

**SÍNDROMES Y TRASTORNOS CLÍNICOS
DIAGNOSTICADOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO
DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
2013-2016**

**SYNDROMES AND CLINICAL DISORDERS DIAGNOSED IN A UNIVERSITY
PSYCHOLOGICAL CARE CENTER 2013-2016**

MG. NELSON MUÑOZ CARREÑO

Académico del Departamento de Psicología
Coordinador Clínico del Centro de Atención Psicológica
Universidad de la Serena, Chile.
nmunoz@userena.cl

VIVIANA ROBLEDO ROBLEDO

Estudiante de cuarto año de Psicología.
Universidad de La Serena, Chile.

DOI: <http://doi.org/10.29035/ucmaule.52.9>

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir los síndromes y trastornos clínicos de un grupo de pacientes del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de La Serena (CAPSI ULS). Actualmente, no se observan suficientes evidencias sistemáticas de prevalencia de casos atendidos en centros universitarios. Se utilizó una muestra de 426 sujetos, con edades comprendidas entre los 3 y 81 años de edad e ingresados entre los años 2013 y 2016 para recibir alguna prestación psicológica

psicodiagnóstica y/o de tratamiento. La muestra se concentra en un 86,7% en la niñez y la adolescencia. Para establecer los cuadros diagnósticos, se usó el DSM-IV-Tr. Se encontraron concentraciones altas en la prevalencia de los cuadros depresivos, ansiosos, déficit atencional y trastorno adaptativo.

Palabras clave: síndromes clínicos, trastornos mentales, centro universitario de atención psicológica, prevalencia.

ABSTRACT

The objective of this study is to describe the syndromes and clinical disorders of a group of patients at the Psychological Care Center of the University of La Serena (CAPSI ULS). There is currently insufficient systematic evidence of prevalence of cases seen in university centers. A sample of 426 subjects between 3 and 81 years of age, admitted between the years 2013 and 2016, was used to receive some psychodiagnostic and / or treatment psychological be-

nefits. The sample is concentrated in 86.7% in childhood and adolescence. To establish the diagnostic tables, the DSM-IV-Tr was used. High concentrations were found in the prevalence of depressive, anxious, attention deficit and adaptive disorders.

Key words: clinical syndromes, mental disorders, center for university psychological attention, prevalence.

PROBLEMA

La salud mental se ha posicionado como uno de los principales objetos de interés en Chile. Esto, por las altas prevalencias que han mostrado algunos estudios a nivel internacional, que sitúan al país como una de las naciones con mayores tasas de trastornos mentales en los últimos años (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, & Caraveo-Anduaga, 2005; World Health Organization, 2008; Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). Entre los principales problemas de salud mental presentados destacan los trastornos de ansiedad, depresión y el consumo de alcohol (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016; Bjiil, De Graff, Hiripi, Kessler, Kohn, & Offord, 2003). En el caso de población infanto-adolescente, también, están presentes los trastornos de ansiedad y disruptivos (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016).

Con relación a las principales causas, varias aproximaciones plantean la existencia de factores de riesgo (Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004; Orrego, 2017) entre los que se encuentran aspectos contextuales como las extensas horas de trabajo, poco cultivo del ocio (Peralta, 2012), escaso tiempo para la vida familiar (Vargas, 2014), entre otros elementos del ambiente directo de las personas. También, se mencionan factores contextuales más generales, por ejemplo, algunas consecuencias del vivir y el hecho de convivir en el sistema neoliberal (Rolack, Triviños & Troncoso, 2015).

Como consecuencia de los trastornos mentales se han visibilizado serias dificultades en diversos ámbitos. Muchas de esas problemáticas se asocian a problemas individuales, tales como el suicidio (Morales, Echávarri, Barros, De la Paz, Armijo, Fischman, Núñez, Moya & Monari, 2017), violencia, drogodependencias, bajo rendimiento escolar y laboral (Tortella-Feliu, Baños, Barrantes, Botella, Fernández-Aranda, García-Campayo, García-Palacios, Hervás, Jiménez-Murcia, Montorio, Soler, Quero, Valiente & Vázquez, 2016) y a problemas de identidad, entre otros.

La comorbilidad y la secuencialidad constituyen otro aspecto relevante, pues están presente en muchos cuadros clínicos, por ejemplo, en los trastornos de personalidad con trastornos clínicos del eje I (Robles, Mata, Sánchez, Vera, Pegalajar, Mezcuca, Fernández-Santaella & Vila, 2016). También, es posible encontrar fuertes evidencias en la secuencialidad de ciertas patologías, ya que, en muchos casos, la presencia de estas tienen un curso que las transforma en otras entidades nosológicas, tal como sucede en la depresión infantil grave y en la aparición de trastornos bipolares en la adolescencia o la adultez (García, Sierra & Livianos, 2014).

Respecto a la atención de los problemas de salud mental, en las últimas décadas, ha existido un creciente interés sobre la cobertura que se le da a las afecciones referidas a la salud mental (Minoletti, Rojas & Horvitz-Lennon, 2012). Esto se puede evidenciar en la articulación de una serie de políticas públicas que abogan por la atención clínica, tal como el Plan de Acción sobre Salud Mental desarrollado por el Consejo Directivo de la OMS en el año 2009, que emplaza a los centros de atención primaria de la salud (APS) como una de las estrategias fundamentales para la promoción de una óptima salud mental en la población americana (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el caso de Chile, se definió el Plan Nacional de Salud Mental en el año 2001. Este documento, entre otras cosas, pone foco en la atención primaria de salud (Retamal, Markkula & Peña, 2016), sin embargo, aborda solo cuatro patologías básicas con garantías explícitas de salud (GES/ AUGE), siendo estas: depresión, esquizofrenia, abuso/dependencia de alcohol y drogas, y trastorno bipolar (Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, 2017).

Actualmente, el trabajo en salud mental se orienta hacia el mejoramiento de esta, por ello se hace énfasis en la prevención de trastornos mentales, a partir de un modelo de salud integral, que se enfoca con una mirada social y comunitaria,

que impulsa como meta principal la creación de una Ley de Salud Mental hacia el año 2020 (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2017; Orrego, 2017).

Sin embargo, a pesar de las mejoras existentes en la atención primaria orientadas a propiciar la salud mental, todavía se refleja una brecha entre la cantidad de personas atendidas en comparación con las que lo requieren (Errázuriz, Valdés, Vohringer & Calvo, 2015), por ello prevalecen importantes falencias tanto en la detección como diagnóstico de afecciones psicológicas, producto, entre otros aspectos, de la poca capacitación del personal en APS, además de la escasa búsqueda de atención por parte de la población afectada sobre todo en sectores socioeconómicos más vulnerados (Retamal et al., 2016).

Por otro lado, a nivel universitario, existe una cobertura de este tipo de afecciones, debido a la presencia de Centros de Atención Psicológica, que generalmente se constituyen como lugares de formación y desarrollo profesional, con eje en la vinculación y atención hacia la comunidad. Estos establecimientos se caracterizan principalmente por tener aranceles de consulta asequibles, con prácticas monitoreadas por docentes experimentados (Trujillo, Gaspar, Luengo & Amigo, 2014; Dirección de Vinculación con el Medio y Extensión, ULS, 2016).

En países de Europa, específicamente en España, muchos centros de atención psicológica universitarios, tienen además de una fuerte presencia en la comunidad, una profunda relación con las labores docentes y de investigación (García-Vera, 2004; Saúl, López-González & Bermejo, 2009).

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de síndromes y trastornos clínicos diagnosticados en un centro universitario de atención psicológica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Participantes

De un universo de 916 casos, la muestra (426 casos) corresponde al 46,5% de los casos ingresados al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de la Serena

(CAPSI ULS), IV Región de Chile, en el período 2013-2016, cuyas edades están comprendidas entre los 3 y 81 años de edad. Es importante mencionar que las vías de ingresos se concentran mayormente en las demandas espontáneas (50%), la red escolar (19%), la red municipal (11%), red de justicia (11%), y otras redes (9%). Igualmente, es relevante señalar que este centro presenta como criterio de exclusión varias patologías severas, que requieren de equipo multidisciplinario.

Se agruparon 3 tramos etarios: Niñez (3-10 años), Adolescencia (11-24 años) y Adulthood (25 años en adelante).

Instrumento

Se empleó la entrevista y la observación clínica, basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-Tr, American Psychiatric Association, 2002). La recopilación de datos se obtuvo a partir de una tabla de Excel (denominada tabla maestra), que registra diversa información de los usuarios ingresados al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de la Serena.

Procedimiento

Este estudio tiene un alcance descriptivo, de temporalidad trasversal y de enfoque cuantitativo realizado en el centro CAPSI. Para estimar la recolección, solo se usó un fragmento de la información, que incluía: la edad, el género y el diagnóstico, basado en el DSM-IV-Tr (2002). No se empleó la última versión del DSM, pues la muestra considera población previa a la edición de la última edición (DSM-5).

Análisis estadístico

Para el análisis de esta información se empleó el programa SPSS, versión 23, a fin de establecer las frecuencias y la prueba Chi cuadrado para determinar alguna relación significativa entre las variables edad, género y síndrome o trastorno clínico.

Resultados

Se establece que, de la muestra total de 426 casos ingresados al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de La Serena entre los años 2013 y 2016, un 50,5% (n = 215) corresponde a población infantil, 36,2% (n = 154) a población adolescente y 13,4% (n = 57) a adultos. En cuanto al género 57,3% (n = 244) son hombres y 42,7% (n = 182) mujeres.

Prevalencia de cuadros clínicos

En un inicio, los diagnósticos fueron agrupados en 22 categorías (incluyendo los casos sin diagnóstico individual), posteriormente fueron simplificadas a 12 categorías, agrupando aquellas patologías con prevalencia menor al 1% en la categoría de "Otros", además de proponer una categoría extra para los casos sin diagnóstico individual.

En la categoría "Otros" se agrupan: 1 caso de dependencia de sustancias, trastorno disocial y mutismo selectivo; 2 casos de trastorno bipolar, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la eliminación y trastorno de estrés postraumático; 3 casos de trastorno de personalidad en desarrollo; 4 diagnósticos de distimia y de trastorno del control de impulsos.

Respecto a los resultados obtenidos (ver Tabla 1), en el 24,4% de los casos (n = 104) el cuadro clínico más prevalente es el síndrome o trastorno depresivo, seguido de los trastornos de ansiedad con el 16% (n = 68), del síndrome de déficit atencional con un 15,5% (n = 66), y de los trastornos adaptativos con un 10,6% (n = 45).

Con menor frecuencia, se agrupan los trastornos agrupados en la categoría de "Otros" con un 5,2% (n = 22), el trastorno de Asperguer con 3,1% (n = 13), los trastornos de personalidad con 1,9% (n = 8), la discapacidad intelectual con un 1,6% de prevalencia (n = 7), y finalmente casos de trastornos del lenguaje y trastorno reactivos de la vinculación de la infancia, ambos con una prevalencia del 1,4% (n = 6). Finalmente, la menor prevalencia se encontraría en los síndromes psicóticos y en el trastorno negativista desafiante, con un 1,2% (n = 5) de frecuencia en cada caso.

Cabe mencionar que un 16,7% (n = 71) de los casos no presentarían diagnóstico individual. Como hipótesis global, se puede sostener que, en gran medida, estos casos corresponden a conflictivas relacionales, donde no logra desplegarse una diferenciación clínica suficiente para establecer un diagnóstico individual.

Tabla 1
Frecuencia de cuadros clínicos

Cuadro clínico	Frecuencia	Género	
		Femenino	Masculino
Discapacidad intelectual	7 (1,6%)	3 (0,7%)	4 (0,9%)
Otros	22 (5,2%)	8 (1,9%)	14 (3,3%)
Sin diagnóstico individual	71 (16,7%)	36 (8,5%)	35 (8,2%)
Síndrome de déficit atencional	66 (15,5%)	23 (5,4%)	43 (10,1%)
Síndrome o trastorno de ansiedad	68 (16%)	32 (7,5%)	36 (8,5%)
Síndrome o trastorno depresivo	104 (24,4%)	52 (12,2%)	52 (12,2%)
Síndrome psicótico	5 (1,2%)	1 (0,3%)	4 (0,9%)
Trastorno adaptativo	45 (10,6%)	15 (3,5%)	30 (7%)
Trastorno de Asperguer	13 (3,1%)	2 (0,5%)	11 (2,6%)
Trastorno de personalidad	8 (1,9%)	6 (1,4%)	2 (0,5%)
Trastorno del lenguaje	6 (1,4%)	1 (0,2%)	5 (1,2%)
Trastorno negativista desafiante	5 (1,2%)	1 (0,2%)	4 (0,9%)
Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia	6 (1,4%)	2 (0,5%)	3 (0,9%)
Total	426 (100%)	182 (42,8%)	243 (57,2%)

Respecto a las diferencias por género, se puede evidenciar una clara distinción en uno de los cuadros con mayor frecuencia, el síndrome de déficit atencional, siendo casi doblado por la población masculina con un 10,1%.

Cabe destacar, además, que en el cuadro clínico con mayor prevalencia (síndrome o trastorno depresivo) no se presentan diferencias por género.

La prueba de Chi cuadrado indica que no existe una relación significativa entre el género del paciente y el diagnóstico de cuadros clínicos (ver Tabla 2).

Tabla 2*Pruebas de Chi cuadrado para variable género*

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	19,432 ^a	12	,079
Razón de verosimilitudes	20,438	12	,059
N de casos válidos	425		

12 casillas (46,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,14.

Cuadros clínicos según etapas del desarrollo

Según los datos de la muestra, se observa una mayor prevalencia de cuadros clínicos en las primeras etapas del desarrollo (ver Tabla 3), presentándose un 42,9% de los diagnósticos en la etapa de la niñez y 30,1% en la etapa de la adolescencia. Además, se evidencia la existencia de cuadros clínicos exclusivos de estas etapas vitales, tales como el síndrome de déficit atencional, que se presenta como uno de los diagnósticos con más frecuencia (15,5%).

Tabla 3*Cuadros clínicos y etapas del desarrollo.*

Cuadro clínico	Etapa de desarrollo		
	Adolescencia	Adultez	Niñez
Discapacidad intelectual	2 (0,5%)	3 (0,7%)	2 (0,5%)
Otros	9 (2,1%)	2 (0,5%)	11 (2,6%)
Sin diagnóstico individual	26 (6,1%)	13 (3,1%)	32 (7,5%)
Síndrome de déficit atencional	16 (3,8%)	0 (0%)	50 (11,7%)
Síndrome o trastorno de ansiedad	28 (6,6%)	11 (2,6%)	29 (6,8%)
Síndrome o trastorno depresivo	50 (11,7%)	18 (4,2%)	36 (8,5%)
Síndrome psicótico	1 (0,2%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)
Trastorno adaptativo	13 (3,1%)	1 (0,2%)	31 (7,3%)
Trastorno de Asperguer	8 (1,9%)	0 (0%)	5 (1,2%)
Trastorno de personalidad	1 (0,2%)	7 (1,6%)	0 (0%)
Trastorno del lenguaje	0 (0%)	0 (0%)	6 (1,4%)
Trastorno negativista desafiante	0 (0%)	0 (0%)	5 (1,2%)
Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia	0 (0%)	0 (0%)	5 (1,2%)
Total	154 (36,2%)	57 (13,4%)	214 (50,4%)

La prueba de Chi cuadrado indica que hay una relación significativa entre la etapa del desarrollo y el diagnóstico de cuadros clínicos (ver Tabla 4).

Tabla 4

Pruebas de Chi cuadrado para variable etapa de desarrollo.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	108,542a	24	,000
Razón de verosimilitudes	109,959	24	,000
N de casos válidos	425		

21 casillas (53,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman algunas tendencias planteadas por otras investigaciones. No obstante, es necesario tener presente que la atención de este centro psicológico se orienta mayormente a atender población infanto-adolescente (86,7%), por lo tanto si se requiere hacer un análisis comparativo con otros estudios en el contexto de la población general, es necesario tener presente este dato. Lo anterior, en gran medida, se explica porque la derivación proviene mayormente por la demanda espontánea y la red escolar.

Respecto a las mayores prevalencias, este trabajo concluye, al igual que los estudios en población general, que los principales trastornos mentales transitan entre los cuadros anímicos y de ansiedad (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015, Piazza & Fiestas, 2014, Baader, Rojas, Molina, Gotelli, Alamo, Fierro, Venezian & Dittus, 2014), pudiendo también aparecer el trastorno por consumo de alcohol como uno de los más prevalentes (Vicente, 2016). Si se comparan con población infanto-adolescente, hay bastante cercanía a lo que propone la literatura chilena (Baader et al., 2014, De La Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012, Vicente, Saldivia, Rioseco, De La Barra, Valdivia, Melipillán, Zúñiga, Escobar & Pihan, 2010, Flora de la Barra, 2012) y latinoamericana (Piazza & Fiestas, 2014, Londoño, Marín, Juárez, Palacio, Muñiz, Escobar, Herrón, Aguledo, Lemos, Toro, Ochoa, Hurtado, Gómez, Uribe, Rojas, Pinilla, Villa-Roel, Villegas, Arango, Restrepo & López, 2010, Marín, Londoño, Juárez, Giraldo & Ramírez, 2010), ya que las tendencias confirmarían mayores tasas de depresiones, cuadros ansiosos, déficit atencional y, en algunos casos, la alta prevalencia de los trastornos adaptativos (Moles, Quero, Pérez, Nebot & Botella,

2015). No obstante lo anterior, es importante clarificar que en esta investigación, al no reportar datos de casos de patologías graves (solo muy pocos casos de trastorno bipolar), es poco viable hacer estimaciones comparativas con centros que ofrecen atenciones multidisciplinarias.

Con respecto a las relaciones de variables, este estudio logró, de modo muy simple, concluir que no habría una relación significativa entre los cuadros clínicos reportados y la variable género, lo que se opondría a evidencias de otras investigaciones (Steel, Marnane, Iranpour, Chey, Jackson, Patel & Silove, 2014, Piazza & Fiestas, 2014); esto, podría estar relacionado al menor tamaño de la muestra o, inclusive, al rango etario, que, como se mencionó anteriormente, se centra principalmente en niños(as) y adolescentes.

Sobre la variable etapa del desarrollo, se logró demostrar una relación significativa, que es reafirmada también por la literatura científica (Fiestas & Piazza, 2014, Vicente, Saldivia, De La Barra, Melipillán, Valdivia & Kohn, 2012). Al parecer, esto último, podría estimular a describir y comprender algunas hipótesis al respecto, de modo que se puedan desprender ciertas variables más específicas que expliquen estas tendencias, por ejemplo, la presencia de riesgo suicida en la adolescencia y su relación con antecedentes de depresión en la niñez (Bella, Fernandez & Willington, 2010).

Un aspecto muy significativo en la investigación lo constituye el hecho de que los programas universitarios están orientados a la vinculación con el medio, es decir, a integrar algunas tareas formativas universitarias con la comunidad, bajo el principio de la reciprocidad (Trujillo et al., 2014). En este contexto, se subraya la importancia que tiene la formación de profesionales de la salud mental y la contribución recíproca con el entorno, que, por lo general, es a bajo costo y orientado a segmentos sociales con mayor vulnerabilidad. Lo anterior resulta muy necesario para así reducir las serias distancias entre la oferta pública y la demanda social de salud mental en Chile (Vicente et al., 2012, Errázuriz et al., 2015, Retamal et al., 2016).

CONCLUSIÓN

En síntesis, este estudio demuestra, por una parte, que lo que se ingresa en un centro de atención psicológica universitaria, en cierta medida, resulta representativo de las atenciones que se desarrollan en otros dispositivos de atención (Polanczyk et al., 2015, Steel et al., 2014). Por otra parte, algunos datos y variables potenciales pudieran desarrollarse en futuras investigaciones, con el fin de poder ampliar el conocimiento obtenido de forma rigurosa sobre las principales tendencias en el padecimiento mental.

Los principales factores de riesgos a la salud mental se asocian principalmente a las condiciones psicosociales, siendo los problemas relativos al grupo de apoyo primario, las malas condiciones de la vivienda, los problemas laborales y las dificultades en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria, como los principales predictores de patología mental (Londoño et al., 2010). De esta manera, constituye una necesidad primordial la acción, desde la agenda pública, para el mejoramiento de estos y otros aspectos básicos de la población, convirtiéndose, además, en un llamado a seguir desarrollando programas de prevención y asistencia en poblaciones con alto riesgo social, sobre todo en contextos de generación y transferencia de conocimientos, especialmente en las Universidades, pues estas pueden disminuir las brechas entre la ciencia y las políticas públicas (Orrego, 2017).

Por otra parte, es urgente que se desarrollen estudios con metodologías comparables (Bjil, et al., 2003), para seguir conociendo la realidad de las distintas vulnerabilidades mentales de la población y su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Editorial Masson: Barcelona.

BAADER, T., ROJAS, C., MOLINA, J., GOTELLI, M., ALAMO, C., FIERRO, C., VENEZIAN, S. & DITTUS, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. Doi: [10.4067/S0717-92272014000300004](https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004)

BJIL, R., DE GRAFF, R., HIRIPI, E., KESSLER, R., KOHN, R. & OFFORD, D. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22(3), 122-133. Doi: [10.1377/hlthaff.22.3.122](https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.3.122)

BELLA, M., FERNANDEZ, R. & WILLINGTON, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch. argent. Pediatr*, 8(2), 124-129.

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN CON EL MEDIO Y EXTENSIÓN, UNIVERSIDAD DE LA SERENA (2014). *Centro de Atención Psicológica y Salud Integral CAPSI*. Recuperado de: <http://vinculacion.userena.cl/index.php/productivas-profesionales/77-centro-de-atencion-psicologica-y-salud-integral-capsi>

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. Doi: [10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)

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. Doi: [10.4067/s0034-98872015000900011](https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000900011)

GARCÍA, A., SIERRA, P., & LIVIANOS, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: últimas aproximaciones. *Psiquiatr. biol.*, 89-94. doi: [10.1016/j.psiq.2014.07.004](https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.004)

GARCÍA-VERA, M. (2004). Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación de posgrado en psicología clínica y psicoterapia: la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. *Papeles del Psicólogo*, 25(1) 59-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808708>

HAQUIN, C., LARRAGUIBEL, M. & CABEZAS, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425–433. Doi: 10.4067/s0370-41062004000500003

KOHN, R., LEVAV, I., CALDAS DE ALMEIDA, J., VICENTE, B., ANDRADE, L. & CARAVEO-ANDUAGA, J. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública* 18(4-5), 229-240. Doi:10.1590/s1020-49892005000900002

LONDOÑO, N., MARÍN, C., JUÁREZ, F., PALACIO, J., MUÑIZ, O., ESCOBAR, B., HERRÓN, I., AGULEDO, D., LEMOS, M., TORO, B., OCHOA, N., HURTADO, M., GÓMEZ, Y., URIBE, A., ROJAS, A., PINILLA, M., VILLA-ROEL, D., VILLEGAS, M., ARANGO, A., RESTREPO & P. LÓPEZ, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68. Recuperado de: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-438120100005&lng=en&nrm=iso

MARÍN, C., LONDOÑO, N., JUÁREZ, F., GIRALDO, F. & RAMÍREZ, V. (2010). Prevalencia de trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín-Colombia. *Revista de Ciencias Sociales*, 10(1), 19-35. Doi: 10.21500/16578031.362

MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

MINOLETTI, A., ROJAS, G. & HORVITZ-LENNON, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447. Doi: 10.1590/s1414-462x2012000400006

MOLES, M., QUERO, S., PÉREZ, M., NEBOT, S. & BOTELLA, C. (2015). Eficacia diferencial de dos formas de aplicar las tareas para casa en el tratamiento de los trastornos adaptativos. Terapia emocional on line vs. formato tradicional. *Agora de salud*, 1(1), 245-257. Doi: 10.6035/AgoraSalut.2015.1.19

MORALES, S., ECHÁVARRI, O., BARROS, J., DE LA PAZ, M., ARMIJO, I., FISCHMAN, R., NÚÑEZ, C., MOYA, C. & MONARI, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psykhe*, 26(1),1-14. Doi: 10.7764/psykhe.26.1.939

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2009). *Resolución CD 49.R17. Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington, DC.

ORREGO, V. (2017). Investigación y política en salud mental infanto-juvenil en Chile. Revisión sistemática, 2000-2015. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 5, 66-82. Doi: 10.5354/0719-6296.2017.46351

PERALTA, R. (2012) The psychology of leisure, research approaches to the study of leisure John Neulinger (1974). *Revista Latinoamericana de la Recreación*, 1(2), 130-135.

PIAZZA, M. & FIESTAS, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 30-38. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646346342014000100005&lng=es&nrm=iso

POLANCZYK, G., SALUM, G., SUGAYA, L. CAYE, A. & ROHDE, L. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. Doi: 10.1111/jcpp.12381

RETAMAL, P., MARKKULA, N. & PEÑA, S. (2016). Salud mental en Chile y Finlandia: Desafíos y lecciones. *Revista Médica de Chile*, 144(7), 926-929. Doi: 10.4067/s0034-98872016000700015

ROBLES-ORTEGA, H., MATA-MARTÍN, J., SÁNCHEZ-BARRERA, M., VERA-GUERRERO, M., PEGALAJAR, JO., MEZCUA, A., FERNÁNDEZ-SANTAELLA, M., & VILA, J. (2016). Co-occurrence of Personality Disorders in Patients with Anxiety Disorders. *Revista de psicología (Santiago)*, 25(1), 01-17. Doi: 10.5354/0719-0581.2016.41466

ROLACK, S., TRIVIÑOS, V., & TRONCOSO, P. (2015). La influencia del sistema neoliberal en las elecciones ocupacionales y el impacto en la salud y bienestar desde una perspectiva cualitativa. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2), 141-150. Doi: [10.5354/0717-5346.2015.38168](https://doi.org/10.5354/0717-5346.2015.38168)

SAÚL, L., LÓPEZ-GONZÁLEZ, M. & BERMEJO, B. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*, 6(1) 17-40. Doi: [10.5944/ap.6.1.227](https://doi.org/10.5944/ap.6.1.227)

STEEL, Z., MARNANE, C., IRANPOUR, C., CHEY, T., JACKSON, J., PATEL, V. & SILOVE, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. Doi: [10.1093/ije/dyu038](https://doi.org/10.1093/ije/dyu038)

SUPERINTENDENCIA DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE (2017). *Patologías garantizadas AUGE*. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html>

TORTELLA-FELIU, M., BAÑOS, R., BARRANTES, N., BOTELLA, C., FERNÁNDEZ-ARANDA, F., GARCÍA-CAMPAYO, J., GARCÍA-PALACIOS, A., HERVÁS, G., JIMÉNEZ-MURCIA, S., MONTORIO, I., SOLER, J., QUERO, S., VALIENTE, M. CARMEN, & VÁZQUEZ, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43. Doi:[10.1016/j.clysa.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001)

TRUJILLO, K., GASPAS, P., LUENGO, S. & AMIGO, Y. (2014). Salud mental en estudiantes de la carrera de Psicología. Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Revista Integración Académica en Psicología*, 2(6), 35-43.

VARGAS, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59. Doi: [10.20453/rmh.v25i2.245](https://doi.org/10.20453/rmh.v25i2.245)

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. Doi: [10.4067/S0034-98872012000400005](https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005)

VICENTE, B., SALDIVIA, S. & PIHÁN, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51-61. Doi: [10.4067/s1726-569x2016000100006](https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006)

VICENTE, B., SALDIVIA, S. RIOSECO, P., DE LA BARRA, F., VALDIVIA, M., MELIPILLÁN, 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. Doi: [10.4067/S0034-98872010000800004](https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000800004)

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. (2011). *Mental health atlas*. Geneva. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030761003>