo	1ero	2do	3ero	4to	5to	Total casos
Particular	DPR: 3 (33.3%)	D: 2 (22.2%)	FI: 2 (22.2%)	CR: 1 (11.1%)	CD: 1 (11.1%)	9 casos
Subvencionada	CD: 19 (26%)	SD: 11 (15.1%)	DPR: 9 (12.3%)	VD: 8 (11%)	SA: 6 (8.2%)	73 casos
Municipal	SA: 2 (40%)	CD: 1 (20%)	DPR: 1 (20%)	SG: 1 (20%)	-*	5 casos
No se especifica	NR/NA: 11 (50%)	CD: 2 (10%)	D: 2 (10%)	SA: 1 (5%)	SD: 1 (5%)	20 casos

Nota: CD= Conducta Disruptiva-no adaptativa; SD= Sintomatología depresiva; DPR=Dificultad en relación con pares; D= Duelo; SA= Sintomatología ansiosa; FI= Falta información; CR= Conductas de riesgo; VD= Vulneración de derechos de la infancia y adolescencia; SG= Problemas asociados a sexualidad e identidad de género; NR/NA= No refiere-no aplica

* No existe quinta mayoría dada la cantidad de estudiantes

Concordancias y No Concordancias Entre Informantes

Para comparar las concordancias y/o diferencias entre motivos de consulta y derivación en cada uno de los casos, se realiza en primer lugar una comparación de porcentajes en los cuales existe o no coincidencia entre distintos informantes. En segundo, lugar se realizan nuevamente análisis de Chi cuadrado bilaterales entre pares de informantes y finalmente se presentan los resultados comparando los tres informantes con una tabla de contingencia segmentada.

Los porcentajes en que existe concordancia o no concordancia entre los distintos informantes pueden verse en la Tabla 9.

Tabla 9

Coincidencias y No Coincidencias Entre Motivo de Consulta de Paciente, Familiar Acompañante y Sistema Derivante

	Coincidencia	%	No coincidencia	%	Total casos
P-F	37	34.9%	69	65.9%	106*
P-SD	40	43.5%	52	56.5%	92**
F-SD	59	64.1%	33	35.9%	92**
P-F-SD	30	32.6%	62	67.4%	92**

Nota: P= Paciente, F= Familiar acompañante, SD= Sistema derivante.

*incluye casos de derivaciones como no derivaciones excluyendo un caso con información ausente.

** incluye solamente casos en donde existe derivación

En cuanto a la coincidencia y no coincidencia de los motivos de consulta y derivación entre sí de consultantes, los resultados arrojaron que: en un 32.6% los motivos de consulta de paciente, familiar y sistema derivante coincidieron; en un 64.1% coincidieron los motivos de consulta de familiar y motivo de derivación; en un 43.5% casos coincidieron los motivos de consulta de paciente y motivo de derivación del sistema derivante y en un 34.9% coincidieron los motivos de consulta de paciente y familiar.

Posteriormente se realizan análisis de Chi cuadrado para analizar si las diferencias son significativas. Los resultados de los análisis de Chi cuadrado bilaterales, es decir considerando la hipótesis alternativa sin dirección, se presentan en la Tabla 10. Para realizar este análisis se comparan las categorías (1 al 16) reportadas por cada uno de los informantes, las cuales son ingresadas a SPSS con el número correspondiente.

Tabla 10

Prueba de chi cuadrado para MCP, MCF, MDD

	Valor	Grados de libertad	Significación asintótica (bilateral)
MCP y MCF	527,447	256	,000
MCP Y MDD	499,664	224	,000
MCF Y MDD	762	224	,000

Nota: MCP: motivo de consulta paciente; MCF; motivo de consulta familiar acompañante; MDD: motivo de derivación

Acorde a los datos, la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta paciente, motivo de consulta familiar acompañante y motivo de derivación, en todas sus combinaciones serían significativas ($p=,000$) por lo cual éstas tres variables serían dependientes. Lo Anterior daría cuenta de que la motivación entregada para asistir a consulta psicológica variaría dependiendo de qué informante la esté entregando.

Por último, en las siguientes tablas de contingencia (11 y 12) se analiza el estadístico Chi cuadrado a partir de las 3 categorías que presentaron mayor frecuencia a la hora de ser entregadas como motivo de consulta o derivación, estas son: conducta disruptiva-no adaptativa, sintomatología depresiva y dificultad en la relación de pares (Ver Tabla 2). Esto se realiza para volver el análisis más comprensible y para asegurar que la

diferencias significativas en el análisis bilateral anterior no se debe a la cantidad tan grande de categorías. Para realizar estos análisis, cada categoría diagnóstica fue agrupada en una plantilla de SPSS con un número, para este caso, solo a las 3 mayorías (según la muestra total) se les fue asignado un número distinto de 0, las demás se les marco con 0, relegándolas a la subcategoría “otros”.

En la Tabla 11 se observan los resultados de los análisis de Chi cuadrado bilateral por informante en las tres categorías predominantes.

Tabla 11

Tabla de chi cuadrado en base a MCP, MFC y MDD, y variables S. depresiva, C. disruptiva y D.R. pares (en pares)

	Valor	Grados de Libertad	Significación asintótica (bilateral)
MCP y MCF	57,295	9	,000
MCP y MDD	91,119	9	,000
MDD y MCF	134,365	9	,000

Nota: MCP=motivo de consulta; MCF=motivo de derivación; MDD=motivo de derivación;

Acorde a los datos presentados en la tabla 11, la significación asintótica bilateral de las variables motivo de consulta paciente, motivo de consulta familiar acompañante y motivo de derivación, en todas sus combinaciones serían nuevamente significativas ($p=,000$) por lo que éstas tres variables serían dependientes. Presentando una influencia significativa, acordes a las tres mayorías de motivo de consulta o derivación referidos, entregados por los informantes. Los motivos de consulta y derivación por tanto, en las tres mayorías referidas también dependerían del tipo de informante quien refiere el motivo para asistir a consulta.

Finalmente, en la Tabla 12 se presentan los análisis de Chi cuadrado según las tres categorías más frecuentes en la muestra total. Para esto se realiza una tabla de contingencia segmentada en donde se ingresan las dos primeras categorías en los cuadrantes principales (horizontal y vertical) y posteriormente se incluye una “capa” para segmentar por una tercera variable. Para este análisis se vuelve a utilizar la misma estrategia que en el análisis anterior en donde todas las categorías distintas a las tres con mayor frecuencia en la muestra total son agrupadas en “otros”.

Tabla 12

Tabla de chi cuadrado en base a MCP, MFC y MDD, y variables S. depresiva, C. disruptiva y D.R. pares

	Valor	Grados de libertad	Significación asintótica (bilateral)
S depresiva	4,213	4	,378
C disruptiva	,440	4	,979
D.R. pares	6,873	2	,032
Otros	9,932	9	,356

Nota: S.depresiva= Sintomatología depresiva; C. disruptiva= Conducta disruptiva-no adaptativa; D.R. pares= Dificultades en relación de pares; Otros= aquellas categorías que no correspondan a las 3 mayorías aquí referidas.

La tabla nos muestra la diferencia significativa o no significativa para cada una de las categorías comparadas. Acorde a los datos presentados, la significación asintótica de las variables solamente sería significativa en el caso de la categoría “Dificultad en relación con pares” ($p=,032$), la cual variaría de manera significativa dependiendo de quien informe el motivo de consulta/derivación.

Conclusiones y Discusión

Los propósitos enmarcados en la presente investigación consistieron en recoger los datos del centro de atención psicológica CAP UGM en la ciudad de Santiago. Se analizaron los datos referidos a motivos de consulta y derivación que tanto paciente, familiar acompañante como institución derivante otorgan a la hora de que los y las consultantes asistan a la primera entrevista psicológica para poder describir, categorizar y comparar tales motivos de consulta/derivación.

Siguiendo lo anterior, y acorde a los primeros dos objetivos del estudio, fue posible recabar la información antes mencionada, la cual fue agrupada y distribuida en base a 16 categorías. Dichas categorías fueron construyéndose a la luz de la información recopilada, razón por la cual esta podría adolecer de categorías que aportasen mayor claridad a la hora del análisis, pero de las cuales se prescindió por no verse reflejadas en los motivos de consulta y derivación manifestados por los/as consultantes y por el sistema derivante.

Continuando con el tercer objetivo, se compararon los motivos de consulta y derivación entregados por cada informante: paciente, familiar acompañante y sistema derivante. Coincidiendo los resultados con la tercera hipótesis de investigación, destaca la cantidad de consultantes que asistieron al CAP UGM a partir de una derivación por parte de una institución educativa (86%).

Esta cifra toma relevancia si se toma en cuenta dos elementos. En primer lugar, las diferencias significativas en los motivos de consulta/derivación por sistema educativo y en segundo lugar las tasas de coincidencia entre las entidades informantes, donde la mayor coincidencia (64,1%) se presentó entre familiar acompañante y sistema derivante, siendo la más baja la sucedida entre paciente y familiar acompañante (34.9%). Lo expuesto, como refieren los/as autores/as en Colón et al. (2019) podría estar dando cuenta de las dificultades referidas a la comunicación y detección en el sistema familiar de situaciones que estén generando algún grado de malestar o aparezcan como problemáticas relativas a la interacción y conductas de el/la niño/a o adolescente, donde la institución escolar adquiere mayor relevancia, y donde la derivación desde la institución educativa se vuelve el factor determinante a la hora de asistir a consulta psicológica para niños/as escolarizados/as (Boffil et. al., 2010).

A su vez, lo anterior podría también estar relacionado con la injerencia que tiene la institución educativa en, por una parte la detección de signos que puedan dar cuenta de una posible sintomatología o patología mental y por otra de lo determinante que puede ser la misma institución a la hora de establecer una apreciación de carácter diagnóstica frente a una situación concebida como alarmante o que se traduzca en complicaciones del funcionamiento esperado de un/a estudiante en cuanto a su rendimiento o a su conducta en el ambiente escolar (López, et al., 2011). Lo cual, siguiendo lo problematizado por Leiva et al., (2015) pone de relieve la pregunta ¿es aquello que según la institución escolar amerita consulta psicológica una situación que significa un problema para el/la estudiante o para la propia institución? Así también, ¿la institución escolar cuenta con los recursos humanos (profesionales, pedagogos/as capacitados) para efectuar dicha derivación? Entendiendo que, tal derivación no se convierta en un factor iatrogénico, ubicando un problema que no concuerda con la situación específica que le causa sufrimiento a el/la estudiante, orientado tan solo a remitir la sintomatología o

conducta en tanto disruptiva. La presente investigación deja abiertas estas preguntas y futuros estudios tendrían que dar seguimiento a los motivos de derivación y el posterior diagnóstico o apreciación de el/la psicólogo /a a cargo del caso para explorar estos puntos.

Finalmente, respecto al cuarto objetivo se compararon los resultados vertidos en la presente investigación con los estudios en población chilena infanto-juvenil en materia de prevalencia de enfermedades y sintomatología psicológica.

A partir de los datos se aprecian coincidencias con diversas investigaciones tanto de investigadores/as en el área de la salud mental (De la Barra, Toledo, Rodríguez 2004; De la Barra et al., 2012) como referente a los datos recopilados por el MINSAL (2010; 2016), donde aparecen la sintomatología ansiosa, depresiva y de la conducta como categorías con mayor prevalencia. En este caso, podemos apreciar una marcada confluencia entre las mayorías referidas, caracterizadas por un tipo de situación problemática externalizante y que, acorde a la literatura expuesta, suele ser un motivo recurrente de consulta como de derivación por parte de las instituciones educativas.

Lo anterior puede estar dando cuenta como, a su vez, en el caso de la infancia, el foco que motiva a consultar suele ser una situación percibida por otro/a distinto al paciente, situación que puede no estar percibiendo como un problema, no concebirse como tal o no estársele refiriendo al paciente, quien queda relegado por ello de aquella situación problemática y de la propia decisión de asistir a consulta. Siendo esto evidencia de el marcado rol que tiene a la hora de consultar el/la familiar y el sistema derivante, y siendo también consistente con la literatura expuesta (Esquivel, Heredia y Gómez-Maqueo, 2017)

Por otra parte, destacan determinados datos correlativos a lo referido en el marco teórico (MINSAL 2016; De la Barra et al., 2016), en particular en el caso de los y las adolescentes donde dos de las cinco primeras mayorías de motivos de consulta refieren a problemáticas relativas a sintomatología depresiva (15,6%) o ansiosa (7,8%), mismas que presentan relación y pueden facilitar la aparición de conductas de riesgo, conductas autolesivas o intentos suicidas, lo anterior teniendo en cuenta como Chile presenta la más alta tasa de suicidio, según la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, 2011) para la población entre los 15 y 19 años de edad.

Siguiendo con lo anterior Ospina-Ospina et al. (2011) sostienen que es indispensable un plan de acción en las instituciones educativas, mismas en que el/la adolescente pasa mayor parte de su tiempo, que permita su sospecha, prevención y detección temprana para poder ejecutar las medidas pertinentes.

Cabe mencionar que una de las categorías que presentó mayor prevalencia fue “Conducta disruptiva-no adaptativa”, lo cual concuerda con la literatura previamente reunida en población chilena (De la Barra, et al., 2004; Vicente et. al., 2010; De la Barra et. al., 2012), siendo un frecuente motivo de derivación en instituciones escolares y un objetivo recurrente a ser intervenido por parte de los programas que impulsa tanto el estado como las propias instituciones. (Leiva et al., 2015). Dicha categoría presenta una disminución significativa al hablar de niños/as en contraste con adolescentes, lo cual, acorde a Bragado et al., (1995) se explicaría dado que la manera en que se expresa la sintomatología psicológica se presenta en la infancia de manera predominantemente internalizante y, avanzando hacia la adolescencia esta se manifiesta de manera mayoritariamente externalizante.

No obstante, la categoría recién referida, a pesar de tener una amplia y poco específica forma de manifestarse, se caracteriza mayormente por sus efectos, donde existe un perjuicio a otro/a o a sí mismo/a, o la no adaptación a un contexto normado, siendo por ello vital que la institución escolar posea las herramientas, de intervención y derivación, a utilizar en tal situación, entendiendo que la problemática de “no adaptación o conducta disruptiva” puede obedecer al orden de las limitaciones y normativas propias de la institución, a la falta de recursos humanos o materiales ante NEE de el/la estudiante, a un problema vinculado a la convivencia escolar o a uno de otro orden pero que se manifiesta en el colegio (Leiva et al., 2015; Esquivel et al., 2017).

Lo anterior adquiere su relevancia al entender que, la institución escolar en tanto ente formativo y normativo tiene la potestad de ubicar la raíz de la desadaptación percibida del alumno/a en uno u otro polo, lo cual puede desencadenar diversas consecuencias tanto para la vida de el/la estudiante, como para su sistema familiar y para el sistema de pares, consecuencias como la estigmatización o categorización en torno a una etiqueta patológica, la segregación o acoso escolar, y un impacto en la autoimagen y autoconcepto del propio estudiante adaptando los propios recursos cognitivos como

económicos para atender a una problemática que no se ajusta a las capacidades de aprendizaje de el/la estudiante, sino a un problema específico al cual se busca dar una pronta solución (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014; Lemos, 2013).

Guardando relación con lo anterior, los datos arrojados por la presente investigación, de las 4 categorías con mayor prevalencia, la categoría “Dificultad en relación con pares” fue la única significativa, acorde a la significación asintótica, siendo tal categoría sustancialmente diferente a partir de quien la estaba refiriendo, lo cual podría entenderse, según Leiva et al., (2015) al ponerse en relación con un análisis, muchas veces superficial de las personas a cargo de el/la estudiante, ya sea dentro de la familia o en la institución escolar, quedando en segundo plano el origen, a través de lo que manifiesta el estudiante como una problemática, sino tomando en cuenta lo que representa disfuncionalidad.

Sin embargo, es importante también señalar lo que muchos autores han enfatizado: los profesionales dentro de la escuela y la institución misma tienen importantes limitaciones que guardan relación con el funcionamiento de un sistema educacional que, aunque avanza, aún no logra la inclusión (González, 2019; López et al., 2011; 2018; Manghi et al., 2020). Por tanto, y dada la considerable incidencia de la institución escolar como intermediaria en el proceso de asistencia y consulta psicológica es importante generar un enfoque de promoción e intervención que contemple y dialogue tanto con la institución escolar, como con la familia de el/la estudiante. Esto podría lograrse a nivel micro ya sea mediante el diseño de protocolos o por medio de capacitaciones dirigidas a aquellos/as profesionales que tienen contacto directo y a diario con los/as estudiantes, entregando herramientas que faciliten la detección de signos que pudiesen representar entidades patológicas o trastornos del aprendizaje, pudiendo ejecutar una derivación pertinente a la etapa del desarrollo y problemática de el/la estudiante. Pero es importante continuar brindando recursos para investigación en esta área que permita a largo plazo, y a nivel macro, el promover cambios a nivel de sistema educativo.

Siguiendo lo mencionado, una propuesta para abordar tal tipo de enfoque sería desde un modelo fenomenológico-sistémico, amparado en la pedagogía sistémica (Parellada 2006), contemplando 4 aspectos fundamentales para que la institución escolar funcione:

centrar el hacer e intervenir de la institución teniendo como base el aprendizaje y bienestar de los/as estudiantes; que los/as familiares se sientan reconocidos/as por la institución y tengan un lugar claro dentro de ella dejando en claro que la tarea educativa parte de ellos/as y son estos/as quienes consienten que la escuela se ocupe a su vez de los procesos de aprendizaje de el/la estudiante; que la escuela sea exclusivamente un espacio educativo y no terapéutico y que todos/as los/as protagonistas involucrados/as en la tarea educativa asuman la responsabilidad, de las tareas que les son propias.

Como conclusión para el CAP UGM se enfatiza entonces la relevancia de las instituciones educativas en las consultas de la población infanto-juvenil, por lo que es importante que los profesionales tengan conocimientos y herramientas para trabajar con las instituciones educativas desde una mirada sistémica que permita generar contextos más favorables para la salud mental de los niños/as y adolescentes.

Implicaciones y Limitaciones de los Resultados

En referencia a las implicancias de la presente investigación se puede referir la labor de sistematización y organización de información, tanto para la institución CAP UGM como para centros de atención psicológica a fines, considerando la población objetiva y los periodos en que se enmarcó la recolección de datos. Los resultados muestran elementos relativos a prevalencia de motivos de consulta y derivación con miras a orientar la labor clínica y diagnóstica en áreas formativas o investigativas, para la propia UGM como para aquellas instituciones escolares con las que se trabaja de manera mancomunada a través de las derivaciones para diagnóstico y consulta psicológica.

A su vez, la presente investigación busca sumarse y ser un aporte a las intervenciones y futuras investigaciones en materia de salud mental sobre población infanto-juvenil en Chile, mismas que, como la bibliografía lo refiere (Breinbauer, 2017; Errázuriz et al., 2015; Minoletti, et al., 2012), son escasas, reciben poco financiamiento y presentan diversas dificultades en su aplicación. Asimismo, es importante señalar que el análisis a través de documentos tales como fichas clínicas, contemplando los resguardos éticos y correctos protocolos de seguridad y codificación de la identidad de los/as consultantes,

es una manera de tener una noción sobre el panorama en materia de psicopatología sobre una población específica.

Dentro de las limitaciones a considerar, una fue el tamaño de la muestra, presentando una disminución considerable en el año 2019 (23 casos) en relación al 2018 (84 casos). Dentro de las razones posibles para tal descenso estuvo el contexto socio-político en Chile posterior al 18 de octubre de tal año, momento en que tuvo lugar la revuelta o “reventón” social en Chile (Salazar, 2019). Se infiere que el contexto de constantes protestas vinculadas a demandas sociales, cual generó dificultades en el uso del transporte público y el desplazamiento por la ciudad, traduciéndose en una baja considerable en la asistencia presencial a consulta psicológica, en contraste con otros años, para el último trimestre del 2019 en el CAP UGM.

Por otra parte, el contexto del virus COVID-19, durante el año 2020 dificultó la atención presencial en el CAP UGM y, por tanto, el acceso a las fichas de los/as pacientes. Esto, considerando el peligro del contagio y las restricciones de movilidad y desplazamiento de los pacientes y las medidas tomadas por el Gobierno. Considerando también los tiempos acotados para la recolección y sistematización de datos de manera presencial en el CAP UGM se optó por tomar los años anteriores en la presente investigación.

Sugerencias para Futuros Estudios

Un factor importante en investigaciones que buscan la recolección y sistematización de motivos de consulta es la cantidad de casos que es posible recabar para analizar y contrastar. Podemos referir que, en consideración del tiempo y de la cantidad de personas a cargo de la presente investigación la muestra recabada y los años contemplados para ella presentaron una baja densidad poblacional, por lo cual en futuras investigaciones de este tipo es importante considerar la mayor cantidad de datos, acorde a los recursos materiales y humanos que se posean.

Contemplando, a su vez que la presente investigación ofrece una aproximación primera al proceso terapéutico, futuros estudios podrán avocarse al seguimiento de los motivos de derivación emanados de las instituciones educativas, y al decurso de los

procesos psicoterapéuticos o apreciación diagnóstica de el/la psicólogo/a para dar cuenta de su relación e incidencia.

Por último, se sugiere el uso de alternativas como las pruebas proyectivas para poder articular un motivo de consulta de el/la paciente toda vez que este/a no pueda hacerlo por limitaciones de la etapa del desarrollo o por limitantes relativas a la adquisición del lenguaje. Esto permitiría disminuir el porcentaje de casos en que el paciente no sabe o no quiere referir un motivo específico, así como para lograr mayor profundidad en la comprensión que los pacientes infanto-juveniles posean sobre los motivos expresados.

Referencias

- Achenbach, T. & Rescorla L. (2007) *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology*. The Guilford Press: New York.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC.
- Ato, M., López, J. & Benavente A. (2013) Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. & Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6(1), 67-82.
- Breinbauer, C. (2017) Salud mental infantil en América Latina. Avances y deudas pendientes de la salud pública con la primera infancia. En Navarro, J., Pérez, F. y Arteaga, M. (Ed.). *Vínculos tempranos. Transformaciones al inicio de la vida* (p.53-62). Editorial Alberto Hurtado: Santiago
- Boffil, I., Fernandez, A., Villegas, M., García, A. & Hijano, F. (2010). Psiquiatría infantil: patología prevalente en atención primaria, abordaje y tratamiento. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(19), 93-106.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (2008). Epidemiología básica. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 50(6), 269-338. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652008000600012>
- Bustamante, F., & Florenzano, R. (2013) Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 51(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Colón, T., Escobar, A., Santacoloma, A., Granados, A., Moreno, S., & Silva, L. M. (2019). Caracterización psicosocial y de motivos de consulta de la población asistente a 28 Centros de Atención psicológica universitarios en Colombia. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-4.cpmc>
- Corona F., Peralta, E. (2011) Prevención de conductas de riesgo. *Revista médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75.
- De la Barra, F., Toledo, V & Rodríguez, J. (2004) Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 4(47), 259-272. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400007>
- De la Barra, F. (2009). Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 157-177. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300001>

- De La Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillán, R. (2012) Estudio de epidemiología psiquiátrica en niño y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 5(23), 521-529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
- Díaz, J. (2003) Criterios de derivación a la unidad de salud mental infanto-juvenil de la demanda paidopsiquiátrica en pediatría de atención primaria. Unidad de salud mental infanto-juvenil. Recuperado de <http://diazatienza.es/sp/apPAIDOPSIQUIATRIA.pdf>
- Domenech, E. (1991) *Introducción a la historia de la psicopatología*. PPU, S.A.: Barcelona
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vohringer, P. & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Esquivel, F., Heredia, M. & Gómez-Maqueo, E. (2017). Psicodiagnóstico clínico del niño. Editorial El manual moderno. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2017/03/texto-psicodiagnostico-clinico-del-nic3b1o-esquivelheredia-y-gomez.pdf>
- Fernandes, R., do Carmo, M. & Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12.
- Florenzano, R. (2002). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. (2da edición). Ediciones Universidad Católica de Chile: Santiago.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF (1989) Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de [https://www.unicef.org/convencion\(5\).pdf](https://www.unicef.org/convencion(5).pdf)
- García-Haro, J., & Fernández-Briz N. (2014) Necesidad de criterios pecíficos para la derivación a psicoterapia: una propuesta. *SEMERGEN*, 41(4), 214-220. DOI: 10.1016/j.semerng.2014.01.011
- García, R. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 77-84 [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70395-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70395-9)
- Gómez-Maqueo, E. & Heredia, M., (2014) *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. Editorial el manual moderno: México D.F.
- González, P. (2019) Dilemas de la inclusión educativa en el Chile actual. *Revista educación las américas*, 8. DOI: <https://doi.org/10.35811/rea.v8i0.7>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill: México D.F
- Leiva, L., George, M., Squicciarini, Ana., Simonsonhn, A & Guzmán, J. (2015) Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Revista Universitas Psychologica*, 14(4), 1285-1298. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-4.ipism

- Lemos, S. (2003) La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Ley N° 20370. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, Chile. 12 de septiembre de 2009. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006043>
- Ley N° 20422. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, Chile. 10 de febrero de 2010. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20422>
- Ley N° 20.845. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, Chile. 29 de mayo de 2015. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078172>
- López, V., Carrasco, C., Morales, M. & Ayala, A. (2011). El encapsulamiento de los psicólogos escolares y profesionales de apoyo psicosocial en la escuela. *Revista Internacional Magisterio*, 53. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/302382111_El_encapsulamiento_de_los_psicologos_escolares_y_profesionales_de_apoyo_psicosocial_en_la_escuela
- López, V., González, P., Manghi, D., Ascorra, P. & Oyanedel J. (2018) Políticas de inclusión educativa en Chile: tres nudos críticos. *Revista archivos analíticos de políticas educativas*, 26(157). <http://dx.doi.org/10.14507/epaa.26.3088> E
- Manghi, D., Conejeros, M., Bustos, A., Aranda, I., Vega, V., Díaz, K. (2020). Comprender la educación inclusiva chilena: panorama de políticas e investigación educativa. *Cadernos de Pesquisa*, 50(175), 114-135, <https://doi.org/10.1590/198053146605>
- Martínez, P. (2006) Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
- Merino, A. & Díaz, M. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. McGraw-Hill: Madrid.
- Ministerio de Salud de Chile - MINSAL (2009) Resúmenes estadísticos mensuales 2009. Departamento de estadísticas y información en Salud (DEIS). Recuperado de <https://deis.minsal.cl/>
- Ministerio de Salud de Chile -MINSAL (2010) Encuesta nacional de salud 2009-2010. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile - MINSAL(2012) Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes (2012). Plan de acción 2012-2020, nivel primario de atención. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile -MINSAL(2013) Informe de la encuesta mundial de salud escolar Chile 2013. Recuperado de

- <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/518/Encuesta-de-salud-escolar-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud de Chile - MINSAL (2016) Encuesta nacional de salud 2016-2017. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Ministerio de Salud de Chile - MINSAL (2017) Plan nacional de salud mental 2017-2025. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Minoletti, A., Rojas, G. & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), (440-447, <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD (2011). Teenage suicide (15-19 years old). Recuperado de <http://www.oecd.org/social/family/48968307.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2017) Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_37-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (8 de Junio de 2020). Violencia contra los niños. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002>
- Ortiz, P., Duelo, M. & Escribano, E. (2011) La entrevista en salud mental infanto-juvenil. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13(52), 645-660.
- Ospina-Ospina, F., Hinestrosa-Upegui, M., Paredes, M., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Red de salud pública*, 13(6), 908-920.
- Parellada, P. (2006). La pedagogía sistémica: un nuevo paradigma educativo. (p.1-9). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de www.xtec.cat/~cparella/Articles/pedsistemicacarlesparellada.pdf
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en adolescentes. *Revista cubana de medicina militar*, 44(2), 218-229.
- Saad, E., Belfort, E., Camarena, E., Chaorro, R., Martínez, J. (2011) Salud mental infanto-juvenil: prioridad de la humanidad. Edificones científicas APAL. Programa presidencial APAL "Salud mental de la niñez, la adolescencia y la familia". Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infantojuvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>

- Satriano, C., Márques, V., Herrera, A., & Fanto, C. (2013). Tratamiento de las derivaciones de las problemáticas en educación primaria al ámbito de la salud. Actas de jornadas de investigación: "Las prácticas en el ámbito público. Psicología e Interdisciplina". Recuperado de <https://fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2016/02/INDICE-ACTAS-2013-final2.pdf#page=79> .
- Shonkoff, J., Garner, S. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *American Academy of Pediatrics*, 129(1), 232-246. doi:10.1542/peds.2011-2663
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization - UNESCO (2009) Inclusive education: the way of the future. Recuperado de www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/ICE_FINAL_REPORT_eng.pdf
- Universidad de Chile (2014). Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Universidad Gabriela Mistral (s.f). Centro de Atención Psicológica. Santiago: Chile. Recuperado de <https://ugm.cl/centro-de-atencion-psicologica#>
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Revista Acta bioethica*, 22(1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zúñiga, M., Escobar, B. & Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista Médica de Chile*, 138(8), 965-973. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800004>
- Vilacundo, S. (2020). Estrés infantil y estrategias de afrontamiento en niños víctimas de violencia escolar. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato]. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31558/1/Vilacundo%20Diaz%20%20Sandra.pdf>
- Zúñiga-Fajuri, A., Zúñiga, M. (2020). Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile. *Acta Bioethica*. 26(1), 73-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100073>