

Antonia Errázuriz:

“Chile debe tener una medición cada 10 años sobre salud mental”



CLAUDIO CORTÉS

La experta de la UC se refiere a los resultados del «Termómetro de la Salud Mental» y enfatiza que el país debe contar con datos sobre “cuáles son las necesidades que tiene la población, qué cuadros psiquiátricos son los más prevalentes y por grupos etarios”.

Loreto Flores Ruíz

Cerca de dos millones de personas adultas en Chile presentan síntomas de depresión, así lo reveló la décima encuesta «Termómetro de la Salud Mental» (presentada en enero) del Centro de Estudios Longitudinales de la Universidad Católica y la Asociación Chilena de Seguridad, una iniciativa que, desde el inicio de la pandemia, en 2020, monitorea el bienestar psicológico de la población.

Una de las investigadoras a cargo del estudio es la psicóloga y doctora en Psiquiatría de la Universidad de Cambridge, Antonia Errázuriz (51), quien, junto al equipo liderado por David Bravo en la UC, han estudiado el estado mental de los mayores de 18 años.

Errázuriz realizó su magíster y doctorado en Inglaterra con un enfoque de análisis centrado en las comunidades. De he-

cho, su trabajo de investigación doctoral fue sobre la salud mental de los inmigrantes. “Mi trabajo de tesis fue mirar cómo estaban los inmigrantes peruanos en Chile y encontramos que estaban igual que la población chilena. La explicación de eso, probablemente, tenía que ver con la continuidad cultural que había entre Chile y Perú y por las oportunidades que existían en Chile; quizás también, porque era una población que no venía tan dañada. Hoy los estudios internacionales están hablando de población que no son migrantes económicos, sino que son refugiados políticos, gente que ha pasado por condiciones mucho más adversas de desplazamiento”.

—Y llegan a culturas que son muy diferentes.

—Has dado en el clavo, es muy distinto trasladarse de Pakistán al centro de Londres, aprender el nuevo idioma, un nuevo rol de género, la distancia que hay,

la dificultad de volver.

—¿Qué ha visto de la salud mental de los inmigrantes en los últimos años?

—Son una población específica a la que hay que atender. Sobre la situación en Chile, excluyendo la ola migratoria reciente, donde hay más elementos de informalidad que en la ola original, no tenemos los resultados de gran deterioro que yo esperaba encontrar.

—¿La salud mental de los migrantes en Chile no está tan deteriorada?

—Para sacar una conclusión tendrías que decir comparado con qué o con quién. Ahí caemos en lo que dicen los gringos: “big elephant in de room”. Y que es que la data local no es de muy buena calidad para decir que estas personas están peor. Lo que podría hacer es comparar con la data de sus países, cómo está la población en Venezuela, dato difícil de obtener. Lo que uno ve es alta demanda de atención; es un tema que tiene que ser

abordado, tienen que estar las condiciones para adaptar los servicios, porque son beneficiarios.

"En Chile el azar opera en lo que tú recibes"

—¿Cuáles son las principales diferencias en el tratamiento de la salud mental entre un país desarrollado como Inglaterra y Chile?

—Son demasiados los elementos. La calidad de lo que se entrega, desde los espacios físicos, la sala de espera, el recurso humano, lo probado, la accountability, el producto de los tratamientos y el acceso.

—¿Estamos a años luz?

—Estamos a años luz, sí. Hay un producto que es distinto, a pesar de que hay muy buenos clínicos en Chile. (Allá en Inglaterra) está mucho más estandarizado, es mucho más homogénea la calidad, no depende tanto del tratante o de dónde estás ubicado geográficamente. Hay sistemas instalados de derivación mucho más robustos que acá, hay métricas de gestión de duración de tratamientos. También hay más conciencia de que tus tratamientos tienen que estar basados en evidencia, por lo tanto, cuando tú entregas un tratamiento, no es solamente por la condición o problemática que tiene la persona, sino por su grupo etario, si las intervenciones son individuales o grupales, todo un árbol de decisiones basadas en sus características.

—¿Cómo funciona en Chile?

—Acá tengo la impresión de que hay muy buenos clínicos, buenos centros de investigación, sin embargo el azar opera en lo que tú recibes: puedes estar con alguien muy bueno y comprometido, pero el proceso, la entrega del servicio es más accidentada. Por ejemplo, hay indicaciones mínimas que aparecen en las guías de atención: que uno se atienda de manera semanal con la misma persona, en un tratamiento regular, periódico. Lo que uno ve (en Chile) es que los pacientes no tienen hora para la semana siguiente, sino que para un mes más, hay mucha rotación en quien los atiende, se pierde la continuidad de los tratamientos. Esto es importante, la métrica, el accountability, la infraestructura, el capital humano. Los especialistas acá juegan un rol muy importante, allá el tratamiento puede ser brindado por otro profesional de la salud que no son los médicos. El médico general o familiar trata la depresión, receta antidepresivos, no tienes que llegar a un especialista. Hay una incorporación de la salud mental en la atención primaria mucho más importante, por lo tanto, tiene que estar presente en el currículum de esos médicos, enfermeras y terapeutas ocupacionales que tú formas. Acá el tratamiento es muy piramidal, tienes que llegar al psiquiatra y muchas de esas problemáticas que ven los psiquiatras son sociales, que podrían ser tratadas antes con menor intensidad, lo cual es menos costoso y podría permitir que se llegase a más personas.

—David Bravo indicó que los datos muestran que, a fines de 2024, cerca de dos millones de personas adultas presentan síntomas de depresión en el país. ¿Qué es lo que hay detrás de ese número?

—Estamos hablando de dos millones de personas, de vidas y de familias. La problemática de salud mental tiene enormes externalidades en el trabajo, en la capacidad de rendir si uno está estudiando, en la capacidad de relacionarse, de participar, de contribuir y ser productivo con la comunidad. Chile ha aumentado hartos los recursos en salud en los últimos 10 años y los indicadores siguen iguales. Lo que uno tiene que preguntarse es qué se está entregando, cómo y hacia dónde están yendo los recursos. Ese es el ejercicio que hay que hacer, la mejora en la data. Chile es un país que ya no es tan pobre para tener la data que tiene sobre cómo está su población. No hay una encuesta de salud mental como en la mayoría de los países de la OCDE. El porcentaje del gasto en salud mental, como parte del gasto en salud, está estático hace un buen tiempo. Lo que dicen los economistas de la salud es que la inversión debería estar relacionada con cuánto una patología representa una dificultad para la población, o sea, la salud mental afecta a casi el 20% del país y el gasto sólo corresponde a un 2,6%. De hecho, una de las promesas del Presidente Boric fue aumentarlo y acercarse al 5%, que es la sugerencia que hace la OMS, pero eso no ha sido así.

"Mujeres reportan más sintomatología"

—En esta medición se vio un aumento en la proporción de personas con altos niveles de soledad, llegando a 18%, siendo más alta en mujeres que en hombres. ¿A qué se atribuye esta alza?

—En general las variables que estudiamos son síntomas de depresión, ansiedad y soledad. Hay diferencias de género, y las mujeres reportan más sintomatología en general. Habría que volver a ver qué es la soledad; nuestra manera de medirlo tiene que ver con el reconocimiento de sentirse aislado o excluido o no formando parte del tejido social, porque una persona introvertida que decide o quiere mantener pocos vínculos no caería en la categoría de un nivel moderado a severo de soledad.

—¿Qué pasa en específico con las mujeres que se sienten más solas?

—Quizás las mujeres esperan más vínculo, más relaciones, el autorreporte de soledad tiene que ver con el mayor deseo de las mujeres de relacionarse y de tener vidas nutridas de relaciones, tal vez por eso se evalúan así mismas más aisladas que los hombres.

—¿Qué rol protector cumple la familia, el trabajo y los amigos?

—Enorme, opera como red de apoyo. Esta puede ser muy instrumental, para funcionar, trabajar y realizar actividades. La red de apoyo tiene que ver con los vín-

culos, con la contención emocional y diaria de lo que nos constituye como personas, estar con el otro, ser con el otro, a través de otro.

—Lo mismo pasa con el trabajo. La encuesta arroja que las personas que poseen uno tienen menos niveles de ansiedad y depresión.

—El trabajo no solo te permite generar ingresos, también es un espacio de relaciones, de aprendizaje, de desarrollo. Todos esos elementos sabemos que son positivos para la salud. El trabajo en condiciones dignas, con buen trato, buen liderazgo, buena jefatura y buen foco, debería ser un súper buen remedio.

—Los números muestran una tasa mayor de problemas de salud mental para las mujeres respecto de los hombres, una brecha de 5.4 puntos porcentuales. ¿Cómo se explican estos números?

—Eso es universal. Más que buscar las causas de eso, que son sociales, biológicas, de cuidado, lo importante es pensar que las mujeres tienen un impacto en la educación de sus hijos, en el cuidado de los mayores. La depresión en mujeres o la problemática de salud mental en ellas tiene impacto en muchas más personas, eso es un elemento a considerar. La alta prevalencia exige que los programas y los sistemas de atención que se diseñen tengan una mirada de género, que la formulación de los programas consideren que los usuarios van a ser mujeres.

—Leyes como el posnatal de seis meses, las 40 horas laborales, la conciliación trabajo y familia, ¿podrían ayudar a la salud mental de las mujeres?

—Más que la cantidad de horas, uno espera que las condiciones de mayor estabilidad, mejores ingresos y mejor trato repercutan en un estado de mayor beneficio para la salud mental.

—¿Cómo calificarías las políticas públicas para mejorar el acceso, información y calidad de las intervenciones en salud mental?

—¿Cómo uno va a invertir si no tienes un diagnóstico adecuado de la situación país? Es como vestirse con la luz apagada. Un país con el nivel de ingresos y desarrollo de Chile no puede no tener una medición cada 10 años de cómo está su población en términos de salud mental, cuáles son las necesidades que tiene la población, qué cuadros psiquiátricos son los más prevalentes por grupos etarios, qué pasa con los niños, con los jóvenes, los adultos y los adultos mayores. Tienes que tener un diagnóstico y eso no existe. Colombia tiene una muy buena data de su población, lo mismo Perú y Brasil. En países muy parecidos a Chile se tiene un diagnóstico más acabado, más completo, con indicadores de qué es lo que se espera de retorno por la inversión y qué se gestiona con esa inversión. En esto en Chile estamos muy al debe. Quizás se debería incorporar el tema de salud mental en otro tipo de recopilación de información, por ejemplo, en las mediciones de la pobreza.



Chile ha aumentado hartos los recursos en salud en los últimos 10 años y los indicadores siguen iguales. Lo que uno tiene que preguntarse es qué se está entregando, cómo y dónde".



La salud mental afecta a casi el 20% del país y el gasto sólo corresponde a un 2,6%".