

## “Sistema Educativo y Salud Mental: Una Asociación Relevante en Promoción y Prevención para Adolescentes Escolarizados”

“Educational System and Mental Health: A Relevant Association in Promotion and Prevention for Schooled Adolescents”

**Investigadores Principales:** Ximena Macaya Sandoval y Benjamín Vicente Parada  
Universidad de Concepción, Concepción, Chile

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>1</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 11/11/2019

Aceptado: 11/03/2020

---

### Resumen

Las escuelas tienen una actuación significativa en la prevención y promoción en salud mental e intervención temprana para estudiantes considerados en riesgo. Esta investigación teórica tuvo como objetivo conocer la salud mental en el contexto escolar e identificar como el sistema educativo se vincula con la salud mental y cumple un rol relevante en la promoción y prevención en adolescentes escolarizados. Se realizó una revisión de tipo descriptiva de la literatura con el fin de extraer la información necesaria que atañe al objetivo de esta investigación. Los resultados indican que existe consenso que los programas de salud mental realizados en la escuela son convenientes pues favorecen el desarrollo de habilidades socioemocionales que constituyen factores protectores. Como conclusión, las instituciones educativas requieren ser visualizadas como una entidad que podría satisfacer las necesidades que se advierten de manera urgente en prevención y promoción en salud mental en adolescentes escolarizados.

**Palabras clave:** adolescentes, atención temprana, salud mental, sistema educativo.

### ABSTRACT

Schools have a significant role in prevention and promotion in mental health and early intervention for students considered at risk. The aim of this theoretical research was to know mental health in the school setting and identify how the educational system is linked to mental health and plays a relevant role in the promotion and prevention of schooled adolescents. A descriptive review of the literature was conducted in order to extract the necessary information concerning the aim of the study.

---

Correspondencia remitir a: Ximena Cecilia Macaya Sandoval [ximenacecimacay@udec.cl](mailto:ximenacecimacay@udec.cl)

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

The results show that there is a consensus that the mental health programs conducted at schools are convenient because they favor the development of social-emotional skills that constitute protective factors. In conclusion, educational institutions need to be visualized as an entity that could satisfy the needs that are urgently noticed in prevention and promotion in mental health in schooled adolescents.

**Keywords:** adolescent; mental health, educational system, early intervention.

Los niños (as), adolescentes y jóvenes representan más de un tercio de la población mundial. En 2010, el 35,4% de la población mundial tenía entre 0 y 19 años y el 44,3% tenía entre 0 y 24 años (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013) En los países menos desarrollados, estas poblaciones representan el 51,6% y el 60,8% de la población total, respectivamente (Ordóñez, & Collins, 2015).

Los problemas de salud mental de niños(as) y adolescentes son en gran parte descuidados en el ámbito más amplio de la salud pública mundial, y esta falta de atención tiene repercusiones para la salud, el bienestar y la longevidad de los jóvenes (Ordóñez, & Collins, 2015). En un meta análisis sobre la prevalencia mundial de trastornos mentales en niños(as) y adolescentes, Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, Rohde, (2015) identificaron estudios comunitarios de 27 países en todas las regiones del mundo. Este estudio indicó una estimación combinada de 13.4% de niños (as) y adolescentes afectados por cualquier trastorno mental. Asimismo señalan que es importante considerar que el número de jóvenes con síntomas subumbrales y deterioro funcional que deben ser observados o incluso tratados es considerable y no se ha incluido en estas estimaciones. Los trastornos del desarrollo, el trastorno de conducta, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la ansiedad y la depresión confieren carga de enfermedad para niños(as) menores de 10 años (Murray et al., 2012). Estos trastornos son incapacitantes en la juventud de todos los continentes con perfiles de salud muy diferentes y siguen siendo las principales causas de discapacidad en el mundo (Vos, et al., 2012). Al mismo tiempo, los períodos de infancia, niñez y adolescencia representan momentos oportunos para las intervenciones tendientes a reducir el riesgo de trastornos mentales y mejorar el funcionamiento social, emocional y cognitivo (Ordóñez, & Collins, 2015).

Aunque el 90% de los niños(as) del mundo viven en países en desarrollo, solo el 10% de los ensayos controlados aleatorios que evalúan las intervenciones de salud mental en niños(as) se produjeron en países de bajos ingresos (Kieling, et al., 2011). Incluso menos estudios abordan las intervenciones psicosociales y combinadas con fármacos para los problemas de salud mental de los niños (as) (Kieling, et al., 2011). Sin embargo, una función clave (y desafío) para los sistemas de salud en todas partes, es el uso de los resultados de la investigación y la implementación de intervenciones basadas en la investigación para la práctica rutinaria en salud mental infantil y adolescente (Hoagwood, & Olin, 2002).

Los jóvenes menores de 15 años representan 30% de la población de América Latina y el Caribe y más de 40% en algunos países como Guatemala y Belice (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2007), y los de edades comprendidas entre los 15 y 24 años, el 19% de la población (Haub, 2007). Sin embargo, el rezago de los datos epidemiológicos para conocer las necesidades de atención, la disponibilidad de servicios, los recursos humanos especializados y las políticas de salud mental para la población joven en América Latina y el Caribe, es considerable ( Benjet, Medina-Mora, Borges, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009) .

Estudios epidemiológicos en salud mental en jóvenes de América Latina y el Caribe, indican que por lo menos 53 millones de niños (as), adolescentes y jóvenes requieren atención de salud mental en los países de la región (Benjet, et al. 2009). La prevalencia aumenta cuando se incluyen adolescentes, con un predominio de cuadros de ansiedad y de conducta en niños (as), y de depresión, ansiedad y conducta desafiante, en adolescentes. Se ha mencionado ya la alta frecuencia del uso de alcohol y drogas y de conductas suicidas en poblaciones jóvenes del continente (Alarcón, 2009). Factores sociales determinantes de estos tipos de riesgo incluyen pobreza, fragmentaciones familiares, niños(as) "sin techo" que viven o "trabajan" en las calles, embarazo adolescente, matrimonios tempranos e historia de victimización por violencia doméstica, verbal, sexual o física (Alarcón, 2009).

En Chile, estudio realizado por Vicente et al. (2012) los resultados demuestran que más de un tercio de la población infanto juvenil presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses. La prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico más discapacidad psicosocial fue de 22,5% (De la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillán, 2012).

La presencia de patología se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y no vivir con ambos padres, y la comorbilidad es un hallazgo en más de 25% de los casos. La mayoría de los niños(as) y adolescentes con diagnóstico no reciben atención y hay una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno que sube al 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal (Vicente, et al.2012).

Considerando todo lo anterior la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida (Fernández, 2012).

El objetivo fundamental de esta revisión bibliográfica fue la búsqueda de artículos científicos cuyos resultados permitieran primero conocer la salud mental en el contexto escolar, y segundo identificar como el sistema educativo se conecta con la salud mental y cumple un rol relevante en la promoción y prevención en salud mental en adolescentes escolarizados.

Los objetivos específicos de esta revisión son relacionar salud mental y educación; reconocer clima escolar y salud mental; identificar el uso de servicios de salud mental en el contexto escolar; describir promoción y prevención en salud mental en el entorno escolar; y por ultimo indagar sobre la formación del profesorado en conocimientos en salud mental.

## **Metodología**

Se realizó una revisión de tipo descriptiva de la literatura con el fin de extraer la información necesaria que atañe al objetivo de esta revisión bibliográfica. El procedimiento de selección se realizó a través de las siguientes bases de datos; WOS (Web of Science), ERIC (Education Resources Information Center), se seleccionaron 69 artículos. Los criterios de selección de los estudios escogidos se encuentran determinados por los objetivos de este estudio y su calidad, a través de una lectura crítica.

## Estado del Conocimiento

Existe una correlación relevante entre la educación y la salud mental. La educación se concibe actualmente como el desarrollo integral del ser en formación (Bisquerra, 2011). La educación ha sido considerada vital por la función que ejerce en todas partes y en todos los tiempos en los que los hombres están conviviendo. La salud mental se puede contextualizar en lo general, como una realización de la persona, concepto que se extrae de la articulación que se hace entre persona y sociedad, mientras se asume que la realización humana supone la capacidad de amar, crear y realizarse en el propio contexto social (Macaya, Pihan y Vicente, 2018). En consecuencia se puede inferir una relación directa entre ambos constructos.

En el caso de la salud mental, el desarrollo de la personalidad no puede conceptuarse a partir solamente de un alto nivel de eficiencia en algunas esferas de la actividad, de las relaciones interpersonales, etc., sino también tomando en cuenta la posición que el individuo asume con respecto a la tendencia del proceso de la sociedad que matiza la totalidad de su actuación. (Patterson, 1998) En este contexto, la educación juega un papel fundamental en la formación de hábitos y costumbres tendientes a un estilo de vida sano, en la que los actores (profesores y personal de salud) tienen la corresponsabilidad de enseñar y formar en la salud integral. En este sentido la relación profesor –alumno, Maturana indica que el educar se constituye en el proceso en el cual el niño o el adulto conviven con otro, y al convivir con el otro se transforman espontáneamente de manera que su modo de vivir se hace progresivamente más congruente con el del otro en el espacio de convivencia. (Maturana, 2001).

Debido a la relación tan íntima (aunque no determinante) de salud mental y educación, se sabe que una buena educación que cumpla con los mínimos requisitos en el hogar (familia), en la escuela, contribuye a que el individuo se forme de manera integral, que pueda desarrollarse y autorrealizarse. Por el contrario, en las sociedades en las que la educación es deficiente, hay altos índices de violencia y pobreza; esto es el reflejo no solo de una gran problemática social, económica y hasta política, que se manifiesta en deficiente salud mental. (Irrázava, Prieto y Armijo 2016).

Sin embargo, cuando la educación es prioridad, sin importar las condiciones físicas o mentales; es orientada, guiada, formada e instruida de manera multidisciplinaria por la familia y profesores; con ella se forma una persona con más posibilidades de adquirir las herramientas necesarias para desenvolverse en la sociedad. En consecuencia, cuando se reconoce que el individuo es un ser integral, biosicosocial y que las enfermedades mentales se pueden prevenir, tratar y rehabilitar al igual que cualquier otra enfermedad, las acciones que se pueden llevar a cabo para alcanzar la salud mental no se reducen al campo médico, sino, que se amplían a todos los ámbitos del ser humano y uno de los más significativos es la educación como prevención primaria (Macaya et al. 2018).

El clima escolar se refiere a la interacción social entre estudiantes y profesores y puede definirse como las creencias, valores y actitudes colectivas que prevalecen en el colegio (Koth, Bradshaw, & Leaf, 2008). Apunta a un fenómeno contextual que opera tanto en el nivel del aula como en el nivel escolar; sin embargo, las creencias colectivas que surgen de las interacciones grupales se procesan e interpretan a nivel individual (Klassen, 2008). Desde la perspectiva de los estudiantes individuales, los contextos escolares y del aula constituyen el marco en el que se forma su percepción del clima escolar. Por lo tanto, el clima escolar se refiere a las percepciones de creencias compartidas (Modin, & Östberg, 2009).

El entorno escolar no es solo un lugar de aprendizaje, también es una fuente importante de amigos, redes sociales y modelos adultos. Como tal, las escuelas proporcionan un contexto de socialización que tiene una influencia significativa en el desarrollo de los jóvenes (Barry, & Jenkins 2007).

La UNICEF (2005) plantea que la posibilidad de que la escuela sea significada por el alumno como una experiencia emocionalmente positiva va a depender en gran medida del ambiente que logren crear los alumnos y los profesores en el contexto educacional. Por lo que se reconoce la importancia crítica del clima escolar para todos los aspectos del desarrollo y un medio para promover el aprendizaje y la salud de los niños (as) y los adolescentes (Markham, & Aveyard, 2003). Entre los aspectos a desarrollar se encuentran el logro académico, el desarrollo socioemocional y de carácter, y el bienestar psicosocial (Thapa, Cohen, Guffey, & Higgins-D'Alessandro, 2013).

Por otro lado, el clima escolar puede también afectar el bienestar psicológico a lo largo del tiempo, y estar inversamente relacionado con problemas de comportamiento externalizantes, quejas de salud, desarrollo de conductas de riesgo y ausentismo (Townsend, et al. 2017).

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes que pueden amenazar el bienestar psicológico y el rendimiento académico de los adolescentes (Kessler, Walters & Forthofer, 1998). Hasta donde se conoce, son pocos los estudios que han abordado el papel del clima escolar en relación con el conocimiento de la depresión entre estudiantes y profesores, y el grado en que tienen actitudes estigmatizadoras hacia las personas con problemas de salud mental (Townsend, et al. 2017).

Considerando lo anterior, si los aspectos del entorno escolar desalientan el reconocimiento y la divulgación de los síntomas depresivos, los estudiantes pueden estar en riesgo de tener problemas de rendimiento académico y resultados de salud negativos asociados con la depresión no tratada (Schomerus, & Angermeyer, 2008). De igual modo, el clima escolar influye en las interacciones de los estudiantes entre sí (Bishop, 2004) así como en las relaciones de los profesores con los estudiantes en el contexto de la educación para la salud con respecto a la depresión y el suicidio (McNeely, & Farci, 2004).

A su vez, el temor a la estigmatización es una barrera para la búsqueda de tratamiento (Corrigan, 2004) y los jóvenes y adultos utilizan el secreto como estrategia protectora contra el rechazo social (Kranke, Floersch, Townsend, & Munson, 2010). Evitar la divulgación de los propios síntomas es particularmente preocupante dado que la depresión es una de las afecciones de salud mental más comunes entre los adolescentes (Kessler, et al. 2012) y se asocia con un mayor riesgo de suicidio entre los jóvenes (OPS, 2014).

La literatura existente sugiere que el clima escolar podría tener un rol significativo en la capacidad del personal escolar y los estudiantes para reconocer la depresión y puede afectar la valoración de actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (Townsend, et al. 2017).

El estudio realizado por Townsend et al. (2017) indica que el clima escolar se asocia significativamente con la salud y el bienestar de los jóvenes y agrega evidencia de que el clima escolar está relacionado con el conocimiento de los jóvenes sobre la depresión y las creencias estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental. El estudio de Yap & Jorm (2011) señalan que los compañeros con frecuencia se confían el uno al otro por lo que, son fuentes importantes de apoyo y pueden facilitar el vínculo con el tratamiento de los adolescentes luchando con los síntomas de la depresión (Yap, & Jorm, 2011).

Con respecto al uso de servicios de salud mental en el contexto escolar, hay que contextualizar para luego indagar sobre estos servicios. Señalar que investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, niñas y adolescentes (OMS, 2001). De igual modo, un informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes resalta la falta de servicios de salud mental apropiados para esta parte de la población, aun cuando la mayoría de los países son firmantes de la Convención sobre los Derechos del Niño (OPS, 2009). Por ejemplo, en Chile las razones que explican las limitaciones en la accesibilidad a la atención en salud mental para la población infantojuvenil, la OMS y el Ministerio de Salud Chileno (MINSAL) (2006) señalan deficiencias en el área de los servicios y programas de salud mental infantil, tales como la existencia de centros ambulatorios de salud mental. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos y no siempre bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como es el caso del educativo (Vial, 2014).

Por consiguiente, la eficiencia manifestada por varias de las intervenciones terapéuticas existentes para los niños (as) y adolescentes que cumplen con criterios clínicos y subclínicos (umbrales y subumbrales respectivamente) de trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia y la evidencia que avala la importancia de medidas de prevención y promoción de ambientes saludables, hace que muchos niños, niñas y adolescentes no reciban los servicios necesarios (Vicente et al.2012).



Considerando lo anterior, las escuelas tienen un rol en cada etapa, que incluye la prevención y promoción de bienestar para toda la población estudiantil, identificación e intervención temprana para aquellos considerados en riesgo, e intervenciones más intensivas para estudiantes con problemas más serios (Rossen, & Cowan, 2014), ya que abordar la salud mental del estudiante, no es un tema extracurricular, es un requisito previo para el aprendizaje y el logro. Por lo que deben fortalecerse los sistemas que fomentan las asociaciones entre los recursos comunitarios existentes y las escuelas (Bains, & Diallo, 2016), para que niños (as) y adolescentes escolarizados puedan recibir atención oportuna dentro y fuera de la institución educativa. Considerando que los efectos de las dificultades de salud mental son problemáticos para los estudiantes, porque tienen un impacto negativo en el rendimiento académico, el comportamiento, la asistencia y la violencia escolar (Whelley, Cash, & Bryson, 2002).

Sin embargo, preocupa la falta de coordinación entre los sectores de Educación y Salud en el área de salud mental, toda vez que los datos arrojan que uno de los lugares donde se detectan mayoritariamente los problemas de salud mental son los colegios (Vial, 2014). Los servicios en salud mental son escasos dentro del contexto escolar lo que no permite una integración intersectorial real, para superar la brecha de falta de asistencia en salud mental en la población infanto – juvenil (Vial, 2014). Considerando que muchos estudios identifican a la escuela como un lugar apropiado e importante para intervenir en asuntos de salud (Graham, Phelps, Maddison y Fitzgerald, 2011).

Según estudio realizado por Vicente et al. (2012) la mayoría de los niños o adolescentes con un trastorno mental diagnosticado no recibe atención de ningún tipo y en su mayoría recurre a servicios que se encuentran en el contexto escolar. Por lo que, las escuelas se enfrentan a desafíos sobre cómo proporcionar apoyo efectivo de salud mental para los estudiantes, que presentan algún tipo de trastorno (Capp, 2015).

En cuanto a los servicios educacionales en salud mental existen distintas experiencias. En Estados Unidos se han generado centros de salud basados en la escuela, School-based health centers (en adelante SBHC) los que proporcionan atención integral de salud dentro de las escuelas.

En muchas comunidades, las escuelas son el mayor proveedor de facto de servicios de salud mental y pueden promover asociaciones con otros proveedores de atención de la salud de la comunidad para superar las barreras de la atención de salud mental. La mayoría de las SBHC se encuentran en áreas urbanas y proporcionan atención integral de salud a niños (as) y adolescentes. Más del 70% de las SBHC proporcionan servicios de salud mental y todos están obligados a ofrecer atención médica primaria (Bains, et al. 2016).

Belfer & Rohde, (2005) describen los servicios de salud mental para jóvenes en América Latina como servicios con un enfoque primordialmente psicoanalítico (aunque esta situación está cambiando), con demasiado énfasis en los trastornos graves, pero poco comunes, así como con poco acceso a intervenciones basadas en evidencia empírica. No hay suficientes recursos humanos y servicios de salud mental dirigidos a niños (as) y adolescentes, y los que existen, están centralizados en las grandes ciudades (Benjet, 2009). Sería necesario, implementar servicios de salud mental basados en la escuela, (SBHC) tal como se da en algunas regiones de Estados Unidos, Canadá y en algunos países de Europa que incluyen no solo intervenciones terapéuticas para estudiantes con problemas de salud mental y del comportamiento identificados (por ejemplo, terapia individual, capacitación en habilidades sociales), sino que además estrategias universales de prevención e intervención temprana (por ejemplo, detección universal, apoyos conductuales positivos), lo que sugiere que las escuelas ofrecen un punto de acceso importante para facilitar una conexión con servicios críticos (Tegethoff , Stalujanis , Belardi, & Meinschmidt, 2014).

Aun cuando existen logros durante los últimos años, todavía hay muchos problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable de niños, niñas y jóvenes en América Latina y el Caribe. El perfil de las condiciones de salud de la población infantil y juvenil se entrelaza en el contexto específico de grandes inequidades sociales, económicas, geográficas, étnicas, de género y en el acceso a servicios básicos como salud y educación que todavía prevalecen y caracterizan la Región (Ippolito, 2003). Se requiere buscar medidas de atención que puedan llegar a más niños (as) y adolescentes con problemas de salud mental, es así, que resulta necesario una coordinación entre el sistema escolar y el sanitario para la evaluación y tratamiento, y la realización de un seguimiento multidisciplinar (Navarro-Pardo, Melendez, Sales, & Sancerni 2012) especialmente, en la población infanto –juvenil, donde hay falencias de servicios específicos para su atención (Vial, 2014).

Las políticas y planes no deberían restringirse tan solo al sector salud, pues la salud mental infantil requiere la integración de los sectores educativo, social y judicial, además del trabajo con las familias (Benjet, 2009). No obstante, las principales barreras para el desarrollo de la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, de acuerdo con información de encuesta regional realizada por la OPS, son: dificultad para trabajar en forma coordinada con otros sectores, infraestructura inadecuada o insuficiente y dificultad para insertar la promoción de la salud en los programas escolares (Ippolito, 2003).

Debido a la conveniencia de realizar acciones en un entorno donde los jóvenes pasan gran parte de su tiempo, las escuelas se han convertido en uno de los escenarios más importantes para las intervenciones en niños (as) y adolescentes (Martínez, 2007) y desde donde se debiera complementar con servicios adecuados en salud mental. Sin embargo, la escuela aun cuando tiene diversas ventajas, también presenta presiones a la hora de abordar promocional, preventiva y focalizadamente problemáticas psicosociales que afectan a los estudiantes y sus familias (Lara, Piña, De los Hoyos, Squicciarini, & Guzmán, 2012).

Considerando lo anterior, los profesores están en la primera línea de la salud mental (Weist, Lever, Bradshaw, & Owens, 2013), por lo que sus roles están cambiando para responder a las necesidades presentadas por la comunidad educativa, estas necesidades incluyen el apoyo a la salud mental de los estudiantes (Arens y Morin, 2016).

La investigación indica la eficacia de los programas para cambiar el conocimiento, las creencias y las actitudes de los docentes sobre la salud mental (Jorm et al., 2010; Kutcher y Wei, 2014).

El desarrollo de capacitación en alfabetización en salud mental es una respuesta a esta necesidad, es una combinación de contenido, pedagogía y oportunidad que permite proporcionar a los docentes la mejor base posible para que los profesores puedan reflexionar y ser conscientes de la salud mental (Atkins, & Rodger, 2016).

Desarrollar la alfabetización en salud mental en los docentes incluye (a) conocimiento sobre las enfermedades mentales que estos encontrarán comúnmente en el aula; (b) la experiencia contextual de los estudiantes que pueden estar en riesgo de desarrollar una enfermedad mental o actualmente experimentar angustia mental; (c) estrategias y herramientas que están basadas en evidencia y responden a las necesidades de salud mental de los estudiantes; (d) una comprensión de cómo desarrollar y mantener la propia salud mental y cómo pedir ayuda la necesiten; y (e) una oportunidad para que los docentes se involucren en la autorreflexión para comprender su propio contexto, incluidas las actitudes, creencias, emociones, experiencias previas y suposiciones que traen consigo (Atkins, & Rodger, 2016). Esta experiencia puede llevar a la acción, por ejemplo puede hacer que los profesores se involucren con estrategias que disminuyan el estigma en el aula. (Corrigan, Roe y Tsang, 2011).

Por otro lado, al describir la promoción y prevención en salud mental en el contexto escolar, señalar que los programas de salud escolar han evolucionado cada vez más desde solo la salud física, para incluir intervenciones de salud mental. Se distinguen tres fases distintas y superpuestas en el desarrollo de programas de salud escolar. La Fase 1 identifica la función importante de las escuelas en proporcionar inmunizaciones y exámenes de salud para problemas de salud seleccionados (por ejemplo, visión, audición, escoliosis), proporcionar elementos esenciales de salud (por ejemplo, programas de alimentos, servicios de agua potable y saneamiento) y prevención de enfermedades transmisibles y lesiones (New Freedom Commission on Mental Health, 2003). La Fase 2 ha evolucionado principalmente en los últimos 20 años, ya que se agregaron la salud y el bienestar social y emocional. Específicamente, se ha agregado la promoción de entornos escolares seguros y emocionalmente sanos, educación sobre habilidades para la vida, prevención del abuso de sustancias y violencia / agresión y detección de dificultades de aprendizaje (New Freedom Commission on Mental Health, 2003). Más recientemente, la salud mental y las enfermedades mentales son áreas de interés en las escuelas, incluida la importancia de promover la salud mental positiva a través de la educación y la identificación / prevención temprana de los trastornos mentales (Department for Education and Skills UK, 2001). Esta fase 3 del marco de salud escolar se ha convertido en un área importante de innovación e investigación (Wei, & Kutcher, 2012).

El nexa entre las escuelas y las estrategias llevadas a cabo para mejorar el bienestar de los estudiantes se transforman en iniciativas dirigidas a la promoción y prevención de la salud mental (Suldo, Gormley, DuPaul, & Anderson-Butcher, 2014). Actualmente existe consenso, a nivel internacional, que los programas promocionales y preventivos de salud mental en la escuela son convenientes para el bienestar de los estudiantes, pues favorecen el desarrollo de habilidades y competencias socioemocionales y de resolución de problemas, los que se configuran en factores protectores de la salud mental (Dowdy, Ritchey, & Kamphaus, 2010). Por otra parte el desarrollar estrategias preventivas de salud mental en las escuelas genera un aumento de habilidades sociales y emocionales, descenso del comportamiento disruptivo y mejora en el rendimiento académico de los estudiantes (Suldo et al., 2014). La implementación de programas escolares no está exenta de desafíos, ya que los programas compiten por el tiempo y el espacio en un currículum escolar cada vez más concurrido.

Hay una serie de enfoques o estrategias para promover la salud mental en el entorno escolar (Barry, & Jenkins, 2007). Estos se pueden dividir en tres grupos:

1. Capacitación en habilidades para el aula: la enseñanza de habilidades para la vida y sociales, competencias que promueven el ajuste mediante la entrega de un plan de estudios en el aula
2. Un enfoque escolar completo - relacionado con la modificación del aula y cambiar el ambiente y el ethos de la escuela, incluyendo involucrar a los padres y la comunidad, a fin de mejorar los resultados y proporcionar contexto de apoyo dentro de la escuela.
3. Intervenciones dirigidas: intervenciones para estudiantes con mayor riesgo dirigido a fortalecer sus habilidades de afrontamiento y reducir el riesgo de trastornos mentales negativos resultados de salud, incluido el suicidio.

Conviene subrayar que la distinción entre la prevención y promoción de la salud radica en los resultados proyectados. La promoción de la salud mental intenta promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y crea condiciones y entornos favorables a la vida (OMS, 2004).

La prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo la reducción de los síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales. La prevención utiliza estrategias de promoción de salud mental como uno de los medios para lograr esas metas. Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales (OMS, 2004).

El desarrollo de políticas públicas en torno a la Salud Mental infantil (SMI) debe considerar el complejo entramado de determinantes (biológicos, sociales y psicológicos) que afectan los niños, niñas y sus comunidades, y por ello se asume que el desarrollo de programas efectivos requiere intervenir en los múltiples aspectos que son susceptibles de ser modificados (Moraga, Moreno & Bachelet, 2007). Recientemente ha adquirido gran relevancia el modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS) dando paso al diseño de políticas que ponen en el centro a la acción intersectorial coordinada para la modificación de los múltiples determinantes que afectan la salud mental de las personas y que corresponden a áreas específicas tales como justicia, educación y el propio sector salud (Moraga, et al., 2007). En el área de la SMI es donde el modelo de los DSS adquiere mayor sentido. Una concepción actual de la SMI enfatiza la idea del desarrollo como un proceso de transformaciones continuas, que está en estrecha interacción con el contexto en que éste se da; es decir, la familia y la comunidad. Por lo tanto la comprensión de la SMI debe contener una visión individual, de sistemas y adaptación en contexto (Moraga, et al., 2007).

A cerca de los trastornos depresivos en la adolescencia (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico), conllevan un importante impacto emocional, interpersonal, académico y económico. Aunque hay tratamientos efectivos disponibles, las intervenciones tempranas pueden proporcionar beneficios significativos. Las estrategias de prevención continúan siendo estudiadas con la esperanza de prevenir o retrasar el momento del inicio del primer episodio depresivo (Kutcher, & Wei, 2012). El tratamiento como prevención es un concepto que debería ser más útil que considerar la prevención y el tratamiento como entidades separadas (Kutcher, & Wei, 2012). De igual manera, los trastornos de ansiedad se asocian con grados sustanciales de morbilidad académica, social e interpersonal.

Aunque hay una abundante literatura sobre intervenciones diseñadas para disminuir los síntomas de ansiedad en los niños, no hay estudios recientes que aborden los trastornos de ansiedad en las escuelas secundarias. Esto es importante, ya que muchos de estos trastornos (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo) comienzan durante la adolescencia (Kutcher, & Wei, 2012). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno común del neurodesarrollo que se puede diagnosticar en la primera infancia y, a menudo, continúa en la adolescencia. Aunque hay una abundante literatura sobre intervenciones en TDAH en niños desarrolladas en la escuela, poco existe con respecto a los adolescentes.

Con respecto a la formación del profesorado en conocimientos de salud mental, un creciente cuerpo de investigación está apuntando a los vínculos entre las características de la escuela y las influencias del docente sobre los resultados sociales y emocionales de los alumnos (Lynn, McKay, & Atkins, 2003).

Dado que los docentes se enfrentan con frecuencia a problemas emergentes de salud pública, incluidos intimidación, violencia, con frecuencia recae en las escuelas y profesores proporcionar enlaces iniciales a los servicios de salud mental (Williams, Horvath, Wei, Van Dorn & Jonson-Reid, 2007). En consecuencia, se espera cada vez más que los docentes trabajen con estudiantes, familias, personal escolar y profesionales de la salud para desarrollar, implementar y monitorear intervenciones y brinden apoyo continuo al estudiante y la familia (Kay-Lambkin, Kemp, Stafford, & Hazell, 2007). Tal confianza en los profesores para la identificación temprana y la intervención es especialmente evidente en las escuelas sin acceso regular a otros profesionales que se puedan consultar. Dado que muchos estudiantes que experimentan dificultades socio-emocionales no tendrían acceso a los servicios que pueden ayudar a abordar estos problemas, las responsabilidades para los profesores comienzan a intensificarse (Koller, & Bertel, 2006).

Con respecto a los cursos de formación docente, estos son necesarios para proporcionar experiencia curricular en áreas como Desarrollo Personal y Salud, sin embargo, hay una falta general de información sistemática, basada en la investigación, sobre si estos contenidos preparan eficazmente a los docentes y cómo lo hacen (Koller, & Bertel, 2006).

El contrasentido parece ser que, mientras que los programas previos a la práctica docente están destinados a preparar a los docentes para trabajar con una diversidad de niños (as) y jóvenes en una variedad de contextos, un programa curricular cada vez más estrecho en la formación docente, limita el alcance de lo que se puede lograr (Graham et al. 2011). Los docentes a menudo comienzan sus carreras y se sienten poco provisionados para las complejas realidades de las aulas actuales (Skilbeck, & Connell, 2004).

En estudio realizado en Australia, Graham et al. (2011), señalan que parece haber una disyunción creciente entre el tipo de enfoques basados en las fortalezas para el bienestar social y emocional de los niños (as) y una cultura generalizada en muchas escuelas que se resiste a los programas e intervenciones emergentes en la infancia, y de los vínculos intrincados entre la salud mental, la vida social cotidiana y las prácticas pedagógicas que tienen lugar en las escuelas.

En consonancia con las nociones de autoeficacia (Bandura, & Schunk, 1981), las creencias de los docentes sobre la salud mental de los estudiantes, junto con las percepciones de su propia capacidad para reconocer y tratar cuestiones relacionadas con la salud mental, influirán potencialmente en sus respuestas y, por lo tanto, en el nivel de éxito de los programas de educación de salud mental (Graham et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró el camino en la década de 1990 al establecer modelos para la promoción de la salud mental en las escuelas. En particular, la OMS promovió un amplio reconocimiento de que las escuelas son probablemente el mejor lugar para desarrollar un programa integral de salud mental para niños (as) y jóvenes. Sin embargo, como señalan Roeser & Midgley (1997) hay poca investigación empírica sobre si los profesores ven la salud mental como parte de su papel como educadores y si los docentes se sienten agobiados por tener que responder a esta agenda. Las respuestas de los docentes a los problemas de salud mental también se ven influidas por su eficacia percibida al abordar tales cuestiones (Williams et al. 2007), y un punto clave a considerar es un cuerpo emergente de investigación que sugiere que estas y otras expectativas sobre los docentes pueden llevar a estrés que se manifiesta en la insatisfacción laboral y el desgaste (Nelson, Maculan, Roberts, & Ohlund, 2001).



Hasta la fecha ha habido poca evidencia empírica que documente los puntos de vista de los docentes en relación con la salud mental de sus estudiantes o sus niveles de confianza para proporcionar el apoyo adecuado (Graham et al., 2011).

Respecto sobre cómo enfrentar el tema de Salud Mental de los profesores, Nadur (2011) indica que “no está en los programas de las escuelas; no se enseña en la universidad ni en los profesorados; es algo etéreo, no existe”. Esta ausencia de cursos o programas es preocupante considerando lo necesario de la inclusión de este tema en los planes de las carreras de pedagogía; sin embargo, sigue siendo un área poco explorada e integrada en los programas de formación inicial docente (Ossa, et al. 2015). Según Jadue (2002) los profesores pueden sentir frustración y ansiedad cuando tienen dentro del aula a un estudiante con problemas de conducta, de aprendizaje o con déficit atencional porque, además de la situación que ya es compleja, sentirían la presión de los directivos y de sus pares. De igual manera señala, que sería posible encontrar un aumento en la tensión y la ansiedad en los profesores porque este estudiante estará coartando sus labores de enseñanza habituales y eso le genera una sobrecarga en su trabajo (Jadue, 2002).

Los resultados de la investigación realizada en Chile por Ossa, et al. (2015) establecen que existiría una valoración contradictoria de la salud mental en los docentes de pedagogía, tanto a nivel de académicos como a nivel de directores. Por un lado se reconoce y valora positivamente como factor relevante en el desempeño laboral del docente y en el rendimiento académico de los estudiantes. Sin embargo, no se advierte que exista mayor preocupación por promoverla ni por profundizar su conocimiento, ni de parte de las instituciones ni de ellos mismos como académicos. De igual modo, en estudio realizado por Nadur (2011) en Docentes de la ciudad de Buenos aires señala que existiría un bajo conocimiento y dominio conceptual y procedimental de las características y manifestaciones de la salud mental, tanto a nivel de académicos como a nivel de directores, ya que a ellos no se les ha formado en esta materia, quedando como un tema prescindible a la formación docente. Esto podría explicar, en parte, la subvaloración que se observa como competencia en la formación de los estudiantes de pedagogía, situación que no permitiría desarrollarla de manera explícita (Vidal, 2011). No existe mayor preocupación por desarrollar cursos obligatorios o electivos que puedan contribuir a la formación de conductas que permitan una buena salud mental en los estudiantes (Ossa, et al. 2015).

## Conclusiones

La salud mental y educación se vinculan desde los objetivos que persiguen en un mismo escenario, así pues, la finalidad de la educación es el desarrollo integral del estudiante y la salud mental se puede contextualizar como una realización de la persona. Considerando que en el ambiente escolar se distinguen dos grandes aspectos que hacen referencia al desarrollo cognitivo y al desarrollo emocional, es el primero el que ha sido reforzado y potenciado desde todos los ámbitos educacionales, sin embargo el segundo ha quedado prácticamente relegado en los programas desde la práctica pedagógica.

En los estudios analizados se reconoce la relevancia del clima escolar como un espacio válido para promover la salud mental en las instituciones educativas. Asimismo, los resultados de esta revisión indican que existe consenso que los programas de promoción y prevención en salud mental realizados en la escuela son convenientes pues favorecen el desarrollo de habilidades socioemocionales que constituyen factores protectores. Sin embargo, las instituciones educativas, necesitan tener una clara conciencia de la magnitud y naturaleza de los problemas de salud mental en niños y adolescentes y, de su responsabilidad ser parte de la respuesta, porque estos problemas no desaparecen. Por otro lado, estudios señalan la importancia de desarrollar contenidos de salud mental en la formación de profesionales del área de la educación que los capacite y les entregue herramientas en promoción y prevención que serían un aporte a sus estudiantes y a su propio desarrollo socioemocional. Finalmente; esta revisión bibliográfica evidencia la creciente necesidad de reevaluar los servicios de salud mental que se están brindando a niños (as) y adolescentes escolarizados en el ambiente escolar latinoamericano.

Para concluir, retomar el objetivo general de esta revisión, señalando que las instituciones educativas requieren ser visualizadas como una entidad que podría satisfacer las necesidades que se advierten de manera urgente en atención, prevención y promoción de problemas mentales en la población adolescente escolarizada, para ello debe existir una vinculación real con los servicios de salud y generar instancias de acercar estos servicios a la escuela. Considerando que, la escuela ya está de algún modo aportando con la atención en salud mental de niños (as) y adolescentes que asisten a sus aulas.

## REFERENCIAS

- Alarcón R. (2009) Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras. *Salus*, 13, 25-38.
- Arens, A. K. & Morin, A. J. S. (2016). Relations between teachers' emotional exhaustion and students' educational outcomes. *Journal of Educational Psychology*, 108(6), 800–813.
- Atkins, M. & Rodger, S. (2016) Pre-service Teacher Education for Mental Health and Inclusion in Schools. *Exceptionality Education International*, 26, 93-118.
- Bains RM. & Diallo AF, (2016) Mental Health Services in School-Based Health Centers: Systematic Review. *The Journal of school nursing*; 32 (1), 8-19.
- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586-598.
- Barry M. & Jenkins R., (2007) Mental Health Promotion in Schools. In *Implementing Mental Health Promotion. 1st Edition Imprint: Churchill Livingstone*, (pp. 171 -175) Elsevier
- Belfer ML & Rohde LA. (2005) Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana Salud Pública*; 18, 359–365.
- Benjet C., Medina-Mora ME., Borges G., Zambrano J. & Aguilar-Gaxiola S. (2009) Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*; 50 (4), 386–395.
- Benjet, C., (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). (pp 234- 242). *Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.
- Bishop JH., Bishop M, Gelbwasser L., Green S., Peterson E., Rubinsztaj A. & Zuckerman A. (2004) Why we harass nerds and freaks: a formal theory of student culture and norms. *The Journal of school health*; 74(7) 235-251.
- Bisquerra, R (6ta ed.) (2011) *Educación Emocional y Bienestar* Madrid, Editorial Wolter Kluwer
- Capp G. (2015) Our Community, Our Schools: A Case Study of Program Design for School-Based Mental Health Services. *Children & Schools*; 37(4), 241–248.

- Corrigan P., (2004) How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist*; 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., Roe, D. & Tsang, H. W. (2011). Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- De la Barra F., Vicente B., Saldivia S. & Melipillán R., (2012) Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 23(5), 521-529
- Department for Education and Skills UK (2001). Promoting children's mental health within early years and school settings. Recuperado de:  
<http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/promoting-childrens-mental-health-with-early-years-and-school-settings.pdf>
- Dowdy E, Ritchey K. & Kamphaus R. (2010) School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health*; 2, (4)166-176.
- Fernández B. (2012) Salud mental: Un concepto polisémico. RUE [Internet]. Recuperado de <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/65>
- Graham A, Phelps R, Maddison C. & Fitzgerald R. (2011) Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching*, 17, (4), 479–496.
- Haub, C. (2007) World Population Data Sheet. *Population Reference Bureau*. Washington, DC
- Hoagwood K. & Olin SS., (2002) The NIMH blueprint for change report: research priorities in child and adolescent mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 4, (7), 760 - 7
- Ippolito, J. (2003) Escuelas Promotoras de la Salud Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Biblioteca Sede OPS, *Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D.C.
- Irrázaval M, Prieto F. y Armijo J. (2016) Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioeth* 22(1), 37 -50
- Jadue G. (2002) Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios Pedagógicos*, 28,193- 204.
- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., Scales, H. & Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: A cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 10(51), 1-12.

- Kay-Lambkin F, Kemp E, Stafford K. & Hazell T., (2007) Mental health promotion and early intervention in early childhood and primary schools settings: A review. *Journal of Student Wellbeing*; 1, (1), 31-56.
- Kessler RC, Walters EE. & Forthofer MS. (1998) The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *The American journal of psychiatry*; 155, (8), 1092-1096.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR. (2012) Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*; 69, (4), 372-380
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. (2011) Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*; 378, 1515-25.
- Klassen RM, Chong WH, Huan VS, Wong I, Kates A. & Hannok W. (2008) Motivation beliefs of secondary school teachers in Canada and Singapore: A mixed methods study. *Teaching and Teacher Education*; 24(7), 1919-1934
- Koller J. & Bertel J., (2006) Responding to today's mental health needs of children, families and schools: Revisiting the preservice training and preparation for school-based personnel. *Education & Treatment of Children*; 29(2), 168–197.
- Koth CW, Bradshaw CP. & Leaf, PJ. (2008) A multilevel study of predictors of student perceptions of school climate: The effect of classroom-level factors. *Journal of Educational Psychology*; 100(1), 96 -104.
- Kranke D, Floersch J, Townsend L. & Munson M. (2010) Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*; 32(4), 496-505.
- Kutcher S. & Wei, Y., (2012) Mental health and the school environment: secondary schools, promotion and pathways to care. *Current opinion in psychiatry*; 25(4), 311-6.
- Kutcher, S. & Wei, Y. (2014). School mental health literacy: A national curriculum guide shows promising results. Education Canada- Recuperado de <http://www.cea-ace.ca/educationcanada/> article/school-mental-health-literacy.

- Lara M, Piña J, De los Hoyos M, Squicciarini A. & Guzmán M, (2012) Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología*; 21, (2), 55-81.
- Lynn C., McKay M. & Atkins M. (2003) School social work: Meeting the mental health needs of students through collaboration with teachers. *Children & Schools*, 25(4), 197-209.
- Macaya, X. Pihan, R. Vicente, B., (2018) Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Revista Humanidades Médicas* 2018; 18(2):215-232
- Markham W. & Aveyard P. (2003) A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organization, and pedagogic practice. *Social science & medicine*; 56(6), 1209-1220.
- McNeely C. & Farci C. (2004) School connectedness and the transition into and out of health risk behavior among adolescents: a comparison of social belonging and teacher support. *The Journal of school health*; 74, (7), 284-292.
- Martínez, C., (2007) Hacia la reforma de los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia. En La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. (Rodríguez, Jorge J. – ed.) *Organización Panamericana de la Salud*, (pp.180 -192) Washington, D.C.
- Maturana H., (2001) Emociones y lenguaje en educación y política. Chile: Dolmen Ensayo; p. 17-18.
- Modin B. & Östberg V. (2009) School climate and psychosomatic health: a multilevel analysis. *Journal School Effectiveness and School Improvement*; 20(4), 433- 455,
- Moraga, C., Moreno, G. & Bachelet, V. (2007) Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura. Informe Final. Recuperado de: [http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2015/11/Informe\\_Final\\_PROMOCION\\_Salud\\_Mental\\_Maestro\\_2007.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2015/11/Informe_Final_PROMOCION_Salud_Mental_Maestro_2007.pdf)
- Murray C, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C,..... Memish ZA. (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 380, 2197- 223.

Nadur, S. (2011). Trabajadores del sector de la educación. *Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires*. 3a Parte, (pp. 311-355). Recuperado de

[http://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/masse/Bibliografia%202013/Serie%20I%20-%20TOMO%201/311-356%20\(Cap%205\)%20-%20Serie%20I%20-%20TOMO%201.pdf](http://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/masse/Bibliografia%202013/Serie%20I%20-%20TOMO%201/311-356%20(Cap%205)%20-%20Serie%20I%20-%20TOMO%201.pdf)

Navarro-Pardo E, Melendez J, Sales A, & Sancerni M, (2012) Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*; 24(3), 377-383.

Nelson J., Maculan A., Roberts M., & Ohlund B. (2001) Sources of occupational stress for teachers of students with emotional and behavioural disorders. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*; 9 (2), 123-130.

New Freedom Commission on Mental Health (2003). Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. 2003; No. DHHS Pub. SMA-03-3832.

Recuperado de: <https://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/downloads/FinalReport.pdf>

Ordóñez A., & Collins, P. (2015) Advancing Research to Action in Global Child Mental Health. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*; 24(4), 679 - 697.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra;

Recuperado de <https://www.who.int/whr/2001/es/>

OMS (2004), Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud, Dept. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Recuperado de:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

OMS & Ministerio de Salud, Chile (MINSAL) (2006), *Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Recuperado de:

[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/chile\\_who\\_aims\\_report.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49° Consejo Directivo, 61a sesión del Comité Regional Washington, D.C.,

Recuperado de:

[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=134-informe-salud-mental-oms-2001&category\\_slug=publicaciones-salud-mental&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=134-informe-salud-mental-oms-2001&category_slug=publicaciones-salud-mental&Itemid=307)

Organización Panamericana de la Salud (2014) Prevención del suicidio un imperativo global. Washington, DC: OPS. Recuperado de:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD49-PFR-s.pdf>

Ossa C., Quintana I., & Rodríguez F. (2015) Valoración de salud mental en formación de profesores en dos universidades chilenas. *Propósitos y Representaciones*; 3(1), 125-176.

Patterson CH. (1998) Bases para una teoría de la enseñanza y psicología de la educación. México: Ed. El Manual Moderno; 194-245.

Polanczyk GV., Salum GA., Sugaya LS., Caye A., Rohde LA. (2015) Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*; 56(3), 345-65.

Roeser R. & Midgley C., (1997) Teachers' views of issues involving students' mental health. *The Elementary School Journal*; 98(2), 115-133.

Rossen E, & Cowan K, (2014) Improving mental health in schools. *Phi Delta Kappan*; 96(4), 8-13.

Schomerus G, & Angermeyer MC. (2008) Stigma and its impact on helpseeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e psichiatria sociale*; 17(1), 31-37.

Skilbeck M, Connell H. (2004). Teachers for the future – the changing nature of society and related issues for the teaching workforce. A report to the teacher quality and educational leadership taskforce of the ministerial council for education, employment training and youth affairs. MCEETYA. Canberra, Recuperado de: <https://eric.ed.gov/?id=ED534330>

Suldo S, Gormley M, DuPaul G, & Anderson-Butcher D. (2014) The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health*; 6(2), 84-98.



- Tegethoff M, Stalujanis E, Belardi A, & Meinschmidt G. (2014) School Mental Health Services: Signpost for Out-of-School Service Utilization in Adolescents with Mental Disorders? A Nationally Representative United States Cohort. *PLoS ONE*; 9(6)
- Thapa A, Cohen J, Guffey S, & Higgins-D'Alessandro A. (2013) A review of school climate research. *Review of Educational Research*; 83(1), 357-385.
- Townsend L, Musci R, Stuart E, Ruble A, Beaudry MB, Schweizer B, Owen M, Goode C, Johnson SL, Bradshaw C, Wilcox H, Swartz K. (2017) The Association of School Climate, Depression Literacy, and Mental Health Stigma Among High School Students. *The Journal of school health*; 87(8), 567-574.
- UNICEF, (2005) Educación de calidad para nuestros hijos. Guía de apoyo para directoras y directores. Recuperado de: [www.unicef.cl](http://www.unicef.cl)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. Latin American Youth in an era of socio-economic and political change (2007). En: *United Nations World Youth Report 2007*. New York: United Nations. Recuperado de [https://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wyr07\\_chapter\\_2.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wyr07_chapter_2.pdf)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World population prospects: the 2012 revision. *Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228*. United Nations; New York. Recuperado de: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012\\_HIGHLIGHTS.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf)
- Vial, T., (2014) (Ed.) *Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile, Centro de Derechos Humanos facultad de Derecho*, Universidad Diego Portales, Chile, Salesianos Impresores S.A. Santiago, Chile.
- Vidal C. (2011) Profesores municipales con precaria salud mental. Santiago de Chile: CIDE. Centro de investigación y desarrollo de la educación. Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de: <http://www.eduglobal.cl/download/Eduglobal22.pdf>
- Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, & Kohn R. (2012) Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*; 140 (4), 447- 457
- Vos T, Flaxman A, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M,..... Memish ZA. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 380(2), 163-96.

- Wei Y, & Kutcher S. (2012) International school mental health: global approaches, global challenges, and global opportunities. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*; 21(1), 11-27
- Weist, M. D., Lever, N. A., Bradshaw, C. P., & Owens, J. S. (2013). Handbook of school mental health: Research training, practice and policy. New York, NY: Springer.
- Williams J, Horvath V, Wei H, Van Dorn R, & Jonson-Reid M. (2007) Teachers' perspectives of children's mental health service needs in urban elementary schools. *Children & Schools*; 29(2), 95-107.
- Whelley P, Cash, RE., & Bryson D, (2002) Ensuring a healthy start. Promoting a bright future Children's mental health: Information for educators. *Social/Emotional Development*. Recuperado de: <https://www.nasponline.org/x32309.xml>
- Yap MBH, & Jorm AF. (2011) The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Journal of affective disorders*; 134(2), 473-477.