

Investigación y política en salud mental infanto-juvenil en Chile. Revisión sistemática, 2000-2015

Vanessa Orrego

Universidad Diego Portales

Resumen

Los Objetivos sanitarios 2011-2020 reconocen la utilidad de la investigación en salud en la toma de decisiones de política pública a través de cuatro estrategias: formular prioridades, incentivar la investigación, desarrollar las capacidades investigativas del sistema y promover la transferencia del conocimiento. Con este propósito, la OMS propone, entre otros, realizar una síntesis amplia de la evidencia científica que permita conocer los vacíos del conocimiento. Así, el objetivo de esta investigación fue analizar la brecha entre la producción académica en salud mental infanto juvenil y la agenda gubernamental en salud y salud mental, entre 2000-2015. La metodología siguió las recomendaciones de la Declaración Prisma y sumó 160 artículos indexados producidos en población chilena menor de 29 años; se aplicó estadística descriptiva y análisis de contenido. Los resultados evidencian dificultades importantes en la ciencia que dificultan la priorización de la salud mental infanto-juvenil en la agenda gubernamental, entre las cuales, se incluye el predominio del enfoque de los factores de riesgo y la ausencia de soluciones concretas vinculadas a la realidad socio-política del país. Las conclusiones apuntan a modificar el uso del conocimiento científico abandonando las concepciones lineales y racionales que no consideran la complejidad del proceso político de construcción de los problemas públicos.

Palabras clave: Investigación sanitaria, Políticas públicas, Salud mental infanto-juvenil.

Research and policy on child and adolescent mental health in Chile. Systematic review, 2000-2015

Abstract

The Health Objectives 2011-2020 recognize the usefulness of health research in the decision-making process through four strategies: formulating priorities, encouraging research, developing the research capabilities of the system and promoting knowledge transfer. To this end, WHO proposes, among others, to make a comprehensive synthesis of the scientific evidence that allows to see the knowledge gaps. Thus, the objective of this paper was to analyze the gap between academic production on child and adolescent mental health in Chile and the governmental agenda in health and mental health, between 2000-2015. The methodology followed the recommendations of the Prisma Declaration and added 160 indexed articles, which examine the Chilean population under the age of 29; descriptive statistics and content analysis were applied. The results show important difficulties in science that make it difficult to prioritize the child and adolescent mental health on the governmental agenda, including the predominance of the risk factors approach and the absence of concrete solutions related to the policy of the country. The conclusions aim to modify the use of scientific knowledge, abandoning the rational and linear conceptions that do not consider the complexity of the political process of construction of the public problems.

Keywords: Health research, Public politics, Child and adolescent mental health.

<p>*Dirección de correspondencia [Correspondence address]: Vanessa Orrego, Universidad Diego Portales E-mail: vanessa.orrego.tapia@gmail.com</p>

Investigación: uso del conocimiento científico

El estudio de las relaciones entre investigación y política pública plantea la necesidad y utilidad que posee vincular las transformaciones requeridas en la política sanitaria a la investigación desarrollada en el área de la salud. En este enfoque, el conocimiento científico ofrecería información pertinente, actualizada y contrastada a las necesidades específicas de cada país sobre la cual pueden sostenerse las decisiones políticas: permite no sólo evaluar intervenciones, sino también influenciar la sensibilización política a la autoridad sanitaria respecto a las necesidades de la población así como su posterior planificación, elaboración y evaluación, reitera el Plan de acción integral sobre la salud mental 2013-2020 (Organización Mundial de la Salud, 2013). La investigación para la acción, señala Tamayo (1997), ayudaría al decisor público a definir y construir un problema público siempre que delimite sus dimensiones, causas y gravedad; permita fijar objetivos, prioridades, riesgos, beneficios y costes de cada una de las alternativas seleccionadas; y apoye la revisión de la viabilidad técnica y política de las opciones consideradas en el debate.

El estudio de este fenómeno forma parte del campo de the dissemination and utilization of scientific knowledge (D&U) (Huberman, 1990), así como de las iniciativas de salud pública basada en la evidencia (Darío *et al.*, 2006) e investigación traslacional o diseminación del conocimiento (Cabieses y Espinoza, 2011), ésta última integrante de los Objetivos Sanitarios 2010-2020 propuesta por el gobierno chileno para enfrentar los desafíos de salud del presente decenio.

Estos enfoques convergen en la creencia que la transferencia entre investigación y política pública no es sencilla, racional ni lineal, sino generalmente débil, esporádica y limitada (Kababe, 2014). Un estereotipo común en la opinión popular, indican Walt y Gilson (1994) y Brunner (2017), asume que la investigación académica posee una fuerza ilimitada y dos participantes: un experto que maneja las preguntas de investigación correctas, planea y conduce con rigurosidad el estudio y hace circular sus resultados apropiadamente; y un tomador de decisión capaz de leer, comprender y actuar en correspondencia. Por el contrario, la premisa básica compartida por la literatura cercana al modelo político respecto al uso del conocimiento es que la incidencia de la ciencia sobre la política resulta del efecto gradual de diversos factores que fluyen en una misma dirección, de modo tal, que ni la evidencia acumulada o la calidad del conocimiento producido determinan por sí mismos el contenido significativo

para la acción política (Almeida y Báscolo, 2006; Landry *et al.*, 2003). El conocimiento científico es reconocido como un fenómeno endógeno al proceso político y su efecto, más que medirse como el resultado concreto de una sola pieza de investigación, puede estar presente en la absorción indirecta, acumulativa y, a veces, difusa de ideas y argumentos (Radaelli, 1995). En este escenario, el impacto político de la ciencia podría medirse en el establecimiento de la agenda, la especificación de las alternativas sobre las cuales el tomador de decisión decidirá, la decisión misma entre éstas y/o la implementación de dicha decisión (Kingdon y Thurber, 1984).

Metodológicamente, la transferencia del conocimiento o investigación traslacional (IT) supone también una mirada compleja de la realidad social, la cual privilegia la apertura disciplinaria y metodológica, así promueve el empleo no sólo de ensayos clínicos aleatorios, sino también de estudios observacionales, métodos mixtos e investigación cualitativa (Cabieses y Espinoza, 2011).

Entre los autores pioneros en esta discusión, destacan los análisis producidos por Carol Weiss (1979), quien describe seis modelos de uso del conocimiento científico: (1) basado en el conocimiento, (2) resolución de problemas, (3) interactivo, (4) político, (5) táctico e (6) ilustración/información. El primero, proveniente de las ciencias naturales, propone una secuencia lineal y racional entre investigación y su aplicación; el segundo suma al primer modelo una ruta donde el tomador de decisión tiene una idea clara de las metas y un mapa de alternativas aceptables, ha identificado los vacíos de información y conoce cuál será la aplicación directa e inmediata del saber. En cambio, el modelo interactivo, describe la existencia de un conjunto de interconexiones e idas y venidas entre conocimiento y política, donde los investigadores son uno más de los participantes. El cuarto modelo, sea por razones de interés, ideología o intelecto, reduce la investigación a justificar agendas y posiciones pre-determinadas. Mientras el quinto modelo plantea a un tomador de decisión que emplea las investigaciones tácticamente como excusa para acciones políticas atrasadas o decisiones erróneas, evitando su responsabilidad por resultados políticos impopulares. Finalmente, el modelo de ilustración, considera el conocimiento como un fenómeno que alumbra a través de sus conceptos y perspectivas, más que por sus resultados prácticos, el proceso de decisión política, destacándose el riesgo de su uso incompleto, sobre-simplificación, soporte inadecuado y distorsión.

Brecha entre ciencia y política pública

Una área de la literatura especializada en este enfoque ha analizado las barreras existentes entre conocimiento y política, presentes incluso cuando se desea aplicar el conocimiento especializado. Los obstáculos descritos pueden caracterizarse en tres niveles para los efectos de este estudio: ciencia en general, investigación sanitaria en específico y aquellas propias de los países en vías de desarrollo.

En un sentido general, Beyer (1997) menciona la falta de recursos, tiempo y cooperación para desarrollar una relación; incapacidad para visibilizar cómo los resultados pueden emplearse; desconfianza en la investigación y/o en sus métodos; y escasa ejecución y/o publicación de estudios centrados en la fase de implementación, aunque en muchos casos se discuten las dificultades de ejecutar programas. Le sigue, la escasa difusión de los resultados; mínimo conocimiento de los expertos científicos sobre la complejidad del proceso político y desfase temporal entre la publicación del estudio y el diseño de la política pública. Además, existe una brecha cultural entre ambas comunidades que determina distintos objetivos, expectativas y métodos de trabajo (Kababe, 2014).

Por otro lado, la investigación sanitaria suma a esta lista los conflictos éticos del análisis experimental en ciertas temáticas y el bajo reconocimiento a los determinantes sociales que dificulta, consecuentemente, la aplicación fuera de los servicios asistenciales. Asimismo, existe baja atención investigativa a problemas de alta frecuencia y alto número de investigaciones en inglés que limitan su difusión en países no angloparlantes (Darío *et al.*, 2006; Fiestas *et al.*, 2008). Finalmente, está su fragmentación y especialización, pues la investigación sanitaria tiende hacia la sectorización y aislamiento de otras disciplinas (Pang *et al.*, 2003; Vidales, 2007)

En los países en desarrollo, la brecha está en su tendencia a excluir a participantes externos al proceso político y poseer una escasa demanda académica interna, seguida por una gran influencia de los organismos internacionales. Además, sus políticos presentan escasa experiencia académica y/o poseen preferencia por emplear conocimiento cercano a sus fuentes de poder; existe baja presencia de actores intermediarios y escasa movilidad de académicos hacia la política y viceversa (Kababe, 2014; Stone, 2001). En el contexto Latinoamericano, se presentan problemas derivados de la debilidad de rectoría de sus autoridades y escasas capacidades político-técnicas de las agendas estatales (Báscolo, 2010) para enfrentar las demandas de investigación; mientras las necesidades impuestas por los problemas sanitarios y las desigualdades sociales desvían la

atención e imponen urgencia a las posibilidades de la investigación (Frenk, 2007). Desde el área de la investigación en salud, se agrega el incumplimiento de las recomendaciones internacionales de destinar 2% del gasto en salud a la investigación sanitaria (Espinoza *et al.*, 2014); escaso número de investigaciones epidemiológicas, particularmente longitudinales, ensayos clínicos y análisis económicos para tomar decisiones (Fiestas *et al.*, 2008); ausencia de una agenda investigativa y pobre infraestructura para realizar investigación (Chinchilla-Rodríguez *et al.*, 2015). El análisis de la situación en Chile invita a sumar la inexistente evaluación de impacto de la investigación en salud y el escaso conocimiento respecto a su ajuste a las necesidades del país (Ministerio de Salud, 2010), así como la necesidad de alinear las necesidades de la población con los requisitos de asegurados y prestadores públicos y privados en un sistema de salud mixto (Castillo-Riquelme y Santelices, 2014) y la ausencia de estudios de impacto de las políticas de salud implementadas (Errázuriz *et al.*, 2015).

Agenda gubernamental: construcción de los problemas públicos

Además de aportar información científica hacia problemas públicos ya reconocidos en la agenda gubernamental, la ciencia puede contribuir con la definición y construcción de nuevos problemas (o redefinición de antiguos) permitiendo la transformación de demandas sociales, propias de la agenda pública, a problemas públicos, operativos y factibles que se discuten en el gobierno en espera de su promulgación como leyes y decretos o la generación de políticas públicas y programas sociales. Entre los distintos participantes que se ven involucrados en este proceso, se encuentran, al menos cuatro relacionados directamente al conocimiento científico: comunidad de profesionales de las políticas (Walker, 1974 citado en Elder y Cobb, 1993), redes de cuestiones (Aguilar, 1993), empresarios de políticas ejemplificado en los think tank (Stone, 2001) y asesores presidenciales, a propósito de la realidad chilena (Garretón *et al.*, 2012).

Uno de los primeros autores en teorizar sobre el proceso de construcción de la agenda fueron Cobb y Elder (1971), para quienes existen dos tipos de agenda, mutuamente relacionadas. En primer lugar, está la agenda pública o sistémica, la cual representa todos las demandas sociales que poseen una amplia atención, preocupación y conocimiento ciudadano y cuya solución es comprendida como responsabilidad del Estado. En contraste, entonces, están todos los problemas que se definen como producto de accidentes, casualidad, Dios o la

naturaleza (Stone, 1989), así como aquellos cuya causa se entiende como individual (Araujo *et al.*, 2000). En segundo lugar, está la agenda gubernamental, institucional o formal, pues representa la lista de demandas sobre las cuales uno o más tomadores de decisión ha señalado tener conciencia y/o aceptado seriamente como un asunto que compete a la autoridad del gobierno. En este proceso, las demandas sociales pasan a conformar problemas públicos, usualmente complejos, interdependientes y específicos. El paso de una agenda a la otra, señala Montecinos (2007), implica dejar atrás el sensacionalismo de las demandas sociales hacia la definición operativa del problema y su solución. Sin una solución factible, señalan Elder y Cobb (1993), una demanda social es sólo una situación simplemente lamentable. En este punto, la investigación sanitaria puede ser considerada uno de los factores que ayudan a mejorar el atractivo de la demanda social en espera de una oportunidades de decisión, las cuales representan aperturas de la agenda institucional fugaces, escasas, pequeñas y determinadas institucionalmente al estar ancladas en la rutina.

Desde la perspectiva del construccionismo social, el proceso de definición del problema público se plantea como en permanente construcción social (Blumer, 1971) y está afectado por dos procesos conflictivos básicos: entre distintas concepciones del mismo problema público en espera de convertirse en la definición oficial y entre distintos problemas para adquirir mayor notoriedad y jerarquía en su agenda respectiva (Hilgartner y Bosk, 1988). Empero, aunque la permanente transformación de la agenda es inherente, lo cierto es que también ésta presenta la tendencia a favorecer acuerdos preexistentes en la búsqueda del status quo (Cobb y Elder, 1971) y filtrar los nuevos problemas (o la redefinición de antiguos) a través de una estructura de entrada que estabiliza las demandas al determinar un proceso de identificación y selección (Elder y Cobb, 1993). Sea por motivos históricos, constitucionales, culturales o ideológicos, esta situación plantea la necesidad de contar con problemas capaces de adaptarse para entrar y competir en distintas arenas, en distintos momentos (Shiffman, 2009).

Junto a los problemas públicos, un elemento capital son las soluciones. Aunque teóricamente corresponden a entidades independientes, están siempre vinculados: la definición del problema público se realiza junto a la definición de una o más soluciones. Pueden existir uno sin el otro, pero éstos no serán considerados seriamente (Rocheftort y Cobb, 1993; 1994). Así también es importante que las soluciones sean viables económica, administrativa, científica, ética y culturalmente y consideren la experiencia acumulada, intereses de grupos involucrados, personal capacitado, teorías competentes y ausencia de

grandes esfuerzos de la burocracia (Aguilar, 1993; Elder y Cobb, 1993). En salud, las soluciones con mayor probabilidad de éxito deberían considerar el presupuesto nacional, costo por QALY (Quality Adjusted Life Year), severidad de la enfermedad y ganancia de salud individual, según Koopmanschap *et al.* (2010). La suma de estos factores ofrece un espacio a las ciencias, especialmente cuando los retratos que permean las demandas sociales las definen como asuntos técnicos.

Los componentes centrales de los problemas públicos suman su causación, naturaleza, características de la población afectada, orientación y naturaleza de su solución (Rocheftort y Cobb, 1993; 1994). El primer elemento explica los orígenes del problema y supone la determinación de su culpa y responsabilidad; al tiempo que, los análisis sobre su naturaleza corresponden al diagnóstico en torno a su severidad, incidencia, novedad, proximidad y crisis. El primero de éstos está asociado al grado de severidad y, en salud, suele medirse como carga de enfermedad y tasas de mortalidad, medidas que ayudan a percibir los impactos del problema en la población. La incidencia, en cambio, describe el número de afectados o en riesgo y su análisis puede hacerse en términos de clase, edad o cohorte. La novedad articula el discurso político entre aquél sin precedentes o familiar e invoca la necesidad de luchar contra las naturalizaciones del problema. El cuatro componente o proximidad describe la habilidad del problema de generar involucramiento personal o social y la crisis, tal como su nombre indica, evidencia el problema retratado con urgencia o sin ella. El tercer elemento en la lista de componentes principales de los problemas públicos corresponde a las características de la población afectada y permite dirigir los recursos directamente hacia sus beneficiarios. En cambio, la orientación determina si el problema corresponde a un asunto instrumental o emocional. El último elemento, naturaleza de las soluciones propuestas, comprende un análisis sobre la existencia de respuestas aceptables y asequibles considerando restricciones mentales, financieras, ideológicas, culturales, tecnológicas y de personal.

Metodología

El diseño metodológico realizado contempló una revisión sistemática (RS) cualitativa, siguiendo las orientaciones de la Declaración Prisma, considerando las bases de datos de Academic Search Complete, Dialnet, MedLine Complete, Psychology and Behavioral Science Collection, PsycInfo, PubMed y SciELO. Los términos de búsqueda utilizados fue-

ron “salud mental” y “Chile” junto a “niños”, “infancia”, “adolescencia” o “juventud”, así como sus correlativos en inglés. El trabajo de recolección finalizó la primera quincena de enero del 2016 e incluyó el límite temporal de indexación entre 1 de enero de 2000 y 31 de diciembre de 2015.

Como criterios de inclusión se consideró la salud mental como variable central de la investigación y la definición de la población de estudio y/o referencia como sujetos chilenos menores de 28 años, 11 meses y 30 días, sin excluir publicaciones cuyas muestras también analizaran a adultos o estudios comparativos con otros países. Así, también se consideró la fecha de publicación señalada previamente, restricción idiomática al español e inglés y, por último, indexación en ISI, SciELO y/o Scopus. Considerando los aportes de la investigación traslacional, es importante recalcar que no se excluyeron estudios provenientes de campos distintos a las ciencias naturales o que emplearan metodologías diferentes al ensayo clínico y metanálisis.

Tal como muestra el diagrama (Figura 1), el proceso de recolección permitió identificar 751 papers, de los cuales 465 estaban duplicados en las bases de datos. Un segundo proceso de revisión se realizó siguiendo los criterios de inclusión. De 114 artículos, 63 no refirieron a la temática en lo absoluto, lo hacían superficialmente o sus muestras correspondían a niños y jóvenes de otros países. De las publicaciones restantes, 15 no especificaron rangos etarios o se concentraron solo en mayores de 29 años, 1 no contenía abstract y 1 presentó una propuesta investigativa sin dar cuenta de sus resultados. La tercera fase de selección revisó la indexación, descartándose sólo 11 artículos. Del total de papers, sólo uno no estuvo disponible en la web, al menos hasta el cierre del trabajo de campo, y debió guardarse como registro sin acceso¹

El análisis consideró estadística básica y análisis de contenido. La etapa cuantitativa, basada en distribuciones de frecuencia, se aplicó sobre las variables que permitieron describir la muestra incluyendo el concepto de salud mental, trastornos mentales y tipo de diseño de investigación clínica y epidemiológica. En cambio, la fase cualitativa estuvo diseñada para comprender la relación entre conocimiento y política, ejemplificando con el trastorno depresivo y discutiendo las posibilidades de la inclusión de la depresión en niños y adolescentes en la agenda gubernamental de Chile. Para este último análisis, la unidad de estudio fueron los apartados de introducción, resultados y conclusiones, donde se buscó las definiciones al problema de la depre-

sión infantil y juvenil que existen tentativamente en el corpus de publicaciones que examinan dicha patología. La técnica cualitativa elegida para estos análisis fue el análisis de contenido.

Salud mental infanto-juvenil en la agenda investigativa

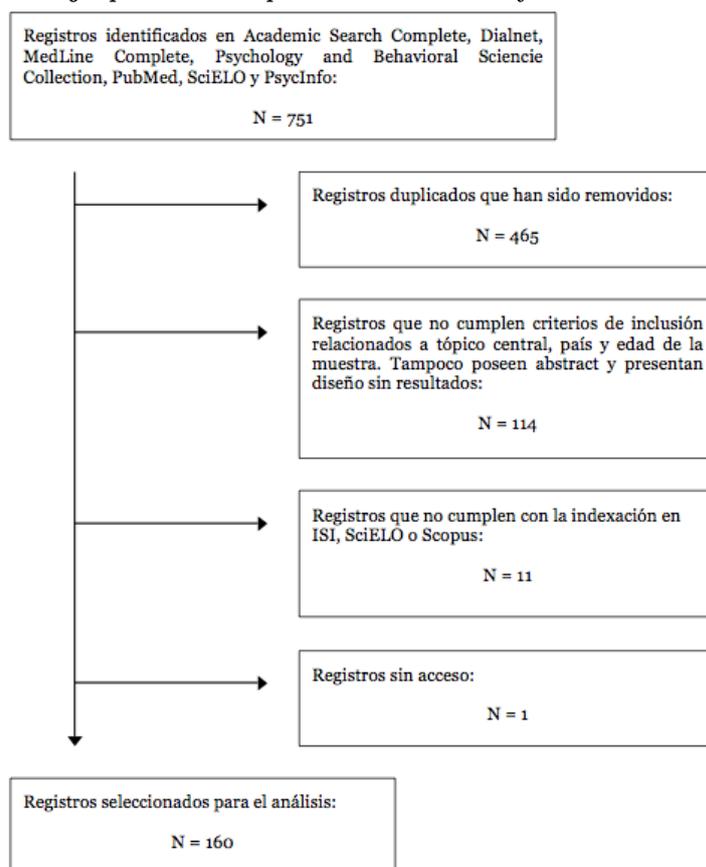
La definición del problema de la salud mental infanto-juvenil en la agenda de investigación se analizó desde dos puntos distintos: el primero, considerando las palabras claves de los artículos revisados; el segundo, revisando la distribución de frecuencia de los trastornos mentales estudiados en ellos.

Tras eliminar del listado de palabras claves aquellas usadas en la búsqueda de la muestra –para evitar distorsiones de la información debido a su alta frecuencia– surgen como temas más populares la depresión y, en segundo lugar, atención primaria, trastorno de ansiedad y factores de riesgo. En un tercer nivel se ubican el uso de cuestionarios como herramienta de recolección de la información, trastorno de estrés post-traumático (TEPT), embarazo asociado a la depresión post-parto, epidemiología en referencia a los estudios de prevalencia psiquiátrica y el terremoto, el cual refiere directamente al 27F y que, en algunos casos, se relaciona también al TEPT. En cuarto lugar, están los conceptos de intento suicida, esquizofrenia, escuelas y Latinoamérica.

La comparación de estos conceptos muestra tres líneas argumentativas relevantes. Por un lado, la coherencia con la centralidad otorgada al trastorno depresivo en el Plan nacional de salud mental y psiquiatría, los Objetivos sanitarios 2000-2010 y 2010-2020, el sistema AUGE/GES y la Estrategia nacional de salud 2010-2020 representando, entonces, no sólo el problema de salud pública que posee la más alta prioridad entre las enfermedades mentales insertadas en la agenda gubernamental sino también entre las patologías estudiadas por la academia en Chile. Una valoración que aumenta al sumar las palabras claves de depresión post-parto, embarazo (ambas fuertemente asociadas) e ideación suicida (en tanto los síntomas depresivos suelen ser uno de sus gatillantes). Por otro lado, y con bastante notoriedad, se encuentra el trastorno de ansiedad; éste posee una posición ambivalente en la agenda de salud ya que, si bien, se encuentra incluido en la Estrategia nacional de salud 2010-2020, ha sido excluido del AUGE. La alta frecuencia de estudio de la ansiedad está probablemente permeada por su comorbilidad con la depresión, aunque ello no descarta la necesidad de desarrollar iniciativas políticas

¹Los registros finalmente seleccionados sumaron 160 artículos científicos y el listado completo se encuentra en los archivos complementarios de este artículo

Figura 1: Diagrama de flujo que ilustra el proceso de selección y exclusión de los registros analizados



Fuente: Elaboración propia (Orrego, 2016)

para mitigar su alta carga de enfermedad, especialmente en los menores entre 10-19 años. La emergencia del TEPT en la agenda investigativa evidencia el impacto de las crisis nacionales en la apertura de oportunidades de decisión, pues su estudio se correlaciona a la crisis psicosocial producida por el terremoto y tsunami del 27F.

Por último, es necesario relevar la relativa ausencia de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y, en su lugar, el valor que posee el enfoque de los factores de riesgo. En otras palabras, la mención de las desigualdades sociales traducidas en distribuciones injustas y evitables de los bienes sociales en salud es relativamente escasa. Sólo un par de investigaciones desarrollan este enfoque (“Inequities in mental health care after health care system reform in Chile” y “Education and income: which is more important for mental health?”, por citar dos casos) y abren el debate hacia la disminución de las desigualdades en salud, señalada como uno de los Objetivos sanitarios en 2000 y aún pendientes de resolver por el Estado chileno, quien, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, ha promovido la aplicación del enfoque de los determinantes sociales de la salud en la planificación,

implementación y evaluación de diversos programas de salud pública (Ministerio de Salud, 2010).

Dentro de las exclusiones a esta falencia, destacan las investigaciones organizadas por la Universidad de Concepción en salud mental infanto-juvenil. Tal como lo hiciera el Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (ECPP), sus resultados evidencian una tentativa superficial de estudio de los determinantes sociales de la salud mental (en tanto las diferencias de acceso se reconocen medidas por la clase social), siendo urgente su profundización teórica y metodológica.

Un segundo análisis realizado a la forma en que se articula la temática de la salud mental en la agenda de investigación, corresponde a los distintos tipos de trastornos mentales estudiados por la academia. Los siguientes datos permiten observar las distribuciones de los 13 grupos clínicos presentes en la investigación sanitaria y sus jerarquías de análisis entre ellos. Considerando únicamente las publicaciones que estudian trastornos psiquiátricos (82,2%), la Tabla 1 evidencia el predominio investigativo de los trastornos relacionados a sustancias (24,9%), del ánimo (22,8%) y ansiedad (21,9%), los cuales cubren el 69,6% de los estudios revisados, replican-

Tabla 1: Trastornos mentales, según DSM-IV, estudiados por los artículos analizados

Trastorno mental	%	Trastorno mental	%
1. Trastornos relacionados con sustancias	24,9	8. Trastornos de la personalidad	1,9
2. Trastornos del estado de ánimo	22,8	9. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	1,7
3. Trastornos de ansiedad	21,9	10. Trastornos del sueño	1,1
4. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	10,5	11. Trastornos adaptativos	0,4
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	7,0	12. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	0,2
6. Trastornos somatomorfos	3,0	13. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	0,2
7. Trastornos de la conducta alimentaria	2,1	Trastornos en general	2,3
	Total: 100		

Fuente: Elaboración propia (Orrego, 2016)

cluyen “revisiones sistemáticas con o sin metanálisis, ensayos clínicos aleatorizados, factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado, pruebas diagnósticas, estudios con gold standard” (Ministerio de Salud, 2013: 66). Sin embargo, como se observa en la Tabla 2, los ensayos clínicos representan sólo un 7,5 % de la muestra, sumando un total de 12 documentos, de los cuales sólo 7 hacen uso de la asignación aleatoria. Asimismo, los estudios de cohorte constituyen un 5,6 % y las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos con muestras chilenas suma sólo un 0,6 %.

En contraposición, los estudios descriptivos abundan en la muestra obtenida (68,8 %), especialmente aquellos que corresponden a correlaciones (20,0 %), series de casos (18,1 %) y prevalencia (15,6 %), así como los estudios cualitativos (10,6 %). Ambos tipos de investigaciones permiten contar con evidencia respecto a factores de riesgo y de protección considerando variables demográficas tradicionales (sexo, edad y género) y clínicas (comorbilidades, frecuencia de hospitalizaciones, intimidación y creencias religiosas, entre otras) que sirven para caracterizar y comprender a los niños y adolescentes con depresión clínica o subclínica. Además de ayudar a delimitar dimensiones y gravedad del problema, siguiendo a Tamayo (1997), esta información permite identificar los potenciales beneficiarios de las políticas y programas a desarrollar y facilita la definición de políticas focalizadas, un paso esencial frente a la escasez de recursos en salud y salud mental que posee el país. Cuan positivo o negativo sean vistos estos atributos, continúan Rochefort y Cobb (1993), ayudará a determinar también el balance entre el asistencialismo o coerción de la política o programa resultante.

Ante todo, entonces, resulta urgente ampliar los límites del debate político para favorecer el acer-

camiento a los aportes potenciales de la apertura metodológica y disciplinaria, en un argumento presentado por la investigación traslacional (Cabieses y Espinoza, 2011). Este fenómeno, además, permitiría contrastar el bajo número de investigaciones epidemiológicas, fundamentalmente estudios longitudinales, ensayos clínicos y análisis económicos, señalado por Fiestas *et al.* (2008), al ampliarse las opciones investigativas disponibles para la toma de decisiones.

Trastorno depresivo en la investigación y política pública: brechas en la investigación sanitaria

En los últimos veinte años, la Política nacional de salud mental y psiquiatría fijó la agenda de salud mental en torno a seis patologías mentales en un proceso de priorización que tenía en consideración los escasos recursos disponibles en el área. El trastorno depresivo es una de éstas y su correlato en la agenda de salud más amplia puede pesquisar, durante este mismo período, en el programa nacional de depresión implementado el 2001 por el MINSAL y que serviría, más tarde, como antesala al sistema AUGE/GES. Como se observó en los datos presentados anteriormente, corresponde también a uno de los trastornos más estudiados por la academia en el país y es especialmente conflictivo cuando se trata de la infancia y juventud. Tal como señala Ansoleaga y Valenzuela (2014), limitar la población beneficiaria a los mayores de 15 años representa una de las principales deficiencias y dificultades del actual sistema sanitario en materia de política de salud mental y, siguiendo los informes de la OMS para Chile (2006; 2014), se une al desafío de plantear una política en el área para estos grupos. En vista de este marco se presenta, a continuación,

Tabla 2: Tipos de investigación clínica y epidemiológica utilizados en los artículos analizados

Tipo de estudios clínicos y epidemiológicos	%
1. Estudios descriptivos	68,8
Asociación cruzada	20,0
Serie de casos	18,1
Prevalencia	15,6
Evaluación de pruebas diagnósticas	9,4
Ecológico	5,0
Intervención no deliberada	0,6
2. Estudios analíticos	18,8
Ensayo clínico	7,5
Cohorte	5,6
Evaluación de la eficacia de medidas preventivas	3,8
Revisión sistemática	0,6
Caso-control no concurrente	0,6
Caso-control concurrente	0,6
3. Estudios cualitativos	10,6
4. Estudios de vigilancia	0,6
5. Estudios de diseño y pilotaje de intervenciones	0,6
6. Estudios económicos	0,6
Total	100

Fuente: Elaboración propia (Orrego, 2016)

un análisis específico de este trastorno mental, evidenciando tres sincronías (de las cuales, la última es también una oportunidad) y seis brechas entre investigación y política pública.

La primera sincronía corresponde a la existencia de una construcción similar del problema público del trastorno depresivo entre investigación y política pública producto de una absorción indirecta y acumulativa de ideas y argumentos no sólo en el discurso político, como reitera Radaelli (1995), sino también en la ciencia. Ambas emplean, de forma reiterativa, datos de prevalencia y costo asociado en la defensa de la depresión como asunto y/o desafío de salud pública, en un sentido valorado por la literatura cuando se trata de emplear los conceptos de severidad e incidencia en salud, a los cuales la ciencia suma su definición como una crisis. La información de base utilizada corresponde a investigaciones organizadas por el MINSAL, sobre todo el último informe del AVISA, y estudios epidemiológicos extranjeros y nacionales. En este último grupo posee un rol preponderante los aportes realizados por ECPP, incluso cuando su trabajo de campo se realizó en la década de los 90s y no posee representatividad nacional al acotarse a cuatro regiones del país.

En segundo lugar, los resultados muestran que la población de estudio mayoritario por la academia tiende a coincidir con la población beneficiaria de las políticas: 58,1% de los artículos que examinan la depresión consideran exclusivamente a los mayores de 15 años. Por ende, existe suficiente evidencia

científica para mantener este problema público validado y robustecido, incluyendo potenciales redefiniciones que permitan, como señala la teoría (Shiffman, 2009), mantener su novedad y capacidad de adaptación para seguir compitiendo en la agenda de salud.

Por último, si bien la prioridad en investigación y política pública de salud y salud mental son los mayores de 15 años, hay lugar en ambas arenas para el desarrollo potencial de espacio para el problema de la salud mental infanto-juvenil. En el terreno de la ciencia, 41,9% de los artículos que tratan el trastorno depresivo se refieren a la población menor de 14 años, 11 meses y 30 días. Mientras, la Guía clínica AUGÉ depresión en personas de 15 años y más reconoce la depresión como un fenómeno patológico presente en todo el ciclo vital y la considera como la principal causa de discapacidad en el mundo (Ministerio de Salud, 2013: 12). Asimismo, si bien tangencialmente, hace lo propio con el trastorno en los menores de 15 años: bajo el formato de notas clínicas, menciona especificaciones sintomáticas en niños y adolescentes al describir los criterios diagnósticos según el DSM-IV-R (Ibíd.: 18), señala el inicio temprano de la distimia (Ibíd.: 22) y realiza algunas recomendaciones farmacológicas concretas para este grupo (Ibíd.: 63; 65; 66; 67).

Junto a esta apertura política hacia la salud mental de niños y adolescentes, empero, también se observan obstáculos. Las cuatro primeras brechas a señalar se corresponden con las sincronías detectadas, las últimas dos son terreno exclusivo de la

ciencia.

En primer lugar, es importante señalar que, aún cuando existe un ideario argumentativo común entre ambas arenas que permite el intercambio constante y que insta visiblemente las reglas del juego, éste proceso lleva a desconocer otras publicaciones nacionales, un hecho ya reportado por la investigación traslacional. De esa forma, la relevancia de las investigaciones epidemiológicas regionales y la ausencia de éstas en infancia y juventud parece haber afectado los discursos sobre la severidad, incidencia y crisis del problema de la salud mental infanto-juvenil durante años. Simultáneamente, la investigación descriptiva y cualitativa en población escolarizada, infantil y en grupos sociales específicos no fue capaz de resolver este asunto y dar notoriedad a la salud mental infanto-juvenil.

En esta dinámica, es de esperar, en el mediano y largo plazo, que la implementación del enfoque de transferencia del conocimiento, apoyado por el gobierno, comience a dar sus frutos no sólo en la política, sino también en la ciencia al promover la apertura disciplinaria y metodológica. A su vez, esta iniciativa debería verse apoyada por una correcta difusión del estudio de prevalencia en niños y adolescentes publicados por el equipo de la Universidad de Concepción desde 2010, tal como lo hiciera el ECPP y que le llevó a ser considerado como fuente de medición en la estrategia de disminución de la depresión en los Objetivos sanitarios 2000-2010, por mencionar uno de sus impactos en la agenda institucional. Este conjunto de artículos, entre los que se encuentra "Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study", presenta, además, una novedad interesante y que debería ganar atención en la agenda sanitaria: se trata del inicio temprano de las enfermedades mentales, en un análisis que va más allá de los trastornos de inicio temprano en la infancia, la niñez o adolescencia. La novedad de esta cuestión viene dada por renovar una idea que parece olvidada en la agenda gubernamental y que se corresponde con el examen de las condiciones neuro-psiquiátricas en los menores de 19 años, realizada por el Estudio de carga de enfermedad.

La segunda brecha corresponde a la invisibilización del joven en la investigación sanitaria, en tanto, a los mayores de 15 ó 16 años se les considera tempranamente adultos. Un proceso similar ocurre cuando se les define como pacientes o consultantes. Este fenómeno está presente particularmente en los estudios de prevalencia psiquiátrica pero no es exclusivos de éstos y su problema es que obvian los diferentes hitos y procesos bio-psico-sociales que diferencian a ambas etapas del ciclo vital. En algunos casos, durante la definición de la población y/o

muestra, se suma la indiferenciación incluso con la adultez mayor:

"It corresponds to a secondary analysis of the survey «Common Mental Disorders in Santiago» a cross-sectional survey that used the adult population of Santiago whose ages ranged from 16 to 64 years as a sample was carried out"

(Castillo-Riquelme, 2010: 358).

"Constituyeron una muestra secuencial de los consultantes habituales, entre 15 y 65 años de edad, en Consultorios de atención primaria. En Santiago participaron los consultorios La Reina, Salvador Bustos y La Faena"

(Fullerton *et al.*, 2000: 731).

"El ECPP es un estudio basado en una muestra aleatoria estratificada en 2 etapas que consideró viviendas y posteriormente personas de 15 años o más. El estudio fue diseñado para representar a la población adulta del país. Cuatro provincias fueron elegidas: Santiago, Concepción, Iquique y Cautín, cada una perteneciente a una región diferente del país y que estimamos representativa de la población nacional"

(Vicente *et al.*, 2002: 530).

El ocultamiento del discurso de la juventud se traduce, metodológicamente, en su negación analítica. Los artículos revisados tienden a comprender la edad de forma lineal y, cuando ésta se transforma en variable ordinal, los cortes etarios no responden a los requerimientos de la política pública chilena para adolescencia y juventud.

Asimismo, y relacionado al punto anterior, persiste una restricción etaria a la juventud que desconoce las iniciativas del INJUV. Aunque algunas investigaciones han elevado la juventud hasta los 18 años y distinguen la niñez de la adolescencia de una forma sincrónica con los cortes etarios propuestos por la Política nacional a favor de la infancia y adolescencia 2001-2010 y, parcialmente, con la Política nacional de niñez y adolescencia, siguen persistiendo incongruencias con la definición de juventud del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Esta tercera brecha articula desequilibrios definitorios en las políticas sectoriales subyacentes que se centran en todos los chilenos menores de 29 años. Como indica Krauskopf (2007), aunque todo referente etario es insuficiente por sí mismo, su uso resulta imprescindible para la definición de los grupos objetivos

de políticas y programas, evitando fragmentar la identidad de los sujetos beneficiarios.

Las características de la población afectada, utilizando la teoría de Rochefort y Cobb (1993; 1994), es probablemente el mejor aspecto a evaluar cuando se revisan las fortalezas de la investigación en salud mental infanto-juvenil, sobre todo una vez que ha sido superado el prejuicio a la apertura metodológica en la toma de decisiones y se ha dejado de ocultar metodológicamente a los jóvenes, pues, tal como se señaló en el apartado anterior, permite caracterizar a los beneficiarios y desarrollar políticas focalizadas.

Un cuarto y quinto obstáculo en la ciencia responde también a una limitante política: la focalización de los recursos requeridos por el trastorno depresivo en los mayores de 15 años. En la Guía clínica, los datos duros de prevalencia psiquiátrica se concentran exclusivamente en los mayores de 15 años, reiterando concientemente el esfuerzo político en dicha población: epidemiología y costos asociados se debaten según el Estudio chileno de prevalencia psiquiátrica, Encuesta nacional de salud 2011, Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile e informe de licencias médicas de la Superintendencia de Salud. El segundo lugar de la infancia y adolescencia se vuelve evidente cuando se presentan los resultados del AVISA, según el segundo Estudio de carga de enfermedad, exclusivamente en la población entre 20-44 años (Ibíd.: 12) y la investigación epidemiológica en niños y adolescentes reportada por el equipo del Dr. Vicente se usa sólo para dar cuenta de la comorbilidad psiquiátrica del adolescente (Ibíd.: 47). Otro ejemplo es el programa *Elige Vivir Sano*, el cual en su apartado de salud del adolescente (Objetivo 4.3) considera el trastorno depresivo como parte de la multicausalidad que predispone al comportamiento suicida (Ministerio de Salud, 2010: 167), pero fracasa al proponer estrategias de tratamiento protegidas institucionalmente: entre los resultados esperados se consideró el porcentaje de sujetos entre 10 y 14 años evaluados con instrumento clínico para medir depresión (Ibíd.: 189). sin asegurar su acceso, protección financiera, equidad o calidad del tratamiento si el resultado del tamizaje es positivo.

La fundamentación de base para estas propuestas políticas parece visibilizar dos ideas que podrían considerarse integrantes de la estructura de entrada a la agenda de salud, según el término empleado por Aguilar (1993) y Elder y Cobb (1993): el concepto de equidad social, siguiendo las ideas de la Política nacional de salud mental y psiquiatría y el algoritmo de priorización del AUGE, y los costes económicos medidos, principalmente, a través del

gasto en licencias médicas de la población económicamente activa, según la prioridad otorgada por la Guía clínica AUGE depresión en personas de 15 años y más. La provisión de los servicios debería centrarse en aquellos de mayor riesgo y menor acceso, tal como persiguen tempranamente los gobiernos de la Concertación; al tiempo que el favoritismo a la edad económicamente productiva se observa indirectamente en la metodológica de cálculo del AVISA.

”En la provisión de la atención deben priorizarse a los grupos de personas con mayor riesgo menor acceso, propendiendo a la equidad: mujeres de entre 20 y 45 años de edad; aquellas que sufren de enfermedades crónicas o recurrentes; las mujeres que se encuentran en período de post-parto, climaterio o menopausia; las que tienen varios hijos seguidos; las que experimentan violencia intrafamiliar, las jefas de hogar y personas en situaciones de crisis. Otros grupos de mayor riesgo y de menor acceso son los adolescentes hombres y mujeres, y adultos/as mayores”

(Ministerio de Salud, 2000: s.n.p).

”El listado categorizado de problemas según AVISA en Chile apunta a problemas de salud crónicos, de larga evolución y alto costo de atención. Si los AVISA se considera un método adecuado para definir prioridades, significa que debería realizarse una fuerte reorientación del sistema de atención hacia los problemas del adulto, lo que requiere aumentar la capacidad resolutoria de la red de atención”

(Ministerio de Salud, 1996: 45).

Ambos fundamentos están ausentes en el discurso científico que argumenta la relevancia de la salud mental infanto juvenil en la política pública y se suman como desafíos de la ciencia para empoderar dicho discurso. El primero de ellos es mucho más claro que el segundo y está relacionado al predominio de enfoque de los factores de riesgo en salud, previamente señalado.

En la Política nacional de salud mental y psiquiatría, por ejemplo, la causación de los problemas de la salud mental se circunscribe a las condiciones de la vida moderna de los países en vías de desarrollo: desigualdades en ingreso, marginalidad y pobreza, baja cobertura sanitaria, desempleo, deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia y violencia son algunos de los factores señalados como los responsables de los problemas de salud mental por producir no sólo baja productividad,

sino también alta carga de enfermedad. En cambio, para la ciencia la causa de los problemas mentales de los niños y jóvenes se encuentra, principalmente, en factores de naturaleza personal e individual. El bajo reconocimiento a los determinantes extra-sanitarios, reportados por la literatura como brecha entre ciencia-política, se traduce en dar prioridad a reacciones individuales ante demandas del ciclo vital y situaciones ambientales, en una mirada que supone etiología multicausal, pero donde los factores sociales se reducen a variables parentales y familiares, coherente con la conceptualización de dependencia de la infancia, y se privilegian factores biológicos y psicológicos.

”En la población estudiada los factores de riesgo predominantes son las variables falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular, factores que se relacionan con las tareas propias de la adolescencia”

(Haquin *et al.*, 2004: 429).

”Existe un aumento significativo de la incidencia de depresión en la mujer durante los años en edad fértil, disminuyendo después de los 45 años”

(Fritsch *et al.*, 2007: 603).

”Este estudio se realiza en población adolescente por la relevancia que adquiere la sintomatología emocional en este periodo de la vida. Consistentemente se ha demostrado un incremento acentuado de la sintomatología emocional luego de la pubertad. Es posible que la consolidación de ciertas formas de regulación emocional y afrontamiento desadaptativas en las adolescentes, sea uno de los factores que explique el aumento acentuado de disforia emocional y de trastornos afectivos en esta etapa vital”

(Cova *et al.*, 2009: 157).

Independiente de las críticas al enfoque de los factores de riesgo, existen potenciales dificultades políticas que descenden de esta decisión discursiva. Como señala la teoría sobre la agenda, los problemas públicos no pueden ser definidos como cuestiones dependientes de factores personales (Araujo *et al.*, 2000) o el efecto causal de la naturaleza (Stone, 1989), pues ambos casos socavan toda intervención social y sanitaria posible: ¿qué solución puede darse a la “edad fértil”?, ¿cómo intervenir sobre “las tareas propias de la adolescencia” o la “pubertad”?,

por ejemplo. Un problema público es un problema sólo cuando puede hacerse algo al respecto, insiste Wildavsky (1979 en Rochefort y Cobb, 1993).

Respecto a los análisis económicos, tal como aparece en la Tabla 2, sólo una publicación surgió en el proceso de búsqueda de la presente investigación: “Cost-effectiveness of improved primary care treatment of depression in women in Chile”. Su foco, empero, no está puesto en validar económicamente el estatus de la salud mental infanto-juvenil en la política sanitaria, sino, más bien, en desarrollar un análisis costo-efectividad de una terapia psicológica. La validación económica a las intervenciones en primera infancia, que en Chile se tradujeron en la creación del Chile Crece Contigo, debería entregar un rico aprendizaje a la investigación sanitaria en salud mental infanto-juvenil acerca de cómo desarrollar dicho debate.

Mientras las cinco primeras brechas detectadas tienen relación con la forma en que se define el problema de la depresión en infancia y adolescencia, la última se corresponde con las soluciones propuestas por la ciencia. En lugar de desarrollar soluciones concretas y viables a las condiciones económicas, administrativas, científicas, éticas y culturales del país; éstas son escasas, generalmente implícitas y no consideran nuestra particularidad político-social. Así, no se mencionan propuestas a favor del perfeccionamiento de la atención primaria, inclusive cuando éste es el espacio donde suele recogerse la muestra y el lugar dentro del sistema público que mejor ha aplicado el enfoque comunitario de atención psiquiátrica, adquiriendo entonces gran notoriedad entre las palabras claves de los textos, tal como se observó. Lo mismo puede decirse sobre el vínculo con las políticas educativas en relación al análisis específico a la salud mental infanto-juvenil: ninguno de los artículos revisados menciona, por ejemplo, el Decreto 170 que fija normas para determinar a los alumnos con necesidades educativas especiales. De esa manera, se reproduce uno de los obstáculos de la investigación sanitaria en los países en desarrollo: sectorización y aislamiento de otras disciplinas (Pang *et al.*, 2003; Vidales, 2007) y escaso desarrollo de estudios sobre el impacto de las políticas implementadas que permitan conocer la efectividad de los recursos públicos invertidos (Errázuriz *et al.*, 2015). En su lugar, la tendencia observada en la ciencia es desarrollar recomendaciones a la literatura académica, sobre todo a futuras investigaciones que puedan superar las limitaciones metodológicas o corroborar las hipótesis de los estudios descriptivos. Por citar un caso, como conclusión, “Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín” señala:

”La importancia de estos hallazgos radica en que permiten, desde ya, contar con una base objetiva para la planificación y asignación de recursos en Salud Mental del niño y del adolescente, permitiendo tanto la formación y capacitación de recursos humanos en áreas prioritarias como la asignación de recursos a grupos específicos con mayores vulnerabilidades para ciertas patologías”

(Vicente *et al.*, 2010: 972).

Este discurso surge en una investigación que, más que cerrar interrogantes, abre preguntas sobre la manera en que debe darse solución al problema de la salud mental de los niños y adolescentes en Chile: de los 16 trastornos clínicos analizados por los autores, ¿cuántas enfermedades mentales deben ser consideradas prioritarias: las dos que poseen las más altas prevalencia? ¿las tres o cuatro primeras?; ¿debe considerarse para esta decisión la prevalencia conjunta de niños y adolescentes? ¿deben considerarse ambos sujetos por separado?; ¿qué profesionales deben ser capacitados y cómo debe ser su capacitación?; y, ante los escasos recursos destinados al área por el MINSAL, ¿se debe priorizar únicamente según prevalencia o deben sumar las distinciones propuestas por los profesionales respecto a las variables de edad, género y/o clase social?; ¿cuál de todas las variables socio-demográficas señaladas responde mejor al criterio de equidad de la política social?, etc.

Finalmente, un análisis de estos casos permitiría hipotetizar que estas dificultades residen probablemente en la naturaleza de la ciencia médica de base en las investigaciones, ya que ésta acerca los artículos revisados al modelo basado en el conocimiento o, al menos, al modelo de resolución de problemas propuestos por Weiss (1979). Es decir, persiste en la ciencia un supuesto lineal y racional sobre el uso del conocimiento científico en la política pública, el cual supone en la ciencia una fuerza ilimitada y suficiente para generar por sí misma las transformaciones políticas necesarias para resolver las necesidades sanitarias de la población en salud mental infanto-juvenil. Este estereotipo, fuertemente criticado por Almeida y Báscolo (2006), Brunner (2017), Landry *et al.* (2003) y Walt y Gilson (1994), implica en la ciencia un desconocimiento a la complejidad del juego político (Beyer, 1997) y, por ende, la ausencia de medidas para entrar a competir efectiva y eficazmente a él. En vistas de superar los obstáculos encontrados en la academia, resulta necesario avanzar hacia la segunda visión de la relación y brecha entre ciencia y política, tal como indica Brunner (2017), en vísperas de considerar reflexivamente los conflictos políticos de la arena, subyacentes a toda construcción social de demandas sociales y proble-

mas públicos.

A modo de reflexión

Tal como sucede con el trastorno ansioso y el TDA, la salud mental infanto-juvenil, y específicamente el trastorno depresivo en menores de 15 años, representa un ejemplo de demanda social que puede ingresar a la agenda institucional y no transformarse en política pública. El posicionamiento de la depresión en la agenda de salud y salud mental está apoyado no sólo por las iniciativas que visibilizaron la transición epidemiológica en la década de los 90s, y que en Chile se conforman con la publicación del primer informe de carga de enfermedad, sino también por su fuerza sobre las políticas sanitarias que incluyen los Objetivos sanitarios y el sistema AUGÉ/GES. Sin embargo, y lamentablemente, su foco de acción se ha limitado a la población adulta del país; mientras el reconocimiento de dicho trastorno en los menores de 15 años es simplemente tangencial. Si bien, la salud mental infanto-juvenil fue planteado como un problema público de alta prioridad programática a principios de la década los 90s, específicamente en el Plan nacional de salud mental, su ubicación en la agenda gubernamental está en los últimos escalafones del debate político, donde recibe escasa atención por parte de los tomadores de decisión; su permanencia parece deberse, recurriendo a la teoría de agenda, gracias al proceso de abogacía de las comunidades de ciudadanos, profesionales, grupos de interés y, como puede observarse en esta investigación, entre los expertos académicos que la toman como objetivo de debate científico.

Además del inminente juego político de transfondo, presente en toda política pública, las limitaciones a los descubrimientos de la ciencia y su aplicación no son sólo de naturaleza política y propias de los países en vías de desarrollo, pues persisten también brechas al conocimiento científico desde la misma academia. Aún cuando la literatura ya ha dado cuenta de muchos de estos obstáculos (Beyer, 1997; Kababe, 2014; Pang *et al.*, 2003; Vidales, 2007), la presente investigación articula nuevas aristas. Como se puede observar en el análisis realizado a la relación entre investigación sanitaria y política pública en salud y salud mental, las dificultades en la ciencia cubren, al menos, seis dimensiones: (1) baja apertura metodológica y, por ende, escaso reconocimiento a los estudios descriptivos y cualitativos, particularmente respecto a las investigaciones de prevalencia; (2) invisibilización del joven mayor de 15, 16 ó 18 años y su absorción dentro de la categoría del adulto, paciente y consultante, incluso metodológicamente, y (3) sin

considerar las especificaciones etarias de la política vigente en infancia, adolescencia y juventud; (4) ausencia de los argumentos que explican la inequidad social presente en la salud mental infanto juvenil y que (5) fundamenten su priorización económica; y, finalmente, (6) tendencia a realizar recomendaciones a la literatura especializada y casi nula presencia de soluciones clínicas y políticas concretas, precisas y ancladas a las dinámicas institucionales, políticas, culturales, éticas y económicas presentes en el país.

Es importante señalar que, aunque varias de estas brechas surgen respecto al trastorno depresivo en menores de 15 años, sus resultados, probablemente, pueden ampliarse hacia los demás problemas de salud mental que afectan a la infancia y juventud en Chile, puesto que constituyen la linealidad y racionalidad que parece caracterizar el uso del conocimiento científico basado en el conocimiento o, al menos, que se acercan al modelo de resolución de problemas desarrollados por Weiss (1979). Este hecho plantea la necesidad de concientizar, discutir e intervenir en estas brechas, al menos si se espera que el vínculo entre investigación sanitaria y política de salud mental infanto-juvenil sea fructífero para ambas arenas.

En este punto es relevante destacar aquello ya señalado: la ciencia puede construir por sí misma o aportar en la construcción social de las definiciones de los problemas públicos en juego con el objetivo, sobre todo, de sensibilizar a la autoridad sanitaria respecto a las necesidades que convoca en la población, recordando, como continúa la Organización Mundial de la Salud (2013), la obligatoriedad de estar preparados para su posterior planificación, elaboración y evaluación. En este escenario, es relevante barajar no sólo las limitaciones políticas, históricas, económicas, sociales, culturales y administrativas que articulan y definen al Estado y la agenda del gobierno, sino también las brechas científicas en esperar de la apertura de una ventana de oportunidad. Asimismo, es relevante recordar que las medidas consideradas objetivas, como las tasas de mortalidad o morbilidad, no explican por sí mismas la atención que reciben ciertos problemas públicos y, más bien, la relevancia la adquiere el retrato del problema público construido y su adaptación para variar y competir en distintas arenas (Shiffman, 2009) haciendo eco de los diferentes lenguajes, juegos políticos y estructuras de entrada, según el término empleado por Elder y Cobb (1993). Ese movimiento debería venir junto al abandono de las concepciones más simplistas de la ciencia.

Recomendaciones

Distintas recomendaciones políticas surgen por parte de la literatura especializada para salvar la brecha entre investigación sanitaria y políticas públicas de salud (entre ellas: Beyer, 1997; Darío *et al.*, 2006; Espinoza *et al.*, 2014; Huberman, 1990; Landry *et al.*, 2003; Maceira *et al.*, 2010; OMS, 2013b; Stone, 2001; Vidales, 2007), de ellas, la fijación de prioridades de investigación es, probablemente, la más común y ha sido recogida, junto con otras tres estrategias, por la Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Sin embargo, ésta suele limitarse a áreas temáticas y profundiza en ciertas etapas del ciclo de desarrollo de la política pública, tal como puede encontrarse en Armas *et al.* (2010) a propósito de la experiencia chilena. En este documento, en cambio, las recomendaciones a la política pública son de naturaleza, más bien, metodológica: no se trata de qué o dónde, sino del cómo. El objetivo último es salvar la brecha entre ambas arenas potenciando, sobre todo, la academia:

- Destinar establemente recursos públicos para el desarrollo continuo de estudios de prevalencia psiquiátrica en niños, jóvenes y adultos; de modo tal, de contar con información para evaluar el impacto de las políticas públicas y programas sanitarios y sociales creados para disminuir las tasas de prevalencia y carga de enfermedad.
- Abrir el espectro del debate político y académico más allá de los estudios experimentales para incluir, sobre todo, a las investigaciones descriptivas y cualitativas. Se trata de reforzar la apertura disciplinaria y metodología planteada por la investigación traslacional.
- Incentivar la realización de análisis, cuantitativos y cualitativos, específicos para niños, adolescentes y jóvenes que permitan diferenciar sus datos socio-demográficos y clínicos respecto de aquellos propios del adulto. Deben considerarse para ello los cortes etarios propuestos por la política pública de niñez, adolescencia y juventud vigente.
- Promover la mirada de los determinantes sociales de la salud en la producción científica y la explicitación de las soluciones propuestas al problema analizado.
- Impulsar análisis económicos que permitan no sólo evaluar el costo-efectividad de las intervenciones psico-sociales propuestas al problema de la salud mental infantil y juvenil, sino

también empoderar sus discursos de priorización en la agenda gubernamental de Chile.

- Fundar y mantener un sistema de vigilancia de la producción académica en salud mental producida con o en referencia a la población chilena (nacional y residente) que permita emplear y difundir en el país la investigación que se desarrolle con las características anteriores.

Estas recomendaciones apuntan, particularmente, a los fondos concursables públicos y la investigación interna desarrollada por los departamentos de estudio ministeriales (o externalizada por ellos), en tanto corresponden al rango de influencia más cercano al Estado. No obstante, urge también su aplicación en el ámbito privado, pues, como indica Chinchilla et al. (2015), las universidades son las principales productoras de publicaciones indexadas en el país (78,18 %).

Referencias

- Aguilar, L. (1993). Estudio introductorio. En Aguilar, L., editor, *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Miguel Ángel Porrúa, México D. F.
- Almeida, C. y Báscolo, E. (2006). Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:S7–S19.
- Araujo, K., Mauro, A., y Guzmán, V. (2000). El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. *Revista de la CEPAL*.
- Beyer, J. M. (1997). Research utilization: Bridging a cultural gap between communities. *Journal of Management Inquiry*, 6(1):17–22.
- Brunner, J. J. (2017). ¿Contribuye la investigación social a la toma de decisiones? *Revista Colombiana de Educación*, (27).
- Cabieses, B. y Espinoza, M. A. (2011). La investigación traslacional y su aporte para la toma de decisiones en políticas de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2):288–297.
- Castillo-Riquelme, M. (2010). Sleep disorders in the adult population of Santiago of Chile and its association with common psychiatric disorders. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(6):358–364.
- Castillo-Riquelme, M. y Santelices, E. (2014). Fundamentos para la Institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. *Revista médica de Chile*, 142:50–54.
- Chinchilla-Rodríguez, Z., Zacca-González, G., Vargas-Quesada, B., y Moya-Anegón, F. (2015). Latin American scientific output in Public Health: combined analysis using bibliometric, socioeconomic and health indicators. *Scientometrics*, 102(1):609–628.
- Cobb, R. W. y Elder, C. D. (1971). The politics of agenda-building: An alternative perspective for modern democratic theory. *The Journal of Politics*, 33(4):892–915.
- Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia psicológica*, 27(2):155–160.
- Darío, R., Orozco, D., León, F., y Velásquez, W. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2):105–118.
- Elder, C. D. y Cobb, R. W. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos. En *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Miguel Ángel Porrúa, México D. F.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9):1179–1186.
- Espinoza, M. A., Cabieses, B., y Paraje, G. (2014). La investigación en salud y la evaluación de tecnologías sanitarias en Chile. *Revista médica de Chile*, 142:39–44.
- Fiestas, F., Gallo, C., Poletti, G., Bustamante, I., Alarcón, R. D., Mari, J. d. J., Razzouk, D., y Mazzotti, G. (2008). What challenges does mental and neurological health research face in Latin American countries? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4):328–336.
- Frenk, J. (2007). Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud pública de México*, 49:s14–s22.
- Fritsch, R., Montt, M. E., Solís, J., Pilowsky, D., y Rojas, M. G. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Revista médica de Chile*, 135(5):602–612.
- Fullerton, C., Florenzano, R., y Acuña, J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista médica de Chile*, 128(7):729–734.

- Garretón, M. A., Cruz, M. A., y Aguirre, F. (2012). La experiencia de los consejos asesores presidenciales en Chile y la construcción de los problemas públicos. *Revista mexicana de sociología*, 74(2):303-340.
- Haquin, C., Larraguibel, M., y 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.
- Huberman, M. (1990). Linkage between researchers and practitioners: A qualitative study. *American educational research journal*, 27(2):363-391.
- Kababe, Y. (2014). La interacción entre investigación y política: aproximaciones conceptuales. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 9(25).
- Kingdon, J. W. y Thurber, J. A. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*, volumen 45. Little, Brown Boston.
- Krauskopf, D. (2007). Políticas de juventud, adolescencia y salud. *Temas sociológicos*, (11):355-374.
- Landry, R., Lamari, M., y Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Administration Review*, 63(2):192-205.
- Ministerio de Salud (1996). *La Carga de Enfermedad en Chile*. Santiago de Chile. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2010). *Metas 2011-2020. Elije Vivir Sano*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2013). *Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo Informe*. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud (2006). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- Orrego, V. (2016). *Investigación y políticas públicas en Chile. Revisión sistemática cualitativa de la producción académica en salud mental infanto-juvenil e hipótesis sobre su relación con la agenda gubernamental de salud y salud mental, 2000-2015*. Magíster, Universidad Diego Portales.
- Pang, T., Sadana, R., Hanney, S., Bhutta, Z. A., Hyder, A. A., y Simon, J. (2003). Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(11):815-820.
- Radaelli, C. M. (1995). The role of knowledge in the policy process. *Journal of European public policy*, 2(2):159-183.
- Rocheffort, D. y Cobb, R. W. (1994). Problem definition: An emerging perspective. En Rocheffort, D. y Cobb, R. W., editores, *The politics of problem definition: Shaping the policy agenda*. University Press of Kansas, Kansas.
- Rocheffort, D. A. y Cobb, R. W. (1993). Problem definition, agenda access, and policy choice. *Policy studies journal*, 21(1):56-71.
- Shiffman, J. (2009). A social explanation for the rise and fall of global health issues. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(8):608-613.
- Stone, D. (2001). Getting research into policy. En *third Annual Global Development Network Conference on Blending Local and Global Knowledge, Rio De Janeiro*, volumen 10.
- Stone, D. A. (1989). Causal stories and the formation of policy agendas. *Political science quarterly*, 104(2):281-300.
- Tamayo, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En Bañón, R. y Carrillo, E., editores, *La nueva administración pública*. Alianza, Madrid.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECPP). *Revista médica de Chile*, 130(5):527-536.
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., de la Barra, F., Valdivia, M., Melipillán, R., Zúñiga, M., Escobar, B., y Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista médica de Chile*, 138(8):965-973.

- Vidales, A. (2007). La investigación aplicada en salud en Chile: análisis de proyectos de investigación pertenecientes al Fonis. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11(3):p-158.
- Walt, G. y Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning*, 9(4):353-370.
- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public administration review*, 39(5):426-431.