



Políticas de salud mental escolar

El caso de Inglaterra

Autor

Pedro Guerra A.
pguerra@bcn.cl

Nº SUP: 134340

Comisión

Elaborado para la Comisión de Educación de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Resumen

El documento explora el tratamiento de los problemas de salud mental en las escuelas en Inglaterra, desde la perspectiva de política pública y de la legislación que la sostiene y regula. En general, se advierte que Inglaterra ha elaborado un modelo de atención a los problemas de salud mental en las escuelas en base a un deber de atender a los educandos y educandas que lo presentan desde un principio de igualdad, que está establecido en la *Equality Act* de 2016 y que obliga a las escuelas a declarar y publicar mecanismos para evitar la discriminación y sus efectos. De la consideración de los trastornos mentales como una discapacidad se sigue un deber de atender esos problemas desde la escuela. Al mismo tiempo, la literatura especializada se refiere a la escuela como un espacio ideal para la detección temprana de esa clase de trastornos, de modo de evitar los efectos negativos de estos en la juventud y adultez.

Bajo esas perspectivas teóricas y mandatos legales, Inglaterra ha procurado implementar mecanismos de detección de problemas de salud mental en las escuelas. Estos consisten en reforzar estructuras al interior de la comunidad escolar, de modo que estas se vinculen directamente con los dispositivos de atención de que dispone el *National Health Service* (NHS). De la misma manera, se ha buscado reforzar el financiamiento para la contratación de personal, y la reducción de los tiempos de espera, en un reconocimiento a la importancia de relevar la salud mental, pese a su continua desfinanciación.

Tabla de contenido

Introducción	2
1. Diagnóstico del problema.....	2
2. Diseño de políticas.....	3
2.1. Aspectos normativos y obligaciones legales de las escuelas con relación a la salud mental .	3
2.2. Políticas de salud mental en la escuela	4
3. Estado del ciclo de política pública	6
Bibliografía.....	8

Introducción

El presente estudio, de acuerdo con el solicitante, aborda la forma en que se ha diseñado las políticas de salud mental para las escuelas en Inglaterra. A partir de los documentos oficiales y la normativa que los sustenta, se indaga en los diagnósticos que las entidades públicas responsables han levantado sobre el estado de la salud mental de los educandos y educandas. Asimismo, se procura evidenciar qué políticas disponen los sistemas escolares y de salud para hacer frente a esas problemáticas en el campo de la salud mental. Finalmente, se indaga en la etapa del ciclo de política pública en que se encuentran los dispositivos de atención, qué problemas enfrenta qué soluciones ofrece.

1. Diagnóstico del problema

El tratamiento del caso inglés obedece a que Inglaterra ha implementado con anterioridad a la pandemia de COVID-19 un sistema de detección y atención a los problemas de salud mental que involucra al *National Health Service* (NHS), como dispositivo primordial de salud pública, y al sistema escolar, como campo de trabajo en la detección y tratamiento de problemas de salud mental. Cabe destacar que Inglaterra ha hecho una transición desde la década del 70, en que se introdujeron curricularmente temas relacionados con salud y educación personal y social, hacia un decaimiento hacia fines de los 80, cuando estos temas fueron extraídos del curriculum y tratados sólo en guías temáticas (Weare 1).

Como consecuencias, las acciones de enseñanza en salud han carecido durante mucho tiempo de una atención adecuada en las políticas de educación, a partir de su descurricularización y su implementación como una política más bien centrada en la salud.

Como se verá, en la filosofía del sistema, la escuela aparece como un lugar central en que los problemas de salud mental pueden ser pesquisados de forma temprana, de modo de evitar o reducir los impactos de estos en la juventud y adultez. En ese sentido, como señalan Weare y Nind (29), la infancia y adolescencia proveen de oportunidades clave para desarrollar los fundamentos de la salud mental, de manera que las escuelas mismas son un espacio para detectar problemas y desórdenes y promover una salud mental positiva y la resiliencia. Es por ello que las intervenciones que se realizan a ese nivel suelen generar impactos positivos en el estado de salud mental de esa población (Weare y Nind).

La escuela provee en ese sentido, tanto de factores de protección como de riesgo ante desórdenes de salud mental, de manera que la intervención mediante un mecanismo intersectorial ha sido reconocida como clave en las iniciativas de promoción y de prevención (European Commission 19).

En general, y como se documenta por la *World Health Organization* (WHO) los desórdenes neuropsiquiátricos en personas entre 14 y 24 años son la primera causa de discapacidad, con un 45% de prevalencia. De ahí la importancia de abordar el problema desde la más temprana edad posible, en infancia y adolescencia, cuando el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y cognitivas pasa por su fase más crucial (European Commission 16 - 17). Para el caso de Inglaterra, de acuerdo con informes de 2011 (sobre datos de mediados de los 2000), uno de cada diez niños entre 5 y 16 años tiene algún problema de salud mental, y muchos continúan presentándolos en la adultez. La mitad de esos problemas evidencian síntomas alrededor de los 14 años, y tres cuartos lo hace antes de los 25 años (Department of Health 8).

Como corolario de este diagnóstico, el gobierno de Inglaterra fijó varios objetivos de salud mental en 2011. Entre estos se encuentra el mejoramiento de la salud mental para la mayor parte de las personas: para ello se mantuvo una prioridad en salud y bienestar en las escuelas, mediante la revisión de las guías y el currículum y la producción de nuevos lineamientos de salud pública para las escuelas.

2. Diseño de políticas

2.1. Aspectos normativos y obligaciones legales de las escuelas con relación a la salud mental

Como se verá en el acápite 2.2. las políticas que se han desarrollado en Inglaterra, y que puedan desarrollarse en el futuro, responden a ciertas obligaciones que distintos cuerpos legales imponen a los servicios que dependen del Departamento de Educación y al Departamento de Salud, que son las entidades públicas directamente involucradas en el diseño e implementación de dichas políticas para infancia y adolescencia. Se pueden destacar las siguientes:

- **Children's Act (1989)**¹: Esta ley exige a las autoridades locales la publicación de información relativa a los servicios disponibles para los niños y sus familias, tanto por las instituciones públicas como por el sector de voluntariado. Obliga asimismo a las agencias públicas a la cooperación en la salvaguarda y la promoción del bienestar infantil.
- **Equality Act (2010)**²: Esta ley impone a todas las instituciones públicas la obligación de publicar información que dé cuenta de las acciones que toman para eliminar las discriminaciones, victimizaciones u otras conductas prohibidas por la ley, así como potenciar la igualdad de oportunidades entre las personas que comparte una característica protegida y las quienes no la

¹ Véase en <http://bcn.cl/2zqmp>

² Véase en <http://bcn.cl/2zqnk>

poseen³. En lo que dice relación con los trastornos de salud mental, la *Equality Act* considera los impedimentos mentales como una **discapacidad**, que provoca efectos adversos en las personas en el largo plazo, afectando sus actividades diarias. Como se verá en 2.2. muchas de las políticas que se desarrollan en la escuela en orden a promover la salud mental y el bienestar tienen directa relación con estas obligaciones, y se insertan en el marco que estas determinan. En ese sentido, la ley requiere específicamente a las escuelas la publicación de una política o declaración sobre equidad. Esto lleva a que, en ese contexto, se desarrollen las políticas de salud mental en ese nivel (Brown 36 - 37).

2.2. Políticas de salud mental en la escuela

A partir de los diagnósticos antes señalados, las políticas adoptadas en el sistema inglés para la promoción y tratamiento de los problemas de salud mental se han diseñado teniendo en cuenta un enfoque basado en el curso de vida que reconoce la aparición temprana de esos problemas que se proyectan hacia la adultez. De la misma forma, el diseño de los programas involucra a las escuelas y a los dispositivos de salud, pero se centran en grupos específicos de personas en riesgo de salud mental, en base a los factores de riesgo que se identifican. Por ejemplo, se considera que los adolescentes que han vivido experiencias adversas, que pertenecen a minorías sexuales o que se encuentra involucrados en pandillas, están expuestos a mayores niveles de problemas de salud mental (Department of Health; Department for Education 8).

En 2017 se publicó el documento “*Transforming Children and Young People’s Mental Health Provision: a Green Paper*” (Department of Health; Department for Education). En este se contienen ciertos compromisos asumidos por el gobierno británico, como el aumento de 1,4, billones de libras⁴ disponibles para salud mental en 5 años; el aumento en la dotación de terapeutas y supervisores en 1.700 y la capacitación de las 3.400 personas que ya trabajan en el sistema; y la mejora en los servicios para desórdenes alimenticios, aumentando su presupuesto en 30 millones de libras⁵, entre otras medidas.

Como se venía señalando, el documento considera que las escuelas cumplen un rol fundamental en la identificación de las necesidades de salud mental en estadios tempranos, y pueden derivar tempranamente a los estudiantes a los dispositivos de salud mental. El objetivo del plan se desglosa en tres elementos clave (Department of Health; Department for Education 5- 6, 20):

- Incentivar que cada escuela cuente con un líder en salud mental (***Designated Senior Lead for Mental Health***). Este objetivo dice relación con estructuras y prácticas que ya se encuentran instaladas en las escuelas, y que se propone reforzar. Casi la mitad de las escuelas cuenta con un directivo en salud mental, y alrededor de un tercio poseen un miembro del *staff* con la misión de vincular y derivar al sistema de salud cuando se detectan problemas. Junto con establecer que las escuelas deben determinar qué es lo que funciona mejor para cada una, basados en su

³ Las características protegidas que contempla la ley son; edad, discapacidad, reasignación de género, matrimonio y paternidad, embarazo y maternidad, raza, religión/creencias (incluyendo la ausencia de estas), sexo y orientación sexual.

⁴ USD 1.800.000.000.-

⁵ USD 39.000.000.-

propia experiencia y prácticas existentes, se recomienda que los *Designated Senior Lead for Mental Health*, cumplan con determinadas funciones clave. Estas dicen relación con la supervisión general del sistema de salud mental y bienestar escolar; apoyar la identificación de niños en riesgo o que exhiban signos de enfermedades; y mantener la coordinación con los servicios de salud mental locales, entre otros.

- Financiar nuevos equipos de salud mental en las escuelas, supervisados por el NHS, de manera de incrementar la capacidad de respuesta. El trabajo de estos equipos es realizado por las escuelas en conjunto con el *staff* del NHS, pues se considera que se trata de tareas que la escuelas no deberían asumir por sí mismas (Department of Health; Department for Education 21). Estos equipos trabajan directamente con el *Designated Senior Leads for Mental Health*.
- Reducir los plazos de atención por especialistas para infancia y adolescencia en servicios de salud mental a 4 semanas.

Aspectos curriculares

No obstante el problema de la salud mental en las escuelas ha tendido a centrarse en aspectos de asistencia de salud y no propiamente en los curriculares, el Departamento de Educación ha impartido guías⁶ para abordar en el aula algunos aspectos. La última actualización de estas directrices es de septiembre de 2021. Como la misma guía declara, el objetivo de enseñar sobre salud física y bienestar mental, es entregar a los estudiantes las herramientas e información que necesitan para tomar buenas decisiones sobre su propio bienestar, sabiendo distinguir los problemas de aquellas situaciones que no lo son y como buscar apoyo. La enseñanza, en ese sentido, puede asimismo reducir los estigmas que producen los problemas de salud mental. Las directrices destacan la flexibilidad que las escuelas mantienen en esta materia para diseñar sus propios planes para cada segmento etario, pero destacan la necesidad de abordar la menstruación y la pubertad antes de que estas acontezcan, de forma de preparar a los y las estudiantes para los cambios.

En específico las guías indican que el foco en enseñanza primaria debe estar en enseñar sobre las características de un buen estado de salud física y bienestar mental. Se enseña sobre la importancia del ejercicio diario, la buena nutrición y el buen dormir, así como la comprensión de las emociones. Se destaca además la relación entre el bienestar físico y el mental. Para el final de la primaria se espera, entre otros objetivos, que los estudiantes puedan comprender el bienestar mental como parte de la vida diaria; reconocer y expresar sus emociones; determinar sus propios sentimientos y estados mentales, reconociendo lo apropiado y proporcionado de sus comportamientos; y los impactos negativos del *bullying*.

Por su parte, en la escuela secundaria, el foco está en los cambios que trae consigo la adolescencia y el desarrollo del lenguaje para hablar de las emociones. Asimismo se busca que los estudiantes cuenten con herramientas para identificar situaciones en que ellos mismos u otros pueden requerir de asistencia y soporte. La enseñanza abarca, en consecuencias, las variantes de enfermedades mentales, la importancia de la conexión con otros, del ejercicio físico y de las experiencias que generan impactos negativos.

⁶ Véase en <http://bcn.cl/302sb>

Estado actual de los servicios

En el sistema de salud inglés, el NHS es el principal proveedor de servicios de salud mental para niños y jóvenes. Se encuentran documentadas alrededor de 460.000.- derivaciones al año a servicios de salud mental financiados por el NHS, de los cuales 200.000.- han obtenido tratamiento. La calidad de esos servicios es variable, y se reportan esperas promedio de 12 semanas para la atención. Asimismo las varias organizaciones que proveen los servicios por cuenta del NHS no se encuentran alineadas, lo que resulta en esperas largas y mensajes poco claros para los padres y cuidadores (Department of Health; Department for Education 9).

En base a la investigación, el Departamento de Salud ofrece los siguientes hallazgos sobre el sistema de atención de salud mental a infancia y adolescencia (Department of Health; Department for Education 10):

- La evidencia muestra que los trastornos leves a moderados pueden ser tratados por personal no clínico, con adecuada supervisión.
- El *staff* escolar juega un rol fundamental en la detección temprana, particularmente de los desórdenes alimenticios, los daños autoinflingidos y los trastornos de hiperactividad, de manera que se encuentra en buenas condiciones para poder efectuar las derivaciones al sistema de salud. Una de las características que la investigación resalta es que el ambiente escolar no es estigmatizante, lo que hace que las intervenciones que se pueden realizar en este contexto aparecen como más aceptables para los niños y jóvenes, y para sus padres.
- Con respecto de las políticas de prevención universal y su efecto en problemas de salud mental como daño autoinflingido, suicidio, depresión, ansiedad y uso de drogas y alcohol, la evidencia de su efectividad en el largo plazo es limitada. Eso no obsta a un enfoque general de promoción de la salud mental, como los dispositivos de mentoría.

3. Estado del ciclo de política pública

En cuanto al estado actual de las políticas públicas sobre salud mental escolar, cabe señalar dos aspectos a tener en cuenta.

En primer lugar, en 2018 (Brown) se elaboró un diagnóstico muestral de la provisión de servicios de bienestar y salud mental en las escuelas en Inglaterra, teniendo como base las prioridades que se fijaron en el Libro Verde “*Transforming children and young people’s mental health provision*”. El diagnóstico se elaboró por encargo del Departamento de Educación, y su objetivo fue determinar si el contenido de las políticas que declaran y publican las escuelas en materia de salud mental y bienestar demuestra una aproximación relevante en la materia: en específico, se buscó determinar si esas políticas e información están disponibles en los sitios *web* de las escuelas; si estas políticas describen una aproximación global a una comunidad escolar respetuosa; y hasta qué punto las políticas descritas se manifiestan en actividades y cómo estas pueden variar de acuerdo a las distintas tipología de escuelas.

De las 90 escuelas que incluyó la muestra (primaria, secundaria y especial), en el 77 (86%) existió una política publicada disponible, de acuerdo a las obligaciones que impone la *Equality Act* de 2016 (véase acápite anterior 2.1.) No obstante, en el 82% de las escuelas primarias y en el 64% de las secundarias, el enfoque de las políticas obedeció a un enfoque general de valores y objetivos de las escuelas

investigadas. En estas, el enfoque de las políticas de equidad se inserta en los valores de las escuelas, y pasan en consecuencia a formar parte de los planes de mejora, alineados con la realidad demográfica propia de la escuela. En cuanto a los métodos de promoción de la equidad en las escuelas, el análisis muestra que estas políticas se verifican en el proceso de enseñanza mismo y mediante los recursos de este; se usa información e indicadores clave para comprender las necesidades y características de la escuela; y se promueve la cohesión comunitaria, el compromiso de los padres y la capacitación del *staff*.

Cabe señalar que las políticas que se han descrito se insertan, como se vio, en un deber de promoción de la igualdad en la escuela, que emana de la *Equality Act*. Como advierte Brown (11), estas políticas escolares están más bien pensadas en la promoción de comunidades escolares respetuosas con las diferencias, que con la salud mental y el bienestar, de modo que pocas de estas políticas se vinculan con esos objetivos. El análisis no encontró menciones directas a objetivos específicos de salud mental y bienestar, aunque sí se encontraron casos en que esos objetivos pueden vincularse con medidas de bienestar, planes de mejora y en un *ethos* que promueve el bienestar y permite que los estudiantes comprendan los efectos y las consecuencias de la discriminación y las herramientas que pueden ayudarlos a combatirla.

En segundo lugar, no es posible desconocer que, en Inglaterra, como en todo el mundo, los efectos de la pandemia de COVID-19 y las restricciones de asistencia a las escuelas que se implementaron han tenido consecuencias importantes en el estado general de la salud mental de la población, y de la población escolar en especial. En ese sentido, el Grupo Interparlamentario para la Salud de la Infancia (Working Group of the All-Party Group on a Fit and Healthy Childhood) ha emitido un reporte con el fin de determinar el estado de la cuestión y formular recomendaciones. Una de las cuestiones clave que releva el informe dice relación con la continua devaluación de los problemas de salud mental y su falta de financiamiento: a 2019, sólo el 1% del presupuesto del NHS se destinaba a servicios de salud mental de niños y jóvenes, lo que impacta negativamente en dichos servicios.

En general, el informe acusa una falla del gobierno en el nivel central y local en la evaluación de los impactos en salud mental, además del efecto adverso de las políticas de austeridad, con el cierre de muchos centros de atención y una reducción de los presupuestos. La evidencia de que se dispone hasta ahora indica un aumento de los trastornos depresivos en infancia y adolescencia, y en proporciones superiores a las que afectan a los adultos. Asimismo, se advierte de la persistencia de los factores de riesgo ya existentes, como la depresión, la falta de esperanzas, el abuso de sustancias y la violencia doméstica. Las recomendaciones que genera el reporte dicen relación con los siguientes aspectos (Working Group of the All-Party Group on a Fit and Healthy Childhood 24):

- Prioriza el uso de datos de alta calidad para la investigación que apoye la evaluación de las políticas.
- Adoptar un enfoque multisectorial para el apoyo de la actual cohorte de niños y adolescentes, con un enfoque participativo.
- Enfatizar el enfoque global en la escuela como un todo en la priorización de la salud mental, proveyendo de recursos para la consejería en la misma escuela por parte de profesionales acreditados, así como disponer de las instalaciones, físicas o virtuales, para ello.
- Las escuelas deben ser las últimas instituciones en cerrar y las primeras en abrir en caso de necesidades de confinamiento.

Bibliografía

Brown, Rebecca. *Mental health and wellbeing provision in schools*. Department for Education. London: Government Social Research, 2018.

Department for Education. "Statutory guidance: Physical health and mental wellbeing." 2021.

Department of Health. *No Health without Mental health; a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London, 2011.

Department of Health; Department for Education. *Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green Paper*. UK Government. London, 2017.

European Commission. "Join Action on Mental Health and Well-being; Mental Health and Schools, Situation Analysis and recommendations for action." 2016.

Weare, Katherine and Melanie Nind. "Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?" *Health Promotion International* 26.51 (2011): 29 - 69. 7 april 2022.

Weare, Katherine. *Promoting Mental, Emotional and Social Health; A Whole School Approach*. New York: Routledge, 2000.

Working Group of the All-Party Group on a Fit and Healthy Childhood. "The Covid Generation: A Mental Health Pandemic in the Making." 2021.

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)